

—•••••—

Introdução às MEDICINAS TRADICIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

—•••••—

Organizadores:
Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas
Marcia Augusta Pereira dos Santos
Maria Cristina Dias da Silva
Julio Cesar Quaresma Magalhães



Introdução às MEDICINAS TRADICIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Organizadores:
Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas
Marcia Augusta Pereira dos Santos
Maria Cristina Dias da Silva
Julio Cesar Quaresma Magalhães



Editora chefe	
Prof ^a Dr ^a Antonella Carvalho de Oliveira	
Editora executiva	
Natalia Oliveira Scheffer	
Assistente editorial	
Flávia Barão	
Bibliotecária	
Janaina Ramos	2025 by Atena Editora
Projeto gráfico	Copyright © 2025 Atena Editora
Nataly Evilin Gayde	Copyright do texto © 2025, o autor
Thamires Camili Gayde	Copyright da edição © 2025, Atena
Vilmar Linhares de Lara Junior	Editora
Imagens da capa	Os direitos desta edição foram cedidos
iStock	à Atena Editora pelo autor.
Edição de arte	<i>Open access publication by Atena</i>
Yago Raphael Massuqueto Rocha	Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora mantém um compromisso firme com a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, assegurando que os padrões éticos e acadêmicos sejam rigorosamente cumpridos. Adota políticas para prevenir e combater práticas como plágio, manipulação ou falsificação de dados e resultados, bem como quaisquer interferências indevidas de interesses financeiros ou institucionais. Qualquer suspeita de má conduta científica é tratada com máxima seriedade e será investigada de acordo com os mais elevados padrões de rigor acadêmico, transparência e ética.

O conteúdo da obra e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade, são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando necessariamente a posição oficial da Atena Editora. O download, compartilhamento, adaptação e reutilização desta obra são permitidos para quaisquer fins, desde que seja atribuída a devida autoria e referência à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Os trabalhos nacionais foram submetidos à avaliação cega por pares realizada pelos membros do Conselho Editorial da editora, enquanto os internacionais foram avaliados por pareceristas externos. Todos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Introdução às medicinas tradicionais e práticas integrativas e complementares em saúde - Volume 1

Revisão: Os autores
Diagramação: Nataly Gayde
Capa: Luiza Alves Batista
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
I61	Introdução às medicinas tradicionais e práticas integrativas e complementares em saúde - Volume 1 / Organizadores Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas, Marcia Augusta Pereira dos Santos, Julio Cesar Quaresma Magalhães, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.
	Outra organizadora Maria Cristina Dias da Silva
	Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-3557-0 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.570250107
	1. Educação em medicina. 2. Saúde. I. Lucas, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca (Organizador) (Organizadora). II. Santos, Marcia Augusta Pereira dos (Organizadora) (Organizadora). III. Magalhães, Julio Cesar Quaresma (Organizador) (Organizador). IV. Título.
	CDD 610.71
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' é utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra declara, para todos os fins, que: 1. Não possui qualquer interesse comercial que constitua conflito de interesses em relação à publicação; 2. Participou ativamente da elaboração da obra; 3. O conteúdo está isento de dados e/ou resultados fraudulentos, todas as fontes de financiamento foram devidamente informadas e dados e interpretações de outras pesquisas foram corretamente citados e referenciados; 4. Autoriza integralmente a edição e publicação, abrangendo os registros legais, produção visual e gráfica, bem como o lançamento e a divulgação, conforme os critérios da Atena Editora; 5. Declara ciência de que a obra será publicada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), a qual permite o compartilhamento, armazenamento, reprodução, adaptação e disponibilização em repositórios digitais e outras plataformas, desde que sejam devidamente atribuídos a autoria e os créditos à editora; 6. Assume total responsabilidade pelo conteúdo da obra, incluindo originalidade, veracidade das informações, opiniões expressas e eventuais implicações legais decorrentes da publicação.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite copiar, distribuir, exibir, executar, adaptar e criar obras derivadas para quaisquer fins, inclusive comerciais, desde que sejam atribuídos os devidos créditos ao(s) autor(es) e à editora. Trata-se de uma forma alternativa de licenciamento autorizada pela Lei de Direitos Autorais (Lei nº 9.610/98), adotada com base nos princípios do acesso aberto, promovendo a livre circulação e reutilização do conteúdo acadêmico. 2. Os autores mantêm integralmente seus direitos autorais e são incentivados a divulgar esta obra em repositórios institucionais, plataformas digitais e outros meios, desde que haja a devida atribuição de autoria e menção à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). 3. A editora reserva-se o direito de disponibilizar a publicação em seu site, aplicativo e demais plataformas, bem como de comercializar exemplares impressos ou digitais, quando aplicável. Nos casos de comercialização, seja por livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras, o repasse dos direitos autorais será efetuado conforme as condições previstas em contrato específico firmado entre as partes. 4. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados, a editora não cede, comercializa ou autoriza o uso de dados pessoais dos autores para finalidades que não tenham relação direta com a divulgação desta obra e seu processo editorial.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Prof^a Dr^a. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Tinha 8 anos de idade. Morava no Rio de Janeiro e foi a primeira vez que fui a um sítio passar as férias com minha família. O sítio era espaçoso e eu podia brincar à vontade. Havia uma plantação enorme de árvores com frutinhas escuras grudadas nos troncos. Experimentei uma e, até hoje, a jabuticaba é minha fruta preferida. Há cerca de 10 anos, comprei um sítio e plantei minha jabuticabeira.

A Atenção Básica, como proposta de ampliação do acesso à saúde no nosso país, inserida no modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) como porta de entrada universal e irrestrita se consolidou lentamente no país. As discussões e implantação destas propostas no ensino médico, particularmente em escolas tradicionais como a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), se fez de forma lenta e escalonada nos espaços de poder político dentro da instituição, da mesma forma que no cenário político e administrativo nacional.

Em 1994 foi instituído o Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS), ligado à direção da Faculdade de Medicina da UFRJ, e que, apenas em maio de 2014 se tornou o Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS). Em 1990, a proposta de discussão de práticas integrativas em saúde foi apresentada à Congregação da instituição e repudiada com rótulos de anticientífica, leigas, inócuas, sem evidências comprovadas e até mesmo como componente de práticas religiosas, ligadas a seitas ou magias.

A proposta foi inserida nas atividades do internato em Atenção Básica e, finalmente aprovada em 2020, como uma disciplina eletiva, obtendo grande interesse por parte do alunado. Este contexto histórico é muito importante, considerando-se também o desinteresse da indústria farmacêutica nestas práticas, em confronto às demandas de uso de fármacos, muito mais dispendiosos e lucrativos.

Os organizadores desta primeira edição são: Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas, Médico de Família e Comunidade, Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Professor Associado do DMAPS; Marcia Augusta Pereira dos Santos, Médica Epidemiologista e Fitoterapeuta, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA), Professora Assistente do DMAPS; Júlio César Quaresma Magalhães, Médico Pediatra, especialista em homeopatia pela Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia (ABRAH), Médico do DMAPS; Maria Cristina Dias da Silva, Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ, Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Enfermeira aposentada do DMAPS. Ademais, o

PREFÁCIO

livro apresenta as bases gerais das práticas alternativas utilizadas na Atenção Básica, suas origens, resultados e avaliações disponíveis na literatura médica.

Este documento representa a primeira jabuticaba que comi da árvore que plantei. Parabéns aos seus autores, ao Departamento e à Faculdade de Medicina da UFRJ. Profª Vera Lúcia Rabello de Castro Halfoun – Professora Emérita do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – FM/UFRJ.

Prezados leitores.

A motivação para a construção dessa obra, nasceu das experiências didático-pedagógicas da disciplina da Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) intitulada: “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” ministrada pelos docentes do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS), no primeiro semestre letivo de 2020.

De fato, alguns dos docentes do DMAPS já acumulavam experiência de ensino das PICS na graduação, em anos anteriores, quando ainda eram vinculados ao Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS) da Faculdade de Medicina da UFRJ. Nesse período, foram criadas as condições necessárias para a atuação dos estudantes no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) da rede municipal do Rio de Janeiro.

Destacamos uma experiência de ensino-aprendizagem exitosa desenvolvida numa Clínica da Família que dispunha de uma Horta Medicinal, o que possibilitou a realização de atividades com a temática da fitoterapia. Tal experiência que envolveu alunos, usuários do SUS, profissionais de saúde e docentes, despertou nos professores, particularmente em uma fitoterapeuta e um homeopata, o desejo de ampliar as vivências do alunado em relação às práticas correlatas. Vislumbrou-se, então, a possibilidade de criação de uma disciplina que pudesse cumprir esse papel e que tivesse o sentido do fortalecimento e de reafirmação da abordagem das Medicinas Tradicionais e das PICS no currículo da Faculdade de Medicina da UFRJ.

A partir daí, teve início um movimento que buscou cumprir os trâmites administrativos e as etapas exigidas pela instituição e que culminou, em dezembro de 2019, com a aprovação da disciplina eletiva “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” cuja aula inaugural ocorreu em março de 2020. Almejava-se despertar e induzir a atenção dos estudantes de graduação pelo campo das Medicinas Tradicionais e das PICS, abrindo a dimensão dessas que são consideradas potentes práticas de saúde.

No decorrer da disciplina e, no contexto da pandemia da COVID-19, constatamos que a experiência funcionou também como uma imersão terapêutica para os estudantes uma vez que, muitos deles encontraram nesse ambiente uma oportunidade para deixar emergir e revelar para os docentes o sofrimento psíquico que estavam vivenciando, no que foram acolhidos em suas necessidades. Nessas circunstâncias foram utilizadas ferramentas de cuidado baseadas na autocompromisão, no autoconhecimento, no autocuidado e na

autocura que fazem parte do conteúdo da disciplina como o mindfulness, dentre outras práticas.

Essa experiência de ensino-aprendizagem foi significativa e marcante para os professores que identificaram a necessidade de divulgar as medicinas tradicionais e as PICS e decidiram compartilhar, com os leitores, o conhecimento construído no decorrer dessas atividades docentes.

No processo de construção desta obra tivemos como desafios a identificação de profissionais com sólida formação em Medicinas Tradicionais e PICS com disponibilidade de integrar o grupo de autores e, a pandemia da Covid-19 que trouxe à tona situações desafiadoras, até então, não vivenciadas como a adoção exclusiva das aulas virtuais e o adoecimento de estudantes e docentes.

Pretendemos brindar os caros leitores com mais dois volumes que serão organizados futuramente e que abordarão os seguintes aspectos relacionados às Medicinas Tradicionais e PICS: a fitoterapia, por meio de um atlas de plantas medicinais e os problemas de saúde mais comuns identificados na APS, com a produção de protocolo clínico em PICS.

O título desse livro busca explicitar os conceitos que embasaram a necessária reflexão sobre a importância da inclusão do ensino das Medicinas Tradicionais e das PICS nos cursos de graduação em saúde. Sob esse prisma convém destacar como as bases programáticas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNS) determinam o perfil dos egressos da graduação em saúde que o país necessita e que remete a um profissional capacitado para atuar de forma humanística, ética e com responsabilidade social.

Nessa coletânea o leitor vai encontrar uma sequência de textos com conteúdo que têm como eixo as Medicinas Tradicionais e as PICS, sua interface com a Atenção Primária e o ensino de tais práticas nos cursos de graduação na área da saúde. Como o assunto é extenso, os textos foram divididos em seguimentos com formatos diferenciados a saber: parte I – Textos teóricos e parte II - Relatos de experiências. No primeiro seguimento o leitor poderá examinar os textos que exploram os conceitos e teorias sobre a temática abordada na coletânea e no segundo é possível entrar em contato com experiências exitosas vivenciadas por estudantes, docentes, equipe de saúde e usuários da APS.

Em cada capítulo são apresentados, inicialmente, o resumo, o abstract e os objetivos de aprendizagem. No final de cada capítulo, são apresentados os exercícios de fixação do conteúdo. No fim desse volume da coletânea, o leitor terá adquirido um conjunto de conhecimentos sobre as Medicinas Tradicionais e PICS que possibilitará a compreensão mais ampla desse objeto de estudo.

Convém destacar ainda que nesta obra contém também em seus anexos a Portaria N° 971, de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Este é um marco enquanto determinante histórico-estrutural que estabeleceu o ponto de partida para as bases programáticas das PICS no contexto do SUS. Apresentamos também nos anexos os memoriais de dois expoentes da área de conhecimento das PICS, a saber: o professor Romeu Carrilo Jr e a enfermeira Simone Maria Leite Batista.

Por último, mas não por fim convém ressaltar que a presente obra que teve como objetivos introduzir os profissionais e estudantes da área da saúde no cenário que tange às Medicinas Tradicionais/PICS e favorecer a reflexão e a construção de senso crítico sobre tais práticas no contexto da APS resultou de um esforço coletivo que reuniu estudantes, professores, profissionais de saúde e pesquisadores motivados, dedicados e interessados em contribuir com a ampliação do conhecimento nas referidas áreas. A partir dessa experiência criou-se, então, uma rede solidária, na qual o trabalho intenso de parceria que envolveu mais de noventa autores abriu espaço para novas perspectivas que apontam na direção da continuidade na produção de conhecimento.

Vislumbramos, num futuro próximo, elaborar novas produções com foco em temáticas relacionadas às Medicinas Tradicionais/PICS emergentes das práticas de cuidados nos territórios dos serviços da APS bem como, oriundas das diferentes demandas do universo acadêmico.

Saudações universitárias,

Organizadores:

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – FM/UFRJ.

Marcia Augusta Pereira dos Santos

Professor Assistente do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – FM/UFRJ.

Júlio César Quaresma Magalhães

Médico do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – FM/UFRJ.

Maria Cristina Dias da Silva, Enfermeira

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ, Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Enfermeira aposentada do DMAPS.

Este primeiro volume da coleção versa sobre as temáticas referentes às Medicinas Tradicionais e às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Seu objetivo é proporcionar uma aproximação do leitor com este universo temático uma vez que são apresentadas relevantes reflexões conceituais e metodológicas elaboradas a partir do conhecimento acumulado de profissionais que atuam em atividades assistenciais, de pesquisa e extensão universitária. Esta obra se justifica na medida em que há, na literatura científica, uma escassez de material didático-pedagógico direcionado ao tema em tela, com a finalidade de instrumentalizar estudantes de graduação na aquisição de habilidades e competências para o manejo das PICS tanto na dimensão assistencial, como também no que tange à investigação científica. Considera-se que essa publicação é uma importante ferramenta para o preenchimento dessa lacuna epistemológica uma vez que contribui para a formação de profissionais de saúde e visa maior qualificação da prática assistencial numa perspectiva do cuidado integral e, na dimensão que abarca a esfera individual e acadêmico-profissional. Diante do exposto, ressalta-se que o público-alvo dessa coletânea são os estudantes de graduação e de pós-graduação bem como, os profissionais da área da saúde que tenham interesse no campo de conhecimento abordado neste livro.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Saúde; Ensino.

No 1º capítulo da parte I, a autora Madel Therezinha Luz apresenta os pilares teóricos e discute analítica e sinteticamente o conceito de Racionalidades Médicas (RM). Trata-se de sistemas médicos complexos atuantes na cultura e alternativos, em objetivos terapêuticos e métodos de intervenção, à Biomedicina. No Brasil, em alguns serviços de saúde, as RM vêm atuando por meio de práticas terapêuticas complementares à Biomedicina. De tais práticas originaram-se as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que enfrentam ainda resistência ao seu reconhecimento, como sua incorporação aos setores de cuidado e terapêutica. A autora distingue as Racionalidades Médicas (sistemas médicos complexos) enquanto conceito e prática, esclarece ainda sobre as diferenças conceituais e práticas entre Racionalidade Médica e as conhecidas PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde).

No 2º capítulo da parte I, os autores Júlio Cesar Quaresma Magalhães, Carla Quaresma Holandino e Adriana Passos refletem sobre a homeopatia como racionalidade médica diferente da biomedicina ocidental hegemônica e na sua condição de especialidade médica, farmacêutica, odontológica e veterinária. Os fundamentos da homeopatia estruturada em pilares descritos pelo seu criador, Samuel Hahnemannna obra basilar “O Organon da Arte de Curar” são apresentados assim como, o “estado da arte” de evidências científicas publicadas em periódicos indexados e reconhecidos internacionalmente. Os autores enfatizam que a ciência homeopática, nos últimos anos, tem se desenvolvido de forma expressiva, permeada por alta qualidade metodológica e rigor científico na busca pela compreensão dos mecanismos de ação dos medicamentos dinamizados. O texto destaca também que a homeopatia desponta como terapêutica de escolha que se insere independente ou integrada às demais racionalidades médicas e PICS, no enfrentamento dos grandes desafios de nossa época o que inclui o cenário da APS.

No 3º capítulo da parte I, as autoras Roseane Menezes Debatin e Mayra Gabriela Machado de Souza refletem sobre as contribuições da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) como modalidade de Prática Integrativa em Saúde (PICS) que se aplica na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi dado destaque para as aproximações entre a racionalidade médica chinesa e o cuidado integral no contexto da APS. As autoras apresentaram as bases conceituais do raciocínio médico chinês e ressaltaram que os métodos da MTC implementados nos serviços públicos e a inserção das PICS na formação acadêmica, na área da saúde, possibilitam um trânsito interdisciplinar capaz de preencher as lacunas existentes no cotidiano da prática profissional, do ensino e da pesquisa científica, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado integral na APS.

No 4º capítulo da parte I, o autor Ricardo Ghelman apresenta a Medicina Antroposófica como terminologia internacional, e a Antroposofia aplicada à Saúde como designação do Ministério da Saúde no Brasil. Trata-se de um modelo de

tratamento multimodal baseado em uma racionalidade médica e um paradigma holístico do organismo, da doença e do tratamento - que pode ser totalmente integrado à medicina convencional nas práticas médicas em atenção primária e nos hospitais. Sua abordagem dá grande ênfase à saúde individualizada e ao desenvolvimento global no psicossomático do paciente, empregando uma metodologia fenomenológica na compreensão do processo saúde-doença-tratamento. As pesquisas revelam grande aplicação prática nas áreas de oncologia, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, imunologia, alergia e promoção da saúde demonstrando altos índices de segurança e uma boa relação custo-eficiência.

No 5º capítulo da parte I, os autores Joana Moscoso Teixeira de Mendonça, Aderson Moreira da Rocha Neto, Paula Calderero Lamonato de Oliveira e Paulo Bastos Gonçalves explicitam que a Ayurveda é um sistema natural de cura e manutenção da saúde milenar e que se sustenta no conhecimento filosófico, ético e espiritual e que guarda relação com a arte de curar. Os autores esclarecem que a Medicina Indiana se aplica em diferentes dimensões da área da saúde, sobretudo no que tange à perspectiva preventiva e, que esse conhecimento ancestral se aplica também na APS tendo como referência o horizonte da integralidade do cuidado e da conexão com a natureza.

No 6º capítulo da parte I, os autores Julio Cesar Quaresma Magalhães, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Eny Marcia Ruggerini, Ricardo Monezi têm como foco a discussão sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. As definições e conceitos advindos de diversas tradições espirituais são apresentados assim como, a espiritualidade como dimensão humana que deve ser experienciada, a partir de práticas religiosas formais, ou mesmo por uma *espiritualidade laica*, na qual conectividade e transcendência são vivenciadas em relação com a natureza, a arte, o encontro e o culto. O texto aprofunda a reflexão sobre o papel da espiritualidade e da religiosidade como recursos salutogênicos e geradores de vínculo, no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os autores defendem a proposição de que a graduação é uma etapa privilegiada na formação do profissional de saúde para a exploração dessa temática nos processos de ensino-aprendizagem e, particularmente, no atendimento supervisionado na Atenção Primária à Saúde, oportunizando a avaliação das necessidades espirituais das pessoas atendidas bem como, as implicações diagnósticas e terapêuticas.

No 7º capítulo da parte I, o autor André De Rose busca elucidar sobre a aplicabilidade da prática de yoga e tece considerações a respeito da sua introdução na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Um breve histórico da gênese do Yoga é apresentado, dando espaço para a definição do que é o yoga e a apresentação dos seus métodos e técnicas.

O texto faz referências ao Yoga como coadjuvante nas práticas integrativas em saúde, aplicável no contexto terapêutico, apesar de nas suas origens não ter sido considerado nesse sentido. Além disso, menciona que o Yoga não é inócuo e que, por esse motivo, existem contraindicações que precisam ser observadas. O autor além de reportar-se a um mapa de evidências a fim de patentear a efetividade do Yoga com relação às suas indicações, sugere a criação de uma comissão mista de profissionais de yoga e da área de saúde para a elaboração de um protocolo que oriente a articulação entre os profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde) e professores de Yoga.

No 8º capítulo da parte I, os autores Marcelo Demarzo, Myrian Marino Martins Soares, Olga Durães Araújo contextualizam o *Mindfulness* no âmbito das PICS como ferramenta de promoção de saúde que pode ser aplicada na APS, especialmente nos casos associados ao estresse crônico, ansiedade e depressão. Os autores correlacionam o *Mindfulness* à promoção de um estilo de vida fundamentado em atitudes potentes que favorecem as interações interpessoais e a qualidade de vida, portanto, algo além de uma técnica de meditação. São destacados ainda: o conceito de *Mindfulness*, a prática dos três passos e as evidências científicas que dão suporte a essa prática.

No 9º capítulo da parte I, os autores Fatima Sueli Neto Ribeiro, Andrea Augusta Castro, Fernanda da Motta Afonso aprofundam a discussão sobre a insuficiência do modelo biomédico e das dificuldades de incorporação do paradigma vitalista e das rationalidades médicas no ensino em saúde. É dado relevo ao cuidado em saúde nas suas dimensões: integral e ética, bem como ao equilíbrio do humano com o cosmo e o conhecimento emancipador como alguns aspectos do ensino em saúde vinculado ao paradigma emergente. As autoras afirmam que é preciso ampliar a discussão sobre a incorporação das PICS na formação acadêmica na área da saúde.

No 10º capítulo da parte I, os autores Maria Katia Gomes e Felipe Aguinaga discorrem quanto ao crescimento das pesquisas sobre a fisiopatologia de diversas dermatoses e ao avanço da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novas drogas, concomitante ao aumento da procura por alternativas naturais e acessíveis para o tratamento de doenças cutâneas. Partindo de uma revisão da literatura referente às principais espécies de plantas medicinais e suas indicações no tratamento e prevenção de algumas dermatoses, são citadas as doenças comuns que se constituem em queixas frequentes na Atenção Primária à Saúde e que podem ser tratadas com plantas e ervas medicinais. Foram abordados também os efeitos adversos dermatológicos decorrentes do uso de plantas pela população que tem como traço cultural o uso de tratamentos caseiros com plantas medicinais.

PARTE II

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

No 11º capítulo da parte II, as autoras Yara de Oliveira de Britto, Mayra Gabriela Machado de Souza, Joana Moscoso Teixeira de Mendonça, Cynthia Dreyer Augusto Simões, Paula Almeida apresentam reflexões relativas à experiência que diz respeito à coleção de Plantas Medicinais que constitui-se em lugar de vivências, de comunicação e de construção de conhecimento sobre saúde, a partir da implementação das atividades do grupo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) denominado “Semear Plantas Medicinais”. Esse grupo é fruto de uma parceria entre a Unidade da Estratégia de Saúde da Família e o Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro que dispõe de uma Coleção Viva de Plantas Medicinais. Essa experiência possibilitou a troca de conhecimento e de saberes em saúde bem como, a aprendizagem sobre Plantas Medicinais no cenário da Atenção Primária de Saúde (APS).

No 12º capítulo da parte II, os autores Marcia Augusta Pereira dos Santos, Júlio César Quaresma Magalhães, Maria Cristina Dias da Silva, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas, Lucas Lima de Carvalho, Lucas Rodrigues Claro, Amanda dos Santos Cabral relatam uma experiência exitosa ao descrever a trajetória de docentes da faculdade de medicina da UFRJ no acompanhamento de estudantes da graduação de medicina em atividades pedagógicas realizadas no contexto da Saúde da Família e, particularmente, em prática relativas à horta medicinal. O intenso envolvimento dos docentes, estudantes, profissionais e usuários do serviço de saúde com essa atividade resultou na mobilização de alguns professores no sentido de que a temática das PICS pudesse ganhar espaço no âmbito acadêmico. Os esforços empreendidos culminaram na criação de disciplina eletiva em PICS.

No 13º capítulo da parte II, os autores Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas, Amanda dos Santos Cabral, Lucas Lima de Carvalho, Lucas Rodrigues Claro, Bruna Liane Passos Lucas, Antonio Eduardo Vieira dos Santos, Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos, Simone Fonseca Lucas, Alexandre Oliveira Telles, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Claudia Lima Campos Alzuir, Maria Cristina Dias da Silva, Marcia Augusta Pereira dos Santos e Júlio César Quaresma Magalhães, apresentam uma experiência que diz respeito à ação educativa realizada no contexto de um projeto de ensino-pesquisa-extensão universitária. A equipe do projeto lançou mão de método lúdico para promover o debate sobre meio ambiente e qualidade de vida no espaço de uma escola pública situada no município do Rio de Janeiro. A Vivência

Lúdica Integrativa (VLI) foi utilizada estrategicamente como forma de expressão artística. Os autores descrevem as práticas realizadas sobre a temática “Meio ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses” e trazem à discussão a perspectiva do teatro como recurso potente para fomentar debates sobre saúde, educação, cultura e cidadania. Para os estudantes vinculados ao projeto, a vivência das práticas educativas representou a aproximação com o cotidiano da comunidade escolar e possibilitou a interação com as crianças.

No 14º capítulo da parte II, os autores Claudia Lima Campos Alzuir, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas, Alexandre Oliveira Telles, Lucia Maria Pereira de Oliveira, Julio César Quaresma Magalhães, Sérgio Coelho Gomes, Rundsthen Vasques de Nader, Luiz Claudio Alzuir, Cristiane Fonseca Colão, Patricia Olário relatam uma experiência acerca da construção e da implementação de um projeto extensionista universitário que versa sobre a difusão virtual do uso de plantas medicinais direcionada aos usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Participaram desse processo os estudantes, os docentes de graduação da área da saúde e tecnológica e os profissionais da equipe de saúde local. A experiência relatada remete às seguintes temáticas: interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação comunitária. Por fim, sobre o projeto de extensão ainda em curso, os autores ressaltam a relevância da construção de saberes das diversas áreas profissionais de forma integrada e da aproximação da universidade com os serviços de saúde e a comunidade.

No 15º capítulo da parte II, os autores Ana Carolina Arruda, Beatriz de Freitas Salles, Gabriela Koatz, Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets, Leila Brito Bergold, Marcus Vinícius Machado, Marly Chagas, Martha Negreiros, Thelma Sydenstricker Alvares traçam o percurso histórico da Musicoterapia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) a partir da assistência e da pesquisa, desde a década de sessenta, como parte importante do desenvolvimento e consolidação deste campo do conhecimento no Brasil. Destacam ainda a contribuição dos professores musicoterapeutas na criação da Rede de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) da UFRJ e na implementação da disciplina eletiva de Introdução às PICS no Curso de Enfermagem, Campus de Macaé (2019). A aprovação da Graduação de Musicoterapia em 2019 e a criação da disciplina de Int. as PICS em parceria com a Graduação de Farmácia, a Escola de Enfermagem Ana Nery e o Departamento de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina contribuiu para ampliar recursos assistenciais no complexo hospitalar, promovendo espaços integrados de ensino, pesquisa e extensão, potencializando a formação em PICS e a inserção destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS).

No 16º capítulo da parte II, os autores Aline Macedo de Queiroz, Ana Cecília Jones da Silva Machado, Beatriz de Freitas Salles, Ana Edith Farias Lima, Ceanny Cristina Pinho Costa, Eleine Aparecida Penha Martins, Erika Romeria Formiga de Sousa, Lívia Carla de Melo Rodrigues, Magda Ribeiro de Castro, Marcio Rossato Badke, Margani Cadore Weis Maia, Marta Maria da Silva Lira Batista, Silvia Ribeiro de Souza, Simone Maria Leite Batista (in memoriam), Tereza Raquel Ribeiro de Sena buscam refletir sobre a pandemia da Covid-19, que implicou em mudanças nas universidades brasileiras não só no que concerne às inovações em seus processos de formação como também nas modalidades de atendimento à comunidade. O objetivo desta experiência foi compartilhar não só as experiências inovadoras e exitosas desenvolvidas por universidades brasileiras que se utilizaram das PICS na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão durante a pandemia, como também reforçar a importância da integração dos diferentes saberes coletivos, educativos e culturais na articulação entre Universidades das cinco regiões do Brasil e a Sociedade.

No 17º capítulo da parte II, os autores Adriana Prestes do Nascimento Palú, Áurea Emília da Silva Pinto, Beatriz de Freitas Salles, Danielle de Oliveira Bargas, Elias José da Silva, Eni Carajá Filho, Fernanda de Figueiredo Ferreira, Sérgio Uchôa de Lima, Laureni Dantas de França, Maria Betânia da Silva, Maria Teresa Mariotti, Marta Carmelita Bezerra de Almeida, Simone Maria Leite Batista (in memorian), Virginia Rosa Santana de Jesus, Charles Britto Oliveira Gomes e Tatiane Ferreira de Jesus discorrem sobre a importância das ações dos movimentos sociais das cinco regiões do Brasil durante a pandemia de Covid-19 e na implementação e fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde. Considerando que os movimentos sociais tem como referência a visão ampliada do processo saúde-doença, a valorização do autocuidado e dos conhecimentos tradicionais, o trabalho foi desenvolvido em três frentes: o resgate das suas realidades, o aprofundamento teórico com a organização do conhecimento e as ações e vivências nos diferentes territórios.

No 18º capítulo da parte II, os autores, Maria Solange Gosik, Romeu Carillo Jr (in memorian), Maria Filomena Xavier Mendes, Isabella Sebusiani Duarte Takeuti, Isabella, Sumiko Oura Wakabara, Lucila Maria Barbosa Bezerra, Aurora Tonglet Castro Pereira, Maisa Lemos Homem de Mello, Marco Antonio Straforini, Julio César Quaresma Magalhães, Domingos José Vaz do Cabo, Danielle Da Silva Barbas contextualizam a assistência homeopática na rede pública de saúde e salientam a Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia (ABRAH) como importante entidade formadora de homeopatas no Brasil. Os autores relatam as seguintes experiências: 37 anos da ABRAH, em assistência, ensino e pesquisa em homeopatia num ambiente

INTRODUÇÃO

hospitalar e na Atenção Primária à Saúde (APS); as atividades realizadas na Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) e na APS, num Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e o programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A ABRAH tem atuado de forma relevante na formação e na reciclagem de homeopatas.

PARTE I	1
CAPÍTULO 1.....	2
RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONCEITUAL E COMPARATIVA	
Madel Therezinha Luz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501071	
CAPÍTULO 2	20
RACIONALIDADE MÉDICA HOMEOPÁTICA E O SENTIDO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE	
Júlio Cesar Quaresma Magalhães	
Adriana Passos Oliveira	
Carla Holandino Quaresma	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501072	
CAPÍTULO 3	52
INTRODUÇÃO À RACIONALIDADE MÉDICA: MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	
Roseane Menezes Debatin	
Mayra Gabriela Machado de Souza	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501073	
CAPÍTULO 4	74
MEDICINA ANTROPOSÓFICA & ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE	
Ricardo Ghelman	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501074	
CAPÍTULO 5	105
RACIONALIDADE MÉDICA INDIANA: AYURVEDA	
Joana Moscoso Teixeira de Mendonça	
Aderson Moreira da Rocha Neto	
Paula Calderero Lamonato de Oliveira	
Paulo Bastos Gonçalves	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501075	
CAPÍTULO 6	124
SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: FORTALECENDO O VÍNCULO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Julio Cesar Quaresma Magalhães	
Antonio Marcos Tosoli Gomes	
Eny Marcia Ruggerini	
Ricardo Monezi	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501076	

CAPÍTULO 7	154
YOGA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA: UMA VISÃO GERAL	
André De Rose	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501077	
CAPÍTULO 8	183
MINDFULNESS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL	
Marcelo Demarzo	
Myrian Marino Martins Soares	
Olga Durães Araújo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501078	
CAPÍTULO 9	201
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE - PERSPECTIVAS CRÍTICAS E NOVOS MODELOS TERAPÉUTICOS	
Fatima Sueli Neto Ribeiro	
Andrea Augusta Castro	
Fernanda da Motta Afonso	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5702501079	
CAPÍTULO 10.....	220
DERMATOSES COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): MANEJO COM PLANTAS E ERVAS MEDICINAIS	
Maria Katia Gomes	
Felipe Aguinaga	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010710	
PARTE II - RELATOS DE EXPERIÊNCIA.....	234
CAPÍTULO 11	235
JARDIM MEDICINAL ESPAÇO DE SABER E FAZER	
Yara de Oliveira de Britto	
Mayra Gabriela Machado de Souza	
Joana Moscoso Teixeira de Mendonça	
Cynthia Dreyer Augusto Simões	
Paula Almeida	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010711	
CAPÍTULO 12.....	249
HORTA MEDICINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA: INDUTORA NA CRIAÇÃO DE DISCIPLINA EEM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	
Marcia Augusta Pereira dos Santos	
Júlio César Quaresma Magalhães	
Maria Cristina Dias da Silva	
Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca	

SUMÁRIO

Lucas	
Lucas Lima de Carvalho	
Lucas Rodrigues Claro	
Amanda dos Santos Cabral	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010712	
CAPÍTULO 13.....	264
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA MODALIDADE TEATRAL EM ESCOLAS: UMA VISÃO QUE INTEGRA SAÚDE, EDUCAÇÃO E CULTURA	
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas	
Amanda dos Santos Cabral	
Lucas Lima de Carvalho	
Lucas Rodrigues Claro	
Bruna Liane Passos Lucas	
Antonio Eduardo Vieira dos Santos	
Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos	
Simone Fonseca Lucas	
Alexandre Oliveira Telles	
Lucia Maria Pereira de Oliveira	
Maria Cristina Dias da Silva	
Claudia Lima Campos Alzugarir	
Marcia Augusta Pereira dos Santos	
Júlio César Quaresma Magalhães	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010713	
CAPÍTULO 14.....	282
CONHECENDO AS PLANTAS MEDICINAIS POR INTERMÉDIO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Claudia Lima Campos Alzugarir	
Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca Lucas	
Alexandre Oliveira Telles	
Lucia Maria Pereira de Oliveira	
Julio César Quaresma Magalhães	
Sérgio Coelho Gomes	
Rundsthen Vasques	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010714	
CAPÍTULO 15.....	295
UMA CERTEZA NA FRENTE E UMA HISTÓRIA NA MÃO: DA IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA AO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MUSICOTERAPIA	
Ana Carolina Arruda	
Beatriz de Feitas Salles	
Gabriela Koatz	
Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets	
Leila Brito Bergold	

Marcus Vinícius Machado

Marly Chagas

Martha Negreiros

Thelma Sydenstricker Alvares

Vandré Matias Vidal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010715>

CAPÍTULO 16..... 317

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: TRAJETÓRIAS, EXPERIÊNCIAS E SABERES DE UNIVERSIDADES BRASILEIRAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Aline Macedo de Queiroz

Ana Cecília Jones da Silva Machado

Beatriz de Freitas Salles

Ana Edith Farias Lima, Ceanny Cristina Pinho Costa

Eleine Aparecida Penha Martins

Erika Romeria Formiga de Sousa

Lívia Carla de Melo Rodrigues

Magda Ribeiro de Castro

Marcio RossatoBadke

Margani Cadore Weis Maia

Marta Maria da Silva Lira Batista

Silvia Ribeiro de Souza

Simone Maria Leite Batista (*in memorian*)

Tereza Raquel Ribeiro de Sena

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010716>

CAPÍTULO 17 341

VIVÊNCIAS DOS MOVIMENTOS POPULARES NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

Adriana Prestes do Nascimento Palú

Áurea Emilia da Silva Pinto

Beatriz de Freitas Salles

Danielle de Oliveira Bargas

Elias José da Silva

Eni Carajá Filho

Fernanda de Figueiredo Ferreira

Sérgio Uchôa de Lima

Laureni Dantas de França

Maria Betânia da Silva

Maria Teresa Mariotti

Marta Carmelita Bezerra de Almeida

Simone Maria Leite Batista (*in memorian*)

Virginia Rosa Santana de Jesus

Charles Britto Oliveira Gomes

Tatiane Ferreira de Jesus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010717>

CAPÍTULO 18.....	363
ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA EM HOMEOPATIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	
Maria Solange Gosik	
Romeu Carillo Jr. (<i>in memorian</i>)	
Maria Filomena Xavier Mendes	
Isabella Sebusiani Duarte Takeuti	
Sumiko Oura Wakabara	
Lucila Maria Barbosa Bezerra	
Aurora Tonglet Castro Pereira	
Maisa Lemos Homem de Mello	
Marco Antonio Straforini	
Julio César Quaresma Magalhães	
Domingos José Vaz do Cabo	
Danielle Da Silva Barbas	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.57025010718	
ÀS GUIAS DE CONSIDERAÇÕES FINAIS DESTA OBRA	376
ANEXOS.....	377
SOBRE OS AUTORES.....	400

SUMÁRIO

PARTE I

CAPÍTULO 1

RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CONCEITUAL E COMPARATIVA

Data de aceite: 01/03/2023

Madel Therezinha Luz

RESUMO: Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir analítica e sinteticamente o conceito de Racionalidades Médicas (RM). Mais que uma expressão adjetiva de saberes médicos alternativos à estrutura de conhecimento e prática da Medicina Científica, constitui-se em um conceito, em uma categoria demonstrável prática e teoricamente. Concerne sistemas médicos complexos atuantes na cultura, alternativos em objetivos terapêuticos e métodos de intervenção, à Biomedicina. Há no capítulo a apresentação de quatro desses sistemas: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvédica e Medicina Antroposófica, visando a demonstrar que esses quatro sistemas, diferentemente da Medicina Ocidental Contemporânea, estão voltados, em suas atividades de diagnose, terapêutica e restauração da saúde, para a questão central da vida humana e sua complexidade, sua afetação e restauração. Em outras palavras, para o cuidado e a cura dos sujeitos adoecidos. Em função de tais objetivos, e de seu(s) modo(s) específico(s) de atuar nas dimensões da diagnose e da terapêutica, podemos afirmar que se trata de Racionalidades Médicas específicas, distintas da medicina científica atual, ou Biomedicina.

Divergindo dela em diversos aspectos, não lhe são necessariamente opostas ou excludentes. Em alguns ambientes institucionais, públicos ou particulares, as RM vêm atuando parcialmente, através de práticas terapêuticas complementares à Biomedicina, em diversas especialidades, tanto em planos de saúde privados como em serviços públicos municipais. Do uso institucional dessas práticas terapêuticas originaram-se as “Práticas Integrativas e Complementares de Saúde”, apoiadas pela Organização Panamericana da Saúde desde meados do século XX (pós-guerra). Inicialmente vistas e designadas como “terapêuticas” ou “medicinas alternativas”, enfrentaram e enfrentam, ainda, forte resistência dos serviços médicos ao seu reconhecimento, como sua incorporação aos setores de cuidado e terapêutica. Neste texto, fazemos uma curta apresentação das PICS, visando distingui-las das Racionalidades Médicas (sistemas médicos complexos) enquanto conceito e enquanto prática. Visamos deixar claras as diferenças conceituais e práticas entre Racionalidade Médica e as conhecidas PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde).
PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Racionalidades Médicas; Sistemas Médicos Complexos; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

ABSTRACT: This chapter aims to present and discuss analytically and synthetically the concept of Medical Rationalities (MR). More than an adjective expression of alternative medical knowledge to the structure of knowledge and practice of Scientific Medicine, it constitutes a concept, a practically and theoretically demonstrable category. Concerns complex medical systems acting in culture, alternative in therapeutic objectives and intervention methods, in Biomedicine. The chapter presents four of these systems: Homeopathy, Traditional Chinese Medicine, Ayurvedic Medicine and Anthroposophical Medicine, aiming to demonstrate that these four systems, unlike Contemporary Western Medicine, are focused, in their activities, on diagnosis, therapy and health restoration, to the central question of human life and its complexity, its affection and restoration. In other words, for the care and cure of sick subjects. Due to these objectives, and their specific way(s) of acting in the dimensions of diagnosis and therapy, we can say that these are specific Medical Rationalities, distinct from current scientific medicine, or Biomedicine. Differing from it in several aspects, they are not necessarily opposed or exclusive to it. In some institutional environments, public or private, MR has been acting partially, through therapeutic practices complementary to Biomedicine, in different specialties, both in private health plans and in services municipal public. The “Integrative and Complementary Health Practices” originated from the institutional use of these therapeutic practices, supported by the Pan American Health Organization since the mid-20th century (post-war). Initially seen and designated as “therapeutics” or “alternative medicines”, they faced and still face strong resistance from medical services to their recognition, as well as their incorporation into the care and therapeutic sectors. In this text, we make a short presentation of PICS, aiming to distinguish them from Medical Rationalities (complex medical systems) as a concept and as a practice. We aim to make clear the conceptual and practical differences between Medical Rationality and the well-known PICS (Integrative and Complementary Practices in Health).

KEYWORDS: Health; Medical Rationalities; Complex Medical Systems; Integrative and Complementary Health Practices.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Reconhecer que existe mais de um sistema médico complexo atuando na cultura atual;
- 2) Apreender que esses sistemas médicos se configuram como Racionalidades Médicas (RM) específicas, distintas da Biomedicina;
- 3) Perceber que se trata de sistemas médicos centrados no cuidado em Saúde, e na recuperação do equilíbrio vital;
- 4) Identificar que cada sistema se compõe de 5 dimensões estruturais específicas, abarcando a morfologia humana, a fisiologia, a diagnose, e a terapêutica;
- 5) Compreender que as RM se distinguem, em estrutura e atuação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Neste texto aprofundamos a discussão do conceito central de um conjunto de estudos e análises desenvolvidos há mais de três décadas, objeto de numerosas publicações de artigos e livros, tematizando sistemas médicos complexos: a categoria analítica **Racionalidades Médicas** (RM) (LUZ, 2012a; 2012b; 2012c). Fizemos previamente um levantamento da importância histórica do **conceito** como unidade elementar do conhecimento na tradição epistemológica ocidental, tanto no pensar filosófico como no teorizar científico e na prática da pesquisa. Durante vários séculos, a identificação do *conceito* com *verdade*, isto é, com *unidade epistêmica* básica do conhecer, sobre a qual repousa a *teoria*, teve a função de designar, explicando fenômenos observáveis em todas as áreas da vida: do existir físico ao natural em suas várias versões, até a complexa unidade articulada da vida humana.

Na tradição milenar do descrever e explicar do mundo ocidental, a unidade conceitual é vista como **conhecimento**, e o saber teórico que deriva do discurso encadeado *conceito-teoria* é, em princípio, *verdade*. Somente uma teoria superior, composta por conceitos mais bem estruturados logicamente, e mais abrangentes em explicação, supera a anterior. De fato, apesar de tentativas e experiências de famosos precursores heroicos - gênios como Da Vinci, geralmente perseguidos por suas experiências marginais -, a busca de embasamento para *conceituação* de vida, saúde e morte através de atividades sistemáticas de exame de corpos e órgãos, e sua comprovação, só tem impulso na modernidade, na altura do século XVII, no contexto econômico das atividades de navegação para conquista de terras e riquezas: minerais, vegetais, animais e **humanas**, visando a sua *colonização*.

É no desenvolvimento da modernidade como um todo, dos séculos XVII ao XX, que o **conceito** desce do céu da metafísica para embasar teoricamente o terreno de atividades de pesquisas das disciplinas científicas em desenvolvimento: astronômicas, matemáticas, estatísticas, físicas, químicas, biológicas, geológicas, arqueológicas, geográficas, históricas, antropológicas, sociológicas, políticas¹.

O conceito adotado como definição estrutural nos estudos das Racionalidades Médicas (LUZ; BARROS, 2012; LUZ, 2012b; 2012c; TESSER; LUZ, 2018; LUZ, 2000; LUZ; CAMPELLO; VELLOSO, 2008; NASCIMENTO; LUZ, 2012) é mais fruto do olhar epistemológico *interpretativo* das ciências humanas do que uma definição cartesiana. Designado **tipo ideal**, formulado teoricamente por Max Weber no início do século XX, mergulha suas raízes no pensar histórico social alemão (WEBER, 2004). O autor, junto a Karl Marx, é um dos representantes da reflexão conceitual sobre a ação humana enquanto ação *histórico social*. Esta ação é norteada por valores, em Marx, definidos como *ideologia*. Embora o formular weberiano dos valores individuais como fundamento histórico das estruturas sociais se choque, em vários pontos, à interpretação dos valores de classe (ideologias) do autor do Capital, deve ser salientada a importância de ambos autores na

¹ Os nomes estão no plural para salientar os numerosos ramos de especialidades em expansão nessas disciplinas.

valorização da *ação histórica* dos atores sociais, individuais ou coletivos, tanto no que releva da ideologia, da ética, da ação coletiva nas práticas de mudança da sociedade, seja por indivíduos, grupos, classes ou nações como um traço comum presente no pensamento alemão sobre a história cultural humana desde Hegel.

Na definição conceitual do *tipo ideal Racionalidades Médicas* explicitamos as cinco dimensões analíticas (teórico-empíricas) estruturantes do *conceito*, embasadas numa sexta dimensão, a *dimensão simbólica*, **Cosmologia**, definidora das relações orgânicas entre a vida, a natureza - meio ambiente micro e macrocósmico de onde brota e se expande a vida- a saúde, o adoecimento, a recuperação ou cura, e a morte. Pela aplicação do conceito Racionalidades Médicas aos saberes/práticas que se apresentam como *medicinas*, conseguimos, em termos de grupo, no período de 2000 até 2016, desenvolver o estudo de **cinco sistemas médicos** de igual consistência em termos teóricos e aplicativos: a Medicina Ocidental Contemporânea, ou Biomedicina: a Medicina Homeopática, a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Ayurvédica, ou simplesmente Ayurveda, e a Medicina Antroposófica. Durante esta fase procuramos demonstrar a diferença entre *sistemas médicos complexos* (Racionalidades Médicas) e *práticas diagnóstico/terapêuticas*, (Práticas Integrativas Complementares de Saúde), presentes atualmente tanto no sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde- SUS) como em Serviços de Atenção Médica, por intermédio dos Planos de Saúde.

1.1 Uma retrospectiva inicial

Neste ponto, vamos debater a evolução do termo **conceito**, unidade epistemológica de definição ocidental daquilo que é, e as práticas conceituais (teóricas, analíticas, aplicadas) de análise dos sistemas de definição e de cuidados da vida humana. O conceito, apreendido como *entidade básica epistemológica*, isto é, como unidade verídica de conhecimento do real, do que se definiu na cultura do Ocidente como **verdade**, foi introduzido no discurso filosófico pelos Diálogos de Platão².

Se mantivermos tal definição, mesmo sem adotar a metafísica platônica (o real, como verdade, se encontra no mundo das Ideias), o conceito é a *unidade teórica* do conhecer que define *verdades*, diferenciando-se assim da empiria e de outras **categorias de análise**, que se originam da *prática*, do fazer ou agir, ou mesmo do observar empírico. Desta forma, o real, *em termos de verdade*, é expresso teoricamente através de **conceitos** que se encadeiam coerentemente, originando explicações e interpretações de objetos (concretos ou abstratos), as inter-relações deles com a vida, e com o Cosmo como um todo, desde os tempos de Platão, no IV século A.C. até o início da modernidade, nos séculos XV-XVI- XVII.

Neste período se impõe e prevalece no Ocidente a definição da estrutura geocósmica denominada **Natureza**, com seus reinos e elementos investigáveis, suas leis imutáveis

² Utilizei, para a releitura da obra de Platão, a edição em espanhol da Editora Aguilar (PLATON, 1988), detendo-me neste caso em dois diálogos que considero mais próximos da teoria platônica do conceito e do conhecimento: O Banquete (pg. 556-597), e o Teeteto (pg. 892-941).

definíveis pela *busca sistemática*, pela prática *objetiva*, e pela normatividade implicada nesta objetividade. Nasce assim a ciência moderna, substituindo a autoridade teológica. Este modo de teorizar o que se pesquisa, e de se definir conceitualmente em forma de **lei natural** em que consiste a objetividade pesquisada, sua busca e seus resultados, avança até o positivismo do século XIX, apesar do empirismo pragmático inglês do século XVIII.

No século passado há uma superação progressiva do modelo positivista, mas atenuações reais da estrutura epistemológica e de suas severas regras metodológicas, sobretudo nos setores institucionais disciplinares dos espaços de pesquisa acadêmica só começam a se tornar importantes na segunda metade do século XX, no período denominado “pós modernidade”, quando as ciências humanas se legitimam teórica e metodologicamente, e as pesquisas interdisciplinares ganham espaço progressivo de intervenção e expressão.

Apenas o século XXI assinala, de meu ponto de vista, uma perda real de importância epistêmica da **verdade científica**, face à variação disciplinar conceitual, ao esgotamento de seus modelos teóricos, sobretudo em disciplinas mais avançadas, como a física, a astrofísica, as biociências, mas também sobretudo face à variedade de descobertas de novos dados empíricos em outras disciplinas, na área da Vida e suas subdisciplinas. Também em função da necessária renovação das teorias científicas e de hipóteses nelas implicadas, assim como do importante desenvolvimento da prática de *pesquisas interdisciplinares* de subdisciplinas relativas ao Planeta na atualidade, envolvendo meio ambiente, crise climática, saúde humana, e a recuperação da importância das categorias envolvidas, de Natureza, Saúde e Vida, nas análises e na teoria.

Neste novo contexto epistêmico, *categorias teóricas*, explicativas, interpretativas, emergem não só de modos de observação e de análise, mas de *modos de intervenção* e mesmo de *reinvenção* do real investigado, originando novos e variados saberes, além de resultados inovadores não só em ciência, mas em práticas industriais, artes, **novas técnicas e tecnologias**.

Entretanto, persiste no saber acadêmico dominante a dicotomia epistêmica ainda não superada na civilização ocidental, entre saber teórico conceitual (*científico, conceitual universal, verdadeiro*) e o saber prático, fruto do agir, ou resultante do pensar e inventar. Pensar e o inventar estratégico, que pesquisa resultados por vezes essenciais à sobrevivência humana. Este pensar/agir estratégico está na origem de sistemas de conhecimento/intervenção complexos, de que os **sistemas médicos ou de saúde e cura**, aqui tematizados, são um exemplo. Estes modos teórico-práticos de conhecer/inventar/agir/intervir tem acompanhado historicamente a marcha cultural da humanidade, mas não são ainda reconhecidos como sendo de valor epistemológico equivalente ao do plano teórico conceitual tradicional do Ocidente³.

³ A este propósito a obra de François Jullien, em sua comparação com a cultura oriental, sobretudo a chinesa, é uma referência fundamental para entendermos as diferenças conceituais Oriente/Ocidente. Neste trabalho citamos apenas

2 | UMA RACIONALIDADE ÚNICA EM TERMOS DE INTERPRETAÇÃO DA VERDADE, EM FACE DE UMA PLURALIDADE OPERANTE DE INTELIGÊNCIAS?!

Com esta questão quero afirmar que artes, artesanias, tecnologias de pesquisa aplicada, agires funcionais de restauração ou de preservação da vida, ou ações coletivas pela aquisição e preservação de direitos, assim como ações sociais modelares, geradas a partir de discursos e atos coletivos em prol de **valores éticos e sociais**, ou ainda técnicas socialmente formalizadas de comunicação e informação, também originam categorias analíticas e/ou conceitos teóricos específicos, aplicáveis à análise e interpretação de amplos setores da vida social. Fazem, portanto, parte histórica do conhecer humano, da sua **episteme**, isto é, não são apenas parcela do *pensar teórico*, mas também do criar coletivo e do agir social atuantes no conjunto das culturas das sociedades conhecidas (LUZ, 2015).

No praticar das pesquisas disciplinares são criadas e empregadas categorias analíticas e/ou operativas (“conceitos”) que visam a enquadrar e interpretar dados, ou a denominar descobertas coerentes com projetos em desenvolvimento, ou mesmo a formular novas hipóteses e teorias a partir de descobertas ou confirmações de hipóteses dos projetos.

De tal modo que literariamente poderíamos dizer que a teoria científica é também uma *narrativa coerente de conceitos*, um “conto conceitual”.

Não me situando na prática estética, nem na perspectiva filosófica ou na pesquisa prática, mas na teoria científica, tomarei como exemplo de *conceito teórico* uma categoria das ciências da *matéria* (física, química, biologia): o conceito de átomo, comum a várias disciplinas, concernindo a estrutura e a atividade da matéria. Desta perspectiva podemos definir todo *organismo vivo*, humano, animal ou vegetal, como *conjunto organizado* de átomos em interatividade contínua. O átomo é, desta perspectiva, uma *unidade teórico conceitual*. Mas é, ao mesmo tempo, uma categoria descritiva, parte de um contexto mais amplo, seja de uma teoria específica, seja de um amplo projeto empírico que busca comprovar hipóteses descrevendo os processos do interagir da matéria.

2.1 As Racionalidades Médicas e as Práticas de Saúde na Sociedade Atual

É com este complexo conjunto, na *organização teórico conceitual* envolvendo *vida e saúde humana*, e a intervenção que deve proceder em seus acidentes de percurso, analisando conjuntos vivos em macro nível e micro nível, que trabalham as **racionalidades médicas**, buscando *examinar sua estrutura e funcionalidade*, quando atingida, mas também buscando a harmonia na sua recuperação, a manutenção de seu equilíbrio e, recentemente, face a **avanços tecnológicos**, aperfeiçoamentos morfológico/ funcionais.

uma das obras que foram traduzidas no Brasil, com o título *O Diálogo entre as Culturas - Do universal ao multiculturalismo* (JULLIEN, 2009).

É preciso esclarecer previamente que, além das Racionalidades Médicas, há inúmeros sistemas de *práticas terapêuticas*, estruturadas diversamente do ponto de vista funcional, com objetivos e meios de intervenção próprios, atuantes em culturas por vezes ainda pouco conhecidas, mas já presentes em meios sociogeográficos próximos ao meio culturalmente dominante. Estes sistemas funcionam em harmonia homeostática com a natureza, e a vida em seu conjunto, em diferentes regiões do planeta. Antigas ou recentes, com maior ou menor complexidade funcional, emergindo dos sistemas socioculturais onde se inserem, tradicionais ou indígenas, paulatinamente vão sendo reconhecidas pelo sistema dominante, com ele sintonizando-se.

Não é meu objetivo neste texto, derivado do campo teórico das ciências humanas, estabelecer hierarquias de valor epistemológico ou de efetividade prática (preventiva ou terapêutica) entre os sistemas teórico/práticos nomeados Racionalidades Médicas e as Biociências. Tampouco tenho objetivo ou competência para avaliar a eficácia prática ou simbólica de sistemas e práticas terapêuticas “alternativas” (ou divergentes) presentes na cultura contemporânea.

Diferentemente das biociências, sobretudo da medicina científica moderna, a afirmação *verdade X falsidade* (erro) não é um objetivo teórico ou estratégico dos estudos das Racionalidades Médicas. Como não o é em geral no campo das Ciências Sociais. O erro político, resultado de ações históricas coletivas ou grupais, com consequências danosas em termos de vidas humanas, de destruição de patrimônio histórico, da vida social ou ambiental, isto sim, constitui parâmetro de avaliação de culturas ou de sistemas sociais.

A verdade versus erro (ou melhor dizendo: o verdadeiro x falso) não constitui, deste modo, um critério de atribuição de objetividade às percepções ou às ações, singulares ou coletivas, nas formulações de pesquisas teóricas ou empíricas das ciências humanas.

Meu objetivo neste trabalho é simplesmente apresentar, de uma perspectiva abrangente mas resumida, sob o olhar teórico das ciências sociais⁴, o conceito de Racionalidades Médicas, tal como já o defini, com meu grupo de pesquisa, em vários trabalhos editados desde os anos noventa, enumerando seus componentes teórico/práticos, o modo como se desenvolvem nos sistemas médicos estruturados como Racionalidades Médicas, como se definem em termos de objetivos face à saúde e vida, como atuam terapêutica, social e institucionalmente, salientando a existência e a versatilidade de suas práticas atuais, e como podem coexistir de maneira harmoniosa, ou por vezes competitivamente.

É também meu objetivo situar aqui as Racionalidades Médicas como um *conceito teórico* das ciências sociais, derivado da abordagem teórica do sociólogo alemão Max

⁴ A adoção do conceito *Racionalidades Médicas* deriva da definição **dos tipos ideais** do sociólogo e teórico alemão Max Weber, sobretudo em sua obra A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo. Esta obra analisa razões histórico sociais - sobretudo do desenvolvimento de **valores sociais** específicos - que levam ao desenvolvimento deste sistema em países anglo saxônicos, centrados no desenvolvimento do trabalho (livre) e no progresso individual como valores. Não são necessariamente os mais ricos ou poderosos face às sociedades então dominantes, como França, Espanha e Portugal com seus regimes imperiais imersos na competição colonial por mercados, rotas de navegação e captura de escravos.

Weber, conforme assinado em nota anterior neste espaço, descrevendo os elementos ou dimensões básicas constituintes deste conceito, analisando resumidamente suas dimensões, assim como no que implicam em termos analíticos, e na ação prática desses distintos elementos. Melhor dizendo, no sentido de referir a inserção social das dimensões teórico/práticas dessas racionalidades, ou suas atividades diagnóstico-terapêuticas na sociedade, diferenciando-as das práticas já difundidas na cultura, sejam elas indígenas, tradicionais, trazidas por migração colonizadora, ou da própria medicina científica em períodos anteriores ao contemporâneo⁵.

O texto analítico busca ser sintético, curto mesmo, não se propondo a esgotar o tema. Ao contrário, pretende reabrir uma discussão iniciada há mais de duas décadas, com minha tese de professor titular da UFRJ, sobre o advento da racionalidade científica moderna, nos séculos XVII-XVIII, e da medicina ocidental científica (LUZ; CAMARGO Jr., 1997; CAMARGO Jr., 2012), próxima ao século XIX, baseada na observação empírica de sintomas de patologias, centrada na *classificação e diagnose de doenças*, e na *terapêutica* consistindo em combate às patologias (LUZ, 2019).

2.2 As cinco racionalidades médicas: a gênese do conceito pela pesquisa

Durante a década de oitenta do século passado desenvolvi, com alunos da área de Sociologia e Comunicação (IFICS/ECO) da UFRJ, orientandos de mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ, e a colaboração voluntária de homeopatas do Rio de Janeiro, uma pesquisa sócio-histórica sobre a prática da medicina homeopática no Brasil⁶. O projeto dava continuidade à linha Instituições Médicas e Políticas de Saúde (1975-1980), geradora de várias publicações (LUZ, 2014b; LUZ, 2019). Sendo um projeto da área das Ciências Sociais, com abordagem sócio-histórica sobre a origem e o desenvolvimento da Homeopatia no país, não foi questão de pesquisa a veracidade ou a legitimidade institucional desta medicina, seja no plano teórico, operativo, diagnóstico ou terapêutico. A pesquisa teve como fruto principal uma tese de professor titular da UERJ (LUZ, 2014b).

O núcleo central do objeto da pesquisa sobre a medicina homeopática foi a apreensão e análise do discurso e da prática específica de um sistema médico que se opunha, tanto nos planos da diagnose, da terapêutica e da prática da consulta, ao da medicina institucional, que já no século XIX era reconhecida como verdadeira, sendo reproduutora do conhecimento científico da época. Tanto o saber como a prática médica ensinada nas Faculdades Imperiais de Medicina (Rio de Janeiro e Salvador), fundadas pelo Imperador Dom Pedro II no século XIX, se opunham – como até nossos dias se opõem – aos princípios de uma “medicina vitalista” como a Homeopatia (LUZ, 2014b, p. 75-115).

⁵ O desenvolvimento histórico de uma *bio teoria* na Medicina pode ser acompanhado desde o século XVI.

⁶ O Projeto contou, para seu desenvolvimento, com apoio da FINEP, e com bolsas do CNPq, CAPES e FAPERJ. Realizou os “Seminários Institucionais de Pesquisa em Homeopatia”, entre 1982 e 1989, de âmbito inicialmente nacional, depois internacional, com a presença de pesquisadores sul-americanos e europeus, como o imunologista Jacques Benveniste.

Para analisar os distintos períodos históricos desta prática no Brasil estabelecemos *conjunturas* institucionais, variando em função de debates, conflitos e acordos entre as duas medicinas. Ao longo da análise dos documentos e depoimentos foi sendo evidenciado que a Homeopatia, mais que uma intervenção terapêutica exótica, dissidente da praticada pela Escola Médica, ou de uma “medicina de pobres” (escravos e população urbana desassistida), como era conhecida durante as epidemias do século XIX, era um sistema médico complexo distinto do vigente.

Delineou-se paulatinamente, durante a pesquisa histórica, e as entrevistas com médicos praticantes da homeopatia, a existência de uma *dimensão* específica da prática técnica homeopática: uma dimensão *diagnóstica*, construída com o discurso oral dos pacientes, constando da descrição minuciosa, pelos sujeitos, dos seus sintomas de adoecimento e da variação individual desses sintomas: física, psíquica, temporal, ambiental, espacial, sazonal.

Coerentemente, foi-se tornando claro no projeto o porquê da intervenção médica destinada a um *indivíduo* específico e não a uma *doença* específica. Para pessoas desviadas da ordem vital, o caminho de volta ao equilíbrio deve ser individual, através de medicamentos personalizados, de acordo com a manifestação sintomatológica individual, mesmo havendo uma *patologia* comum.

O *saber técnico* acumulado na dimensão *terapêutica* homeopática emerge como expressão de uma dimensão *de cuidado medicamentoso* dispensado ao indivíduo doente. Objetiva a busca do **reequilíbrio vital dos sujeitos**. Os pesquisadores constataram que, consequentemente, a homeopatia não tem como núcleo central da sua prática de diagnose um *catálogo de patologias*, mas *modos de adoecimento* dos indivíduos. Esta centralidade no sujeito individual define a homeopatia como um **sistema médico** em que a fisiologia, ou *dinâmica vital* humana, é não apenas um elemento constitutivo da diagnose e da terapêutica; é também parte da afirmação que a *morfologia humana (anatomia)* e sua *dinâmica vital (fisiologia)* atuam em movimento sincrônico constante, indo assim além da anatomia clássica. A Homeopatia é, portanto, uma *Racionalidade Médica* específica, distinta da Medicina tradicional, ou Biomedicina. A questão colocada a seguir foi: existem outras Racionalidades Médicas? Como descrevê-las?

2.3 As Racionalidades Médicas, sistemas médicos complexos: definição e dimensões

O resumo sintético que se segue reúne as principais hipóteses teóricas, e descobertas conceituais oriundas da primeira fase da pesquisa, concernindo a definição de Racionalidades Médicas como **sistemas médicos complexos**, ignorados pelas ciências da vida como tal. Descreve e analisa as dimensões dos quatro primeiros sistemas estudados: Medicina Ocidental Contemporânea ou Biomedicina (em função de sua estreita

colaboração com as biociências), Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvédica (ou Ayurveda) e Medicina Antroposófica.

Analisa, sobretudo nesta fase inicial, a própria definição do que é *conceito* neste quadro teórico complexo. Não pretendo aqui qualquer ineditismo, ou novas formulações, nem reformulações em função de descobertas, certamente posteriores a esta fase. De fato, as centenas de páginas publicadas por esta autora, e pelos pesquisadores do grupo Racionalidades Médicas (LUZ; BARROS, 2012; LUZ, 2011; NASCIMENTO; BARROS; LUZ, 2012; TESSER; LUZ, 2008), mantido ativo pela prática de pesquisa de dezenas de mestrandos e doutorandos da área disciplinar envolvendo a Saúde ao longo de três décadas, torna desnecessária tal pretensão.

Pretendi mostrar concisamente aqui o que entendi desde o início como *conceito*, no sentido epistemológico tradicional, isto é, como o átomo teórico básico de todas as disciplinas, e o *conceito* adotado na pesquisa, em termos de tipo ideal, tal como foi formulado por Max Weber no campo das ciências humanas. São de fato *dois tipos de definição* de conceito: uma, fruto da tradição epistemológica clássica, desde a Grécia, a outra sendo fruto da evolução do campo das Ciências Humanas, do fim do século XIX ao início do século XX, e que se tornou, no decorrer desse século, elemento teórico de referência para pesquisadores das áreas de Ciências Humanas, gerando dezenas de livros e artigos de autores que tomaram Weber como macro referência, não sem frequentes contendas com outras orientações teóricas, sobretudo na área da Sociologia Política. Neste artigo apenas reuni alguns trechos de definições da fase inicial da pesquisa R.M., revisitando livros, artigos, apresentações em congressos, refraseando ou reformulando afirmações consideradas pouco claras ou questionáveis, enxugando o texto ao máximo, mas o suficiente para não torná-lo inacessível aos praticantes da área da Saúde, nos seus vários ramos disciplinares.

O *conceito* clássico(teoria clássica ou moderna) é, como afirmamos anteriormente neste texto, a base de definição ***a priori*** dos conjuntos de fatos confirmados ou de projetos ainda hipotéticos: é o elemento teórico básico de representação do real concernindo qualquer área científica; é o átomo constitutivo da construção de teorias, tendo função analítica epistemológica *explicativa*. Um exemplo concreto pode ser o próprio átomo, base conceitual de ciências físicas, biológicas, astrofísicas, etc.

O conceito *ideal típico* (WEBER, 2004) é uma definição teórico conceitual relativa a geração de conjuntos de fatos ou de ações sociais concernindo representações e valores da realidade sócio-histórica, gerando frutos na ação social e nas relações sociais (elemento teórico básico interpretativo das estruturas). Função conceitual mais interpretativa que explicativa, portanto. O tipo ideal é, assim, uma construção lógica e epistemológica ***a posteriori***: o conceito é elaborado a partir de *operação indutiva*, que parte de características estruturais da realidade social, definidas como traços “modelares”, tendo função teórica *interpretativa*.

Nesse sentido, foram identificadas seis dimensões que dão base para Racionalidade Médica enquanto categoria (tipo ideal), nas quais apresentam características que possibilitam reconhecer os sistemas médicos complexos (quadros 1 e 2).

Quadro 1 - A categoria Racionalidade Médica e sua construção como tipo ideal: as dimensões:

DIMENSÃO	FUNÇÃO
Morfologia Humana	“Anatomia”
Dinâmica vital Humana	“Fisiologia”
Doutrina Médica	“Diagnose”
Sistema Diagnóstico	Classificação de doenças ou modos de adoecimento
Sistema Terapêutico	Modos de intervenção visando cura ou eliminação de doenças
Cosmologia	A base sociocultural dos Sistemas das representações simbólicas de Mundo, ou Natureza, e de suas interações com a vida humana e seus modos de adoecimento, morte ou cura

Fonte: Luz (2012b).

Quadro 2 - Resumo classificatório comparativo das RM:

Descrição e análise das dimensões específicas - traços específicos (teóricos) e aspectos descriptivos:

Racionalidades Medicas	Cosmologia	Doutrina Médica	Morfologia	Fisiologia e ou Dinâmica Vital	Diagnóstico	Terapêutica
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teoria(s) da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos; cirurgias; prevenção
MEDICINA HOMEOPÁTICA	Cosmologia Ocidental Tradicional (alquímica) e Clássica (newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistema) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adoecimento	Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual. Diagnóstico clínico	Medicamento; Higiene (física e mental)
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	Cosmologia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teorias do "Yin-Yang" e das "Cinco Fases (ou elementos)" e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos "canais" meridianos e dos pontos de acupuntura ("corpo sutil"). Teoria dos órgãos e das vísceras ("corpo orgânico")	Fisiologia dos "sopros vitais" (Qi); Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente	Semiologia anamnese do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Higiene; Exercícios; artes, meditação, etc.; Dietética; fitoterapia, massagens, acupuntura e Moxabustão
MEDICINA AYURVÉDICA	Cosmologia Indiana (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais ("Tridoshá") nos sujeitos individuais	Teoria dos vários corpos ("denso" e "sutil"); Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos	Fisiologia "energética" (circulação do Prana e das demais energias nos "corpos"). Equilíbrio do "Tridoshá".	Semiologia: anamnese do desequilíbrio do "Tridoshá"; Sistema de observação dos "oito pontos"; Diagnóstico dos desequilíbrios dos sujeitos.	Dietética; Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios; ioga, meditação, etc.; Massagens; Fitoterapia; Medicamentos
MEDICINA ANTROPOSÓFICA	Holismo (microcosmo manifesta o macrocosmo); Vitalismo; Espiritualismo (dimensão espiritual do humano).	Sintonia rítmica entre os elementos constitutivos da estrutura humana; Doença como fruto da disinesia no funcionamento dos elementos entre si e com o meio.	Trinembração (sistemas neurosensorial, rítmico e metabólico locomotor); Quadrinmembração: pulmão (terra), fígado (água), rins (ar), coração (fogo); 12 sentidos de apreensão da corporalidade da natureza e da cultura.	Lei da Polaridade (polos céfálico, abdominal, Sistema Rítmico); Rítmico dos elementos (água, terra, fogo, ar); Sete processo vitais (respiração, aequacionamento, alimentação, segregação, manutenção, crescimento, reprodução).	Anamnese e exames físicos completos; Exames complementares laboratoriais e de imagem; Análise dos sepéniros de vida dos indivíduos; Diagnóstico de estagnação e aceleração dos fluxos; Diagnóstico dos processos de desarmónia dos sistemas constitutivos.	Terapêutica: nos três níveis do humano (físico, emocional e espiritual); Três sistemas constitutivos do indivíduo e nos quatro corpos (físico, etérico, astral e Eu); Formas de intervenção (medicamentos, fitoterapia, massagem, terapias artísticas, nutrição, meditação, aconselhamento biográfico).

Fonte: autora, atualizado de Luz (2012) e Luz e Wenceslau (2012a).

2.4 Breve discussão da categoria PICS

Neste item, pretende-se debater a respeito das “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS) e seu papel nas políticas de atendimento institucional aos doentes, individuais ou em grupos específicos. Em breve apresentação do que atualmente se designa PICS, considero importante retomar a discussão da evolução do termo “Medicinas Alternativas”, já presente no ideário cultural de Saúde do final da década de sessenta e início dos anos setenta, primeiro para Terapêuticas Alternativas, depois para Práticas Alternativas em Saúde, Terapêuticas Complementares, Terapêuticas Alternativas e Complementares em Saúde, até a denominação institucional mencionada neste subtítulo.

O objetivo desta discussão é salientar que, independentemente da variação nominativa do termo acima, que acompanha a mutabilidade de nossas concepções sócio culturais e de nossas políticas de saúde do último meio século, a variação institucional diz respeito à generalização da atenção médica, com a proposta de universalização iniciada com a criação do Sistema Único de Saúde no final dos anos 1980, e sua implementação progressiva desde os anos 1990.

Tal variação nominativa refere-se a um mesmo fenômeno, a uma mesma realidade institucional. Uma realidade crônica, embora não percebida institucional ou mesmo socialmente. Esta realidade refere-se à questão do **cuidado** institucional. Cuidado em saúde, ou mais restritamente, **cuidado médico**. E aqui voltamos à questão das Racionalidades Médicas. A Biomedicina, ou Racionalidade Médica Ocidental, ao menos no que concerne meus estudos sobre racionalidades Médicas, não prioriza em seu atuar o cuidado em saúde, o cuidado do paciente como **sujeito único complexo**, com sua identidade e história biológica irredutível a uma patologia, ou a uma dimensão particular de sua estrutura, contrariamente às outras Racionalidades Médicas aqui resumidas.

A dimensão estratégica e prioritária deste sistema médico é a **diagnose**. Mas a diagnose refere-se a patologias específicas, e seu controle ou erradicação. Não se trata de diagnosticar indivíduos ou grupos de sujeitos adoecidos, mas de combater e eliminar, sempre que possível, as doenças que os atingem. Para isto a Biomedicina desenvolveu, desde a Segunda Guerra Mundial, um arsenal crescente e atualizável de drogas, visando ao combate das patologias, quer se apresentem individual ou coletivamente. O importante a reter aqui é que a concepção de guerra (contra as doenças) fundamenta o imaginário terapêutico da Medicina Ocidental Contemporânea. O cuidado do paciente, quando existente, é voltado para a identificação e combate de sua patologia, através de exames, progressivamente mais sofisticados, especializados e custosos. Identificada sua patologia, o sujeito doente terá como cuidado médico a receita de medicamentos que a combaterão. Poderá retornar para certificar-se da eliminação da patologia, geralmente com mais exames comprobatórios.

Embora muitas vezes competente e eficaz para suprimir o estado patológico, o procedimento biomédico é quase sempre insatisfatório ao nível do cuidado: o paciente

comum, de rede pública de serviços, queixa-se de descuido, de “falta de atenção”, até mesmo de mau trato, impaciência⁷.

A área de Saúde Coletiva, em parte emergente da Saúde Pública, centrada no estudo e combate de doenças coletivas (endemias e epidemias), e em parte voltada para a expansão do atendimento médico afeto ao setor de atenção ambulatorial e hospitalar dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos trabalhadores, passa a ocupar, paulatinamente, um espaço de pesquisa e ação ambulatorial desta faixa populacional, através da presença nos postos de atendimento do Sistema Único de Saúde (LUZ, 2014a). Mas são as *especialidades* e seus procedimentos de diagnose e intervenção (medicamentosa ou cirúrgica) que predominam na lógica institucional, que vão em contra sentido sócio-histórico às percepções e opções de saúde integral na cultura da sociedade civil desde os anos 1980.

A atenção primária em saúde, desde os anos setenta uma reivindicação da área de Saúde Coletiva, centrada no sujeito adoecido e em seu cuidado (pessoal, familiar), encontra ainda pouca ressonância institucional na lógica biomédica dominante. Grande parte da intoxicação medicamentosa, que adoece gravemente, quando não mata, uma porção significativa de indivíduos de populações de muitos países, é fruto da associação histórica entre a medicina institucional, profissionais e grupos farmacêuticos.

Não é de se espantar que as “medicinas alternativas”, as “práticas terapêuticas integrativas”, “a medicina integral” e outras denominações, progressivamente aplicadas a outras rationalidades terapêuticas, oriundas de outras culturas, presentes em outras sociedades, assumam espaços de prática na sociedade brasileira (LUZ, 2005). Deve ser destacada, em primeiro lugar, a homeopatia, pioneira a ocupar espaços institucionais em ambulatórios, clínicas, atendimento público, desde meados do século XIX. A homeopatia é a primeira rationalidade médica vinda “de fora” a disputar espaços de atuação nos hospitais, nas clínicas, no próprio ensino. É a primeira que se apresenta como *outra rationalidade médica*, em teoria e prática (AUCAS; LUZ, 1998; LUZ, 2014b).

Um século depois a Acupuntura, instrumento terapêutico da medicina chinesa - dita Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – (LUZ, 2012e; SOUZA; LUZ, 2011; FERREIRA; LUZ, 2007), caracterizada pela aplicação de agulhas como instrumento terapêutico, começa a tornar-se uma prática difundida nas classes médias urbanas do país, trazendo consigo uma parte da terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa: os chás, o regime alimentar, os remédios. E claro, a concepção do que é estar doente ou saudável face à MTC. Nos anos 1970 e 1980 há como que uma explosão nos centros urbanos das práticas chinesas ligadas à saúde: as artes marciais, capitaneadas pelo Tai Chi Chuan, a alimentação, a

⁷ Deve ser salientado que estas reclamações atingem também, atualmente, o setor do atendimento privado de atenção médica, o dos Planos de Saúde. Entretanto, médicos, e funcionários da área de Atenção médica em geral não podem ser responsabilizados pela fragilidade ou insuficiência do Sistema, seja ele público ou privado. Atualmente são trabalhadores com excesso de horas de trabalho, baixa remuneração e, quando podem, com mais de uma ocupação. Depressões, doenças crônicas e suicídios são noticiados como crescentes neste setor.

acupuntura, a meditação. Certamente havia já uma prática “doméstica” da medicina chinesa, transmitida de pais para filhos, em grupos populacionais migrados para o Brasil, principalmente no sul do país. Que não chegam a ser tão representativos como os grupos de alemães, italianos ou japoneses. Deve ser ressaltado que os japoneses são praticantes de uma medicina similar à chinesa, com sua versão da acupuntura, das artes marciais, da alimentação e da meditação. Em breve essas práticas baterão às portas do SUS, buscando espaços de atendimento. Será uma longa luta, face às barreiras que encontrarão da parte da Biomedicina.

A medicina antroposófica, seguindo as teorias de Rudolf Steiner (1861-1925) (WENCESLAU; LUZ, 2014; LUZ; WENCESLAU, 2012a; LUZ; WENCESLAU, 2012b), como

outros sistemas médicos complexos, partilha de características paradigmáticas como o holismo e o vitalismo, entendendo o homem em sua constituição em relação à natureza como um todo, correlacionando o indivíduo como uma *totalidade complexa interativa* com o meio. A doutrina médica antroposófica busca a recuperação da sintonia rítmica do ser, procurando a permanência do equilíbrio para a manter a *vitalidade* (LUZ; WENCESLAU, 2012a).

Finalmente, a medicina ayurvédica, ou simplesmente o Ayurveda (MARQUES, 2012; LUZ, 2000), penetra nos serviços de atenção básica do SUS, já neste século, trazendo seus cuidados de massagens, alimentação e medicação natural, isto é, não farmacológica, sob o guarda-chuva nominativo das “Práticas Integrativas” de cuidado, denominação institucional comum as práticas terapêuticas da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa, ou simplesmente Medicina Chinesa. Ambas podem ser classificadas como *vitalistas*.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar sem medo de erro histórico, que é somente neste século, principalmente a partir de sua segunda década, que podemos observar uma interiorização das práticas de outras racionalidades médicas na atuação institucional dos ambulatórios da atenção médica, sobretudo na chamada “atenção primária”.

Todas as práticas diagnóstico-terapêuticas derivadas das três Racionalidades Médicas mencionadas acima tenderão a abrigar-se sob o guarda-chuva das “Práticas Integrativas e Complementares de Saúde”. Desta forma podemos afirmar, sem medo de falha lógica ou epistemológica que “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, ou abreviadamente PICS, **não é um conceito**. Não como o desenvolvemos ao longo deste texto, com suas características lógicas e epistemológicas. Trata-se de uma **denominação institucional**, com objetivos políticos, com a louvável determinação de integrar dimensões de outros sistemas médicos, sobretudo a terapêutica, no sistema público de saúde. Por outro lado, tem como consequência negar a existência de outros sistemas médicos, os sistemas vitalistas, centrados no cuidado e recuperação da saúde dos sujeitos humanos

vistos e tratados como totalidades complexas singulares, e que são sistemas igualmente válidos nas ações de cuidado em saúde humana (BARROS; LUZ, 2020).

Resumindo e finalizando este texto: em termos epistemológico e político institucional, tal negação supõe que outras Racionalidades Médicas não são possíveis face à da Biomedicina. Nem mesmo aceitáveis no plano lógico e da ação institucional. Nossa trabalho consistiu, ao longo das últimas décadas, em demonstrar que essas Racionalidades Médicas, ou Sistemas Médicos Complexos existem e atuam, com razoável sucesso diagnóstico e terapêutico, nos seus países de origem (China, Japão, Índia, p.ex.) e mesmo no Brasil, seja em âmbito privado, seja em âmbito institucional, onde se lhe permitem a inserção.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Que relação entre *conceito* e *verdade* podemos estabelecer na construção da ciência moderna?
- 2) Como a observação sistemática tornou-se o critério principal de atribuição de *verdade* no conhecimento moderno?
- 3) Como os *tipos ideais* ajudaram na categorização dos sistemas médicos complexos?
- 4) O que diferencia a produção de conhecimento nas demais Racionalidades Médicas pesquisadas em relação à Biomedicina ocidental contemporânea?
- 5) Por que a autora afirma que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) não podem ser consideradas um conceito? Por que não podem ser equiparadas às Racionalidades Médicas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUCAS, C. R.;LUZ, M. T. A Estrutura do campo médico homeopático do Rio de Janeiro - Reflexões sobre a produção do conhecimento homeopático como elemento básico de estruturação institucional sistêmica do campo. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.178, p. 1-29, 1998.

BARROS, N.;LUZ, M.T. Em resposta. *SAÚDE E SOCIEDADE (ONLINE)*, v. 29, p. p. e200300, 2020.

FERREIRA, C. DOS S.; LUZ, M. T. Shen: Categoria estruturante da rationalidade médica chinesa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, p. 863-876, 2007.

JULLIEN, François: O diálogo entre as Culturas – Do universal ao multiculturalismo. Rio de Janeiro: Zahar, 2009, 1^a. Edição, 221p.

LUZ, D. Racionalidade Tradicional Chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde- Estudos teóricos e empíricos. 1ed. Rio de Janeiro: 2012e, v. 01, p. 103-152.

LUZ, M.T. As Instituições Médicas no Brasil. 2a.. ed. Porto Alegre: REDE UNIDA, 2014a. v. 1. 362 p.

LUZ, M.T. A Arte de Curar x A Ciência das Doenças - História da Homeopatia no Brasil. 2a.. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014b.

LUZ, M.T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. v. 1. 184 p.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de Racionalidades Médicas para o campo da Saúde: estudos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.;BARROS, N. F.(Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ LAPPIS, 2012a, p. 15-24.

LUZ, M. T. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, M. T.;BARROS, N. F.(Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ LAPPIS, 2012b, p. 25-47.

LUZ, M. T. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento de pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, M. T.;BARROS, N. F.(Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012c, p. 217-250.

LUZ, M. T. Estudo Comparativo das Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Chinesa e Ayurvédica. In: PELIZZOLI, M. (Org.). Saúde em Novo Paradigma. 1ed. Recife: EDUFPE, 2011, v. 1, p. 151-175.

LUZ, MADEL T.. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* (UERJ. Impresso), v. 15, p. 145-176, 2005.

LUZ, M. T.;BARROS, N. F.(Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. 452p.

LUZ, M. T. Medicina e Racionalidade Médicas: Estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, da homeopatia, da Medicina Tradicional Chinesa e Ayurvédica. In: CANESQUI, A.M. (Org.). Ciências Sociais e Saúde no Ensino Médico. 1ed. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000, v. 1, p. 181-200.

LUZ, M. T. Comentários ao Manifesto Convivialista. *Saúde em Redes*, v. 1, n. 1, p. 15-19, 2015.

LUZ, M. T.; CAMARGO JR, K. R. A Comparative Study of Medical Rationalites. *Curare* (Berlin), Berlim, v. 1, n.12, p. 47-58, 1997.

LUZ, M. T.; CAMPOLLO, M. F.; VELLOSO, A.F. Racionalidade Médica e Semiologia: Contribuição para a Construção de uma Diagnose do Sujeito Doente. In: CARLOS CAROSO. (Org.). CULTURAS, TECNOLOGIAS EM SAÚDE E MEDICINA: perspectiva antropológica. 01ed. Salvador: Edufba, 2008, v. O1.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina Antroposófica como racionalidade médica. LUZ, M. T.;BARROS, N. F.(Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012a, v. 01, p. 05-452.

LUZ, M. T. WENCESLAU, L. D. Goethe, Steiner e o nascimento da arte de curar antroposófica no início do século XX. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 98, p. 85-102, 2012b.

LUZ, M. T.*et al.* Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. *Interface* (Botucatu. Impresso), v. 17, p. 973-984, 2013.

LUZ, M. T.*et al.* Retórica na divulgação científica do imaginário de vida e saúde: uma proposta metodológica de análise. *Interface* (Botucatu. Online), v. 21, p. 333-347, 2016.

MACHADO, A. S.;LUZ, M. T. O cérebro midiaturizado: imagens do corpo e da vida na cultura contemporânea. *Sociologias* (UFRGS), v. 19, p. 364-390, 2017.

MARQUES, E. A. Racionalidades médicas: a medicina ayurvédica. LUZ, M. T.;BARROS, N. F.(Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, v. 01, p. 153-184.

NASCIMENTO, M.C.;BARROS, N. F.;LUZ, M.T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), v. 1, p. 1, 2012.

PELIZZOLI, Marcelo (org.)- *Saúde em Novo Paradigma -Alternativas ao modelo da Doença*, Ed. Universitária UFPE, Recife, 2011, 262pp.; p.151-175.

PLATON- Obras Completas - Editora Aguilar, Madri 1966-1969, 7^a. Edição, 1988,1715 p. Diálogos: Fedon, p.611-652; A República, p. 654-852; Teeteto; pp.892-941.

SOUZA, E. F. A. A. DE;LUZ, M. T. Análise Crítica das diretrizes de pesquisa em Medicina chinesa. História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Impresso), v. 18, p. 155-174, 2011.

TESSER, C D;LUZ, M. T. Racionalidades Médicas e Integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 195-206, 2008.

TESSER, C. D.;LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. *Physis* (UERJ. Impresso), v. 28, p. p. e280109, 2018.

WEBER, M. A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo. São Paulo: Cia. das Letras, 2004, 335 p.

WENCESLAU, L. D.;LUZ, M. T. O Saber Antroposófico e sua Inserção Cultural. A Medicina Antroposófica como Racionalidade Médica e Prática Integral de Cuidado à Saúde. 1 ed. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014, v. 01, p. 21-47.

CAPÍTULO 2

RACIONALIDADE MÉDICA HOMEOPÁTICA E O SENTIDO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2023

Júlio Cesar Quaresma Magalhães

Adriana Passos Oliveira

Carla Holandino Quaresma

RESUMO: O princípio hipocrático da semelhança foi sistematizado por Hahnemann por meio da experimentação de diferentes drogas em seres humanos, cujo conjunto de sinais e sintomas encontram-se descritos nas matérias médicas homeopáticas. A homeopatia tem como premissa a experimentação realizada a partir de uma metodologia científica pré-estabelecida pelo seu criador, a qual vem sendo aperfeiçoada até os dias de hoje por meio de diferentes ferramentas científicas. No Brasil, a homeopatia é reconhecida como especialidades médica, veterinária, odontológica e farmacêutica e faz parte das políticas públicas do Ministério da Saúde. O reconhecimento da homeopatia como medicina integrativa e complementar é pujante também em diferentes países, com destaque para: Índia, Cuba, Suíça, Reino Unido e França. A qualidade das publicações científicas também vem alcançando destaque no Brasil e no mundo, sendo inúmeras as contribuições de diferentes grupos de pesquisa acerca dos mecanismos de ação

dos sistemas dinamizados. Neste cenário, o presente capítulo traz os fundamentos dessa rationalidade médica e apresenta o “estado da arte” de evidências científicas publicadas em periódicos indexados e reconhecidos internacionalmente. O leitor perceberá facilmente que a ciência homeopática vem se desenvolvendo a passos largos, permeada por alta qualidade metodológica e muito rigor científico na busca pela compreensão dos mecanismos de ação dos medicamentos dinamizados. O resultado natural é a consolidação das evidências científicas nas epidemias, no tratamento de novas e antigas doenças, agudas e crônicas. Entretanto, o fenômeno homeopático tem características próprias que nem sempre se aplicam à rationalidade da farmacologia clássica e das curvas dose-resposta que norteiam os mecanismos de ação das drogas alopáticas. Desejamos que você leitor, se aprofunde nas bases que fundamentam a terapêutica homeopática e que reconheça a importância das evidências científicas para a consolidação do uso da homeopatia no tratamento, na prevenção e na promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Homeopatia, Pesquisa, Medicamento Homeopático.

ABSTRACT: The Hippocratic principle of similarity was systematized by Hahnemann through experimentation with different drugs on human beings, whose set of signs and symptoms are described in homeopathic medical materials. Homeopathy is premised on experimentation carried out based on a scientific methodology pre-established by its creator, which has been perfected to this day using different scientific tools. In Brazil, homeopathy is recognized as a medical, veterinary, dental and pharmaceutical specialty and is part of the public policies of the Ministry of Health. The recognition of homeopathy as an integrative and complementary medicine is also strong in different countries, with emphasis on: India, Cuba, Switzerland, the United Kingdom and France. The quality of scientific publications has also been gaining prominence in Brazil and around the world, with numerous contributions from different research groups on the mechanisms of action of dynamic systems. In this scenario, this chapter presents the foundations of this medical rationality and presents the “state of the art” of scientific evidence published in indexed and internationally recognized journals. The reader will easily notice that homeopathic science has been developing at a fast pace, permeated by high methodological quality and a lot of scientific rigor in the search for understanding the mechanisms of action of dynamized medicines. The natural result is the consolidation of scientific evidence in epidemics, in the treatment of new and old diseases, acute and chronic. However, the homeopathic phenomenon has its own characteristics that do not always apply to the rationality of classical pharmacology and the dose-response curves that guide the mechanisms of action of allopathic drugs. We hope that you, reader, delve deeper into the foundations underlying homeopathic therapy and recognize the importance of scientific evidence for consolidating the use of homeopathy in treatment, prevention and health promotion.

KEYWORDS: Homeopathy, Research, Homeopathic Remedy.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Identificar a homeopatia como racionalidade médica diferente da medicina ocidental hegemônica.
- 2) Identificar a homeopatia como especialidade médica, farmacêutica, odontológica e veterinária, reconhecida pelos respectivos conselhos profissionais federais.
- 3) Reconhecer os fundamentos da homeopatia, estruturada em seus pilares descritos pelo seu criador, Samuel Hahnemann em sua obra basilar “O Organon da Arte de Curar”.
- 4) Constatar as potencialidades e legitimidade da homeopatia como terapêutica eficaz, segura e economicamente viável para a prevenção, a promoção e o tratamento de doenças agudas, crônicas e epidêmicas, nos diversos ciclos de vida.
- 5) Perceber a importância da pesquisa científica, nas mais diversas modalidades, para o desenvolvimento da homeopatia enquanto área de conhecimento que dispõe de evidências científicas robustas publicadas em periódicos indexados.
- 6) Compreender a necessidade da implementação da homeopatia nas atividades de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, para possibilitar a ampliação do acesso da população brasileira à assistência homeopática de excelência, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS).

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

"A mais nobre e única missão do médico é restabelecer o estado de saúde do doente - o que se chama curar."

(Samuel Hahnemann)

A teoria e prática da homeopatia, apesar de bicentenária, ainda é pouco conhecida por muitos profissionais de saúde. Contudo, seu amplo alcance e incontestável aceitação social, sua alta resolubilidade e excelente custo-efetividade, apontadas pelas inúmeras evidências científicas indexadas, tornam imprescindível sua compreensão e integração com a medicina ocidental hegemônica ou “biomedicina” no âmbito da assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Depois da medicina hegemônica, a homeopatia é a racionalidade médica mais utilizada no mundo. Estima-se que cerca de 500 milhões de pessoas utilizam a homeopatia como forma terapêutica, representando cerca de 7% da população mundial em 2016 (PUSTIGLIONE, 2017).

No Brasil, a homeopatia é uma especialidade médica, farmacêutica, veterinária e odontológica reconhecida pelos respectivos Conselhos Federais: em 1980 pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1000/80; em 1992 pelo Conselho Federal de Farmácia, Resolução CFF 232/92; em 1995 pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária, Resolução CFMV 625/1995; e recentemente, em 2015, o Conselho de Odontologia reconhece a especialidade por meio da Resolução CFO 160/2015 (BRASIL, 1980; BRASIL, 1992; BRASIL, 1995; BRASIL, 2015).

A Homeopatia na Agricultura, em 2004, foi certificada pela UNESCO/Fundação Banco do Brasil como tecnologia social efetiva. Segundo Andrade et al. (2011, p. 51), essa certificação se correlaciona com o fato de a homeopatia ser:

Método de impacto com resultado comprovado que soluciona o problema social do uso racional/ecológico da terra quanto à produção de alimentos saudáveis, respeitando a biodiversidade e dispensando os agrotóxicos das propriedades rurais.

Em 2014 foi publicada a Instrução Normativa nº 17 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) que reafirmou a homeopatia como tecnologia sustentável no campo da cultura orgânica, sem restrições de uso em sistemas orgânicos para a produção comercial de animais; prevenção e tratamento de enfermidades dos animais orgânicos, uso como fertilizantes e corretivos em sistemas orgânicos de produção e manejo, controle de pragas e doenças nos vegetais e tratamentos pós-colheita nos sistemas orgânicos de produção (BRASIL, 2014).

A Homeopatia é um sistema médico complexo, uma *racionalidade médica* (LUZ, 1988), de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo

da prevenção, promoção e recuperação dos agravos à saúde, semelhante aos princípios do SUS. É um modelo de atenção voltado para a saúde uma vez que recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção e o comprehende em suas dimensões física, psicológica, social, cultural, ambiental e espiritual.

Na Homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Essa concepção contribui para o fortalecimento do princípio da integralidade da atenção à saúde. A alta demanda a saturação dos serviços de saúde com o surgimento de pandemias, o reaparecimento de enfermidades tidas como controladas ou extintas, o aumento da resistência bacteriana, o surgimento de microorganismos emergentes ou multirresistentes, o aumento crescente da longevidade, das doenças crônico-degenerativas e dos transtornos psíquicos, o aumento das iniquidades sociais e os custos exorbitantes de uma medicina hegemônica altamente tecnológica e desumanizada constituem um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Todas essas demandas concorrem para uma necessidade de somar aos serviços de saúde convencionais as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), também chamadas de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MTCA) (WHO, 2002).

A partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006, foi implementada no Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria nº 971/06 (BRASIL, 2006). As denominadas MT/MCA, pela OMS, passam a ser institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a ser conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Essa resolução nomeia e propõe uma política nacional para a assistência homeopática no SUS. MT/MCA está presente em quase todos os países do mundo e é crescente a demanda por serviços que ofereçam segurança e eficácia. Indo ao encontro desse desafio e em resposta a Resolução WHA62.13 - TM, a OMS atualizou os objetivos do Programa de Medicina Tradicional. A Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023 (WHO, 2014) apoia os líderes de saúde para o desenvolvimento de proposições que contribuam para uma visão mais ampla de melhoria da autonomia e da saúde do paciente¹. Essa estratégia tem dois objetivos principais: apoiar os Estados-Membros para aproveitar a contribuição potencial de MTCI/PICS para a saúde, bem-estar e cuidado de saúde centrados nas pessoas para promover o uso seguro e eficaz de MTCI/PICS por meio da regulamentação de produtos, práticas e profissionais.

Esses objetivos serão alcançados por meio da implementação de três objetivos estratégicos: construir o conhecimento, fundamentar e formular políticas nacionais; fortalecer

¹ Ao utilizar o termo “paciente”, os autores desejam resgatar a etimologia primordial que remete à pessoa que passa pelo momento do adoecimento com a paciência e confiança necessária ao seu cuidador, e não somente enquanto um usuário de um determinado sistema de saúde, seja ele público ou privado. Convém ressaltar ainda que a abordagem do termo adotada nesse capítulo se aproxima da perspectiva que valoriza o protagonismo dos sujeitos/pessoas, famílias e comunidades no processo do cuidado em saúde.

a segurança, qualidade e eficácia por meio da regulação e promover a cobertura universal de saúde integrando os serviços de MTCI/PICS e autocuidado, aos sistemas nacionais de saúde.

Dentre as MTCI, a medicina homeopática, embora bem diferente, é a que mais se aproxima da prática médica ocidental hegemônica, a “biomedicina”. Baseadas em fundamentos paradigmáticos distintos e aparentemente antagônicos, se compreendidas a partir da sua complementaridade, podem atuar sinergicamente potencializando a resolubilidade terapêutica em inúmeros contextos.

Um dos maiores desafios nesse sentido é a formação de profissionais das diversas áreas de saúde, qualificados em MTCI/PICS desde a graduação, a fim de serem capazes de oferecer as MTCI/PICS aos seus pacientes com segurança e eficácia. Defende-se para tanto que a educação desses profissionais integre conteúdos de MTCI/PICS em um contexto de ensino plural que ofereça um conjunto de perspectivas críticas de modelos terapêuticos e permita que estudantes e praticantes façam uso dos diferentes paradigmas em saúde para lidar com os processos de adoecimento na complexidade da sociedade contemporânea.

A análise da oferta de ensino, apoiada na perspectiva do cuidado e referenciada em literatura nacional e internacional, aponta diversos desafios para a ampliação e qualificação do ensino de Práticas Integrativas e Complementares, dentre eles a inserção formativa e obrigatória em cursos de saúde, visando maior interação e complementaridade entre saberes distintos, de forma integrativa.

Nesse sentido, a pesquisa quantitativa “Práticas Integrativas e Complementares na Formação Profissional em Saúde” (NASCIMENTO et al., 2014), realizada pela REPPICS – Rede de Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, reunindo representantes de quatro Instituições de Ensino Superior (IES) públicas no Rio de Janeiro, descreve a oferta de disciplinas e cursos em Práticas Integrativas e Complementares em seis instituições de ensino superior públicas no Estado do Rio de Janeiro.

Foi avaliada a subárea de saúde, nível do ensino (graduação e pós-graduação), subtemas das Práticas Integrativas e Complementares (Homeopatia, Acupuntura, Meditação etc.), formato (obrigatório, eletivo ou optativo) e conteúdo (informativo ou formativo). Os resultados mostram uma oferta de 56 unidades de ensino, distribuídas em quase todas as subáreas de saúde, com maior concentração em cursos de Medicina, Farmácia e Enfermagem. O perfil das disciplinas foi predominantemente opcional e informativo, apresentando a Homeopatia como um dos temas mais frequentes, contemplada em todas as IES pesquisadas e no maior número de subáreas, principalmente em cursos de Medicina e Farmácia.

2 | HOMEOPATIA

A Homeopatia, como racionalidade médica, é um sistema lógico e teoricamente estruturado, devendo ter como condição necessária e suficiente para ser considerado como tal a presença dos seguintes elementos: *morfologia* (concepção anatômica), *dinâmica vital* (fisiologia), *sistema de diagnósticos*, *sistema de intervenções terapêuticas* e *doutrina médica* (cosmologia). Neste sentido, a homeopatia é uma racionalidade médica, distinta da medicina ocidental hegemônica (LUZ, 1988).

O modelo homeopático de tratamento das enfermidades emprega premissas epistemológicas bem distintas das preconizadas pela “biomedicina” hegemônica, tais como: princípio da similitude terapêutica, experimentação patogenética dos medicamentos em indivíduos sadios, emprego de medicamentos dinamizados (diluídos e sucussionados) e individualizados segundo a totalidade sintomática característica do binômio doente-doença, os quais iremos apreciar em detalhes mais adiante (HAHNEMANN, 1994).

2.1 Samuel Hahnemann (1755-1843)

O criador da homeopatia, Christian Friedrich Samuel Hahnemann, nasceu no dia 10 de abril de 1755 na pequena cidade de Meissen, no Eleitorado da Saxônia (Alemanha). Aos 24 anos se diplomou médico pela Universidade de Erlangen, na Alemanha. A homeopatia veio à luz, em pleno “século das luzes” pela genialidade de Hahnemann, grande intelectual, que viveu na Europa a efervescência do iluminismo, que tinha a razão como a principal forma de conhecimento. Hahnemann era um profundo estudioso de Hipócrates e da história da medicina, da química e da mineralogia, além de ser versado em 11 idiomas. Médico brilhante, clinicou durante algum tempo, com grande sucesso, mas tornou-se muito insatisfeito com os resultados obtidos pela medicina da época (CORRÊA et al., 2006).

Em 1790, aos 35 anos, durante a tradução da Matéria Médica, de William Cullen (1710-1790), uma das maiores autoridades médicas da época, ficou intrigado com as explicações dadas por este para os efeitos terapêuticos da quina, atribuídos ao seu sabor amargo e adstringente. Experimentando-a em si mesmo, passou a observar manifestações bastante semelhantes às apresentadas por pacientes com malária. Lembrou-se então do preceito hipocrático de que as doenças podem ser curadas pelos contrários ou pelos semelhantes, originando o termo homeopatia: *homoios* – semelhante; *pathos* – doença. Concluiu, assim, que a quina era utilizada no tratamento da malária porque produzia sintomas semelhantes à malária em pessoas saudáveis. Animado por esses resultados, utilizou também belladonna, digitalis, mercúrio e outros compostos, obtendo resultados similares (IBIDEM).

Fundamentado na filosofia hipocrática (*similia similibus curenur*) e apoiado em suas evidências experimentais, Hahnemann idealizou uma nova forma de tratamento, embasada na cura pelos semelhantes. A partir desse momento, começou a pesquisar e

experimentar, confirmando a “lei dos semelhantes”. Insatisfeito com a falta de princípios de cura na medicina dos humores largamente praticada em sua época, Hahnemann abandona a medicina e se dedica às traduções e aos estudos, até publicar os fundamentos de sua nova arte de curar. Em 1796, publica num importante periódico da época, o *Journal of Practical Pharmacology and Surgery*, editado por C.W. Hufeland, o seu “Ensaio sobre um novo princípio para se averiguar e achar as virtudes curativas de um medicamento, com alguns comentários sobre os princípios empregados até hoje” (HAHNEMANN, 1796). Neste ano nasce, oficialmente, a Homeopatia e Hahnemann retorna ao exercício da medicina, tratando seus pacientes pela aplicação de sua nova terapêutica.

O ano de 1796 ficou conhecido como o ano de nascimento da homeopatia, com a criação dos fundamentos da medicina homeopática. Vale ressaltar que as concepções hahnemannianas reviveram muitas das qualidades da tradição hipocrática – atenção ao regime alimentar, importância dos fatores climáticos, ecológicos, psicológicos e a existência da energia vital.

A história oficial da medicina assinala o início dos estudos experimentais o ano 1843 com Claude Bernard, porém, Hahnemann é quem inicia, 50 anos antes, uma terapêutica baseada num método experimental. Foi a primeira vez que um médico se preocupou em documentar o que ocorria no organismo humano, após ele mesmo ingerir determinada substância. As publicações posteriores de Hahnemann são as obras que aperfeiçoam a Homeopatia: 1810 - “Organon da Arte de Curar”; 1811-1821 - “Matéria Médica”; 1828 - “Doenças Crônicas” (CORRÊA et al., 1997).

2.2 Hipócrates (480 – 370 a.c)

Devemos ressaltar que para Hipócrates, os fundamentos que deram origem à medicina ocidental contemporânea e também à homeopatia, já eram reconhecidos e podiam operar, como dizemos atualmente, de forma integrativa. O tratamento na visão hipocrática era constituído por três princípios básicos (CORRÊA et al., 1997; p. 347):

Natura medicatrix — a natureza se encarrega de restabelecer a saúde do doente e cabe ao médico tratar o paciente imitando a natureza, a fim de reconduzi-lo a um perfeito estado de equilíbrio. Contraria Contrariis Curentur — a lei dos contrários diz que os sintomas são tratados diretamente com medidas contrárias a eles. Similia Similibus Curentur — a lei dos semelhantes diz que a doença pode ser debelada pela aplicação de medidas semelhantes à doença. “O que provoca a doença onde ela não existe, cura a doença que existe”. O Pai da medicina fundamentou esse aforismo a partir da observação da evidência de que substâncias que provocavam certos transtornos quando ingeridas por indivíduos saudáveis, podiam curar os mesmos transtornos quando originados por doença ou enfermidade.

Para Hipócrates, essas duas formas de tratamento eram eficazes para a recuperação da saúde, portanto a lei dos semelhantes e a lei dos contrários não se opunham em

seu pensamento. O paciente era sempre tratado de forma abrangente e raramente se referenciava a enfermidade de maneira isolada.

2.3 Pilares da Homeopatia

O chamado sábio de Meissen se utilizou da observação e da experimentação para formular a sua doutrina médica denominada homeopatia. Para isso valeu-se do método científico, particularmente o método fenomenológico e construcionista. Toda a obra de Hahnemann, desde as suas primeiras publicações, indica que medicina é a ciência da experiência, seu objetivo é erradicar doenças por meio de remédios e que o conhecimento da doença, o conhecimento dos remédios e o conhecimento do seu uso é a própria medicina. Já em 1796, afirmava Hahnemann que devemos trabalhar de forma tão racional e metódica quanto possível, confiar o mínimo possível no acaso e que a experimentação no corpo humano é a única alternativa para determinar de forma confiável a capacidade de cura dos remédios. Cada remédio produz uma doença artificial específica; no tratamento de doenças naturais o remédio a ser selecionado, é aquele que na experimentação produziu sintomas semelhantes aos da doença que deve ser curada (HAHNEMANN, 1796).

O *Organon da arte de curar* (PUSTIGLIONE & CARILLO JR, 1994; HAHNEMANN, 1994) é a obra basilar escrita por Samuel Hahnemann em 1810, cujo conteúdo é o fundamento e a teoria da homeopatia pura. A obra foi revisada por Hahnemann e publicada em seis edições.

Os chamados pilares da homeopatia são: o princípio da similitude terapêutica (Lei dos semelhantes), a experimentação patogenética homeopática no homem são e o emprego de medicamentos dinamizados (ultradiluições) e individualizados segundo a totalidade sintomática característica do binômio doente-doença. Tais conceitos constituem a base da racionalidade médica homeopática e estão descritos no *Organon* de Hahnemann (IBIDEM).

2.3.1 Lei dos Semelhantes (Princípio da Similitude)

O Princípio da Similitude, ensina que qualquer substância que cause sintomas em uma pessoa saudável, pode ajudar a curar esses mesmos sintomas quando aparecem em alguém doente. Substâncias em pequenas doses estimulam o organismo a curar também, o que estas causam em doses ponderais (HAHNEMANN, 1994).

A medicina hegemônica também o utiliza, sem se dar conta do princípio da similitude. Radiação no tratamento do câncer, vacinas dessensibilizantes, digitalina nas cardiopatias, metilfenidato para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), dentre outros. Além disso, diversos medicamentos alopáticos apresentam como efeitos colaterais os próprios sintomas que devem ser tratados. Apesar de ser um princípio universal de cura,

somente a Homeopatia utiliza a Lei dos Semelhantes de forma sistemática para escolher sob medida e de forma individualizada o medicamento certo para cada doente e sua doença (IBIDEM).

2.3.2 Experimentação no homem sadio

Ao traduzir a Matéria Médica de Cullen, Hahnemann deve ter se perguntado: Como saber ao certo para que serve determinada substância medicamentosa? Para tal, resolveu experimentar em si mesmo a quina e observou o surgimento dos mesmos sintomas apresentados pelos indivíduos acometidos pela malária. Que coragem de Hahnemann, experimentando em si mesmo as drogas e desenvolvendo a medicina experimental muito antes das pesquisas de Claude Bernard. Até hoje a maioria dos experimentos e pesquisas de novos medicamentos, conduzidos pela medicina convencional têm sido realizados em pessoas doentes, em animais ou em laboratórios. Hahnemann de forma genial foi o pioneiro na experimentação de drogas medicinais em pessoas saudáveis a fim de compreender as suas propriedades (ROMANACH, 2003).

Esses experimentos, chamados de experimentação no *homem sadio*, implicam em dar ao experimentador, pequenas doses repetidas de uma única substância, até que surjam os sinais e sintomas por esta produzidos. Em seguida, Samuel Hahnemann passou a experimentar também em seus discípulos médicos as mais diversas substâncias medicamentosas a fim de conhecer o seu verdadeiro poder de cura (IBIDEM).

Inicialmente Hahnemann utilizou plantas e metais pesados, como mercúrio e arsênio, passando a seguir a experimentar outros metais e substâncias provenientes de animais. Todos os sintomas que surgiam em seus próprios organismos ao ingerir cada substância, erammeticulosamente anotados e passaram a constituir a Matéria Médica Homeopática – um verdadeiro tratado de fisiopatologia experimental (IBIDEM).

Dessa forma, sempre que esses mesmos sintomas surgiam em alguém por causa de uma doença, era só administrar a substância capaz de produzi-los no experimentador saudável e então o paciente melhorava ou se curava da doença. A experimentação no *homem* é a base científica segura para se compreender quais sintomas uma substância medicamentosa é capaz de causar e que de acordo com a Lei dos Semelhantes é capaz de curar. A experimentação permite ao homeopata individualizar a escolha do medicamento de acordo com a totalidade sintomática do paciente (IBIDEM).

2.3.3 A dose dinamizada – farmacotécnica homeopática

Utilizando plantas tóxicas, metais pesados e outros venenos de procedência animal, Hahnemann logo se deu conta de que os efeitos tóxicos deveriam ser reduzidos e controlados em virtude das suas importantes reações adversas. Contudo, somente em 1801, Samuel Hahnemann encontrou a solução criando um modo de preparo (farmacotécnica)

dos medicamentos homeopáticos que deu origem aos medicamentos dinamizados. O que muitos não sabem é que a Homeopatia funcionava plenamente de 1796 a 1801 com medicamentos em doses ponderais (Hahnemann, 1994).

O dinamizado foi um diferencial que potencializou ainda mais a eficácia terapêutica dessa nova arte de curar. Os medicamentos homeopáticos passaram a ser manipulados de forma específica, de modo que as diluições não anulassem o efeito curativo das substâncias. Para sua surpresa, ao dinamizar os medicamentos, não só o seu poder de cura aumentava, bem como substâncias consideradas inertes, passavam a apresentar propriedades curativas após a dinamização. Outras venenosas puderam ser usadas sem perigo por estarem ultra-diluídas. Hahnemann decidiu, então, diluir os medicamentos ao máximo, com o objetivo de diminuir sua toxicidade (IBIDEM).

2.3.4 Individualização segundo a totalidade sintomática

Uma vez conhecidos os sintomas que uma substância causa num experimentador saudável, sabe-se o que ela pode curar no paciente enfermo. O conjunto de sinais e sintomas da experimentação de cada substância – patogenesia, está registrada nas Matérias Médicas (enciclopédias de efeitos de remédios) e Repertórios homeopáticos (dicionário de sintomas e substâncias que os causam) (IBIDEM).

O sistema médico homeopático busca tratar a causa do adoecer e traz uma nova concepção do processo saúde-doença, em que o homem é visto na sua totalidade indissociável – o indivíduo doente deve ser o ponto de partida e não a doença isoladamente. Assim, cada indivíduo faz sua própria experiência do adoecimento, de acordo com sua característica biológica, psíquica, familiar, biotipológica, temperamental (ciclo de vida), diatésica (tendências de adoecimento), sexual, social, econômica, ambiental, etc. É o caráter singular desta história que interessa à clínica homeopática.

A Homeopatia é a arte da individualização e cabe ao homeopata encontrar os melhores níveis de similitude entre indivíduo enfermo e medicamento, por meio de semiologia específica e diagnósticos próprios da propedêutica homeopática. Os medicamentos prescritos devem corresponder à totalidade sintomática do paciente, levando-se em consideração o todo e as partes em sua maneira peculiar e individualizada de adoecer e não apenas os seus diagnósticos clínicos (IBIDEM).

De acordo com a Homeopatia, saúde é um processo dinâmico do organismo que tende à manutenção das constantes internas frente às constantes mudanças inerentes à própria vida. Para Hahnemann (1796), o adoecer é visto como um processo vital do indivíduo no sentido de equilibrar-se como totalidade biopsíquica; em outras palavras, a doença, exteriorizada por meio de sinais e sintomas, é a representação de um movimento do organismo para alcançar o estado de saúde (IBIDEM).

Carillo Junior (2008) em sua releitura da homeopatia numa visão sistêmica, define que doença é uma instabilidade do sistema orgânico, que pode resultar em aniquilação

(morte), dano (sequela) ou cura com adaptação e aumento da cognição do sistema funcional. A homeopatia é uma terapêutica que não tem como escopo principal exterminar a doença, mas sim garantir sua evolução para a adaptação do sistema da forma mais suave e rápida possível.

É uma terapêutica que, criando uma doença artificial, reproduz, aos moldes do treinamento de um atleta, situações de estresse semelhantes ao da doença, condicionando o indivíduo, no sentido de adaptá-lo rapidamente, sem possibilidade de lesioná-lo; como pode fazer a referida doença natural. Uma terapêutica, que por produzir estímulos semelhantes à doença, e não idênticos a ela, tem a possibilidade de estimular vias acessórias, ainda não utilizadas, que podem resultar na referida autorregulação e adaptação. Em outras palavras, produzir por meio do medicamento dinamizado, doenças artificiais semelhantes às naturais, com o objetivo de condicionar o sistema instável. Uma terapêutica que, por todos esses atributos, ajuda a restabelecer a ordem da consciência do ser biológico em todas as suas relações (CARILLO JUNIOR, 2008).

2.4 A Consulta Homeopática

De que você sofre e quais as coisas deseja curar? – Pierre Schmidt ensina, como iniciar a consulta, em sua obra “A Arte de Interrogar”, onde enfatiza a importância da escuta atenta e das questões abertas, onde o paciente possa se expressar livremente de forma fidedigna. Enfatiza Schmidt, a importância da forma correta de conduzir uma anamnese, posto que - *quem faz perguntas obtém respostas, e nada mais* (SCHMIDT, 2004).

O objetivo de uma consulta homeopática é a prescrição terapêutica, ou seja, o diagnóstico do remédio do paciente e sua doença. O medicamento procurado corresponde ao modo peculiar que cada doente tem de reagir ao encontro de suas causalidades intrínsecas e extrínsecas, o que se expressa sob a forma de sinais e sintomas e que resultam na instabilidade a ser tratada. Não obstante o diagnóstico clínico e nosológico sejam importantes, principalmente quanto ao prognóstico, cabe ao homeopata estabelecer diversos outros diagnósticos para uma boa prescrição. Será necessário valorizar e hierarquizar sintomas mentais, gerais e locais, considerando causalidades e modalidades de forma a extrair os sintomas característicos do paciente na sua forma particular de apresentar determinada doença (IBIDEM).

Questões pouco usuais e muitas vezes curiosas para uma anamnese comum são essenciais para um bom diagnóstico do remédio homeopático – O que você sente durante o tempo frio, quente, seco ou úmido? O que você sente nas mudanças climáticas? Quais os alimentos pelos quais você possui um desejo ou aversão marcantes? Quais os alimentos que lhe fazem mal e que não pode comer? Como você suporta o vinho, a cerveja, o café, o chá, o leite e o vinagre? Em que posição você dorme? Fala, grita, chora, se agita ou range dentes durante o sono? Quais as maiores emoções e desgostos você já experimentou

na vida? Como foi a sua infância? Quais são seus autores preferidos? Quais são os seus medos? Em que ocasiões você chora? Conte os sonhos que te ocorrem com maior frequência dentre muitas outras perguntas (IBIDEM).

Desse modo, mediante diversos pacientes com a mesma patologia, é comum que sejam prescritos medicamentos homeopáticos diferentes. Consideremos um exemplo comum na prática pediátrica como o desmame e a separação da mãe para a entrada para creche. Tal evento singelo, pode se tornar um transtorno para muitas famílias e principalmente para um bebê até então saudável e sorridente.

Nesse contexto, o frio úmido e a introdução de leite de vaca concomitantes, podem produzir alteração de humor no lactente, com choro constante e se associar a crises de asma de repetição com idas frequentes à emergência. Sabemos que suprimir o sintoma sem atuar nas causas, promove apenas um efeito temporário, até que se instale a próxima crise, que tenderá a se repetir de forma renitente. A consulta homeopática deverá então, determinar o medicamento capaz de cobrir a totalidade sintomática de forma mais semelhante ao quadro da criança.

Assim, temos no *Repertório Homeopático* os sintomas modalizados seguidos de seus respectivos medicamentos – respiração asmática em tempo frio e úmido – respiração asmática em crianças – efeitos prejudiciais do desmame – humor choroso em bebês – leite de vaca agrava. Realizada a prescrição do medicamento mais semelhante, é comum que essa criança tenha uma cura rápida, suave e duradoura. Importante ressaltar que outros coleguinhas da creche também em adaptação, apresentaram formas diversas de adoecimento, tais como as famosas “*ites de repetição*” e muitos outros se adaptaram bem, gozando de boa saúde durante todo o processo.

Para tratar, prevenir doenças ou promover a saúde, a homeopatia é uma excelente terapêutica para todos os ciclos de vida. Para tanto, é necessário tempo para uma boa consulta onde será necessário *observar, escutar, escrever, interrogar, coordenar, hierarquizar e valorizar os sintomas característicos*. Realizados todos os diagnósticos, o uso correto da semiótécnica homeopática associada ao conhecimento da Matéria Médica e do Repertório indicarão a prescrição do medicamento mais indicado (HAHNEMANN, 1994).

2.5 Medicina Centrada na Pessoa

Observa-se na homeopatia um modelo médico-terapêutico centrado na pessoa, no multideterminismo dinâmico das doenças e no potencial vitalista de cura do Homem. Tal modelo se contrapõe ao dualismo mecanicista, reducionista e materialista, cujo *paradigma pasteuriano* – “*doença – germe – vacina*” não atende às demandas do complexo processo saúde-doença-cuidado. A homeopatia surge como uma proposta integrativa às vertentes galênicas denominadas de Alopacia e Enantiopatia, estranhas à concepção multicausal e social das doenças. Na estrutura do modelo homeopático, verifica-se a presença dos mais modernos conceitos de saúde pública, muito à frente de sua época (STEWART, 2017).

Pustiglione (1998) descreve em quadro comparativo dos determinantes de Leavell & Clark com as causalidades essenciais e ocasionais de Hahnemann, com referência a diversos parágrafos do Organon da Arte de Curar, onde Hahnemann descreve diversas causalidades, hoje chamadas de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Determinantes Econômicos - *Incapacidade de se prover* (§5, 77, 81); Culturais - *Hábitos* (§5, 73, 77, 81, 260, 261); Ecológicos - *Poluição* (§5, 73, 77, 81); Biológicos - *Intrínsecos ou agentes genéticos e Extrínsecos ou bioagentes* (§5, 73); Psicossociais - *Carências afetivas, agressões da sociedade* (§5, 21, 73, 77) são contemplados em sua obra basilar. De acordo com Hahnemann, em nota do rodapé do §7 do Organon da Arte de Curar: “Desnecessário dizer que o médico inteligente afasta a causa ocasional, fazendo, em geral, cessar espontaneamente a indisposição” (IBIDEM).

Assim, muito antes de Rudolf Virchow e de diversos outros expoentes da Saúde Coletiva, Samuel Hahnemann considerou em seu método terapêutico a abordagem dos fatores extrínsecos como transtornos capazes de gerar instabilidades (doenças) de acordo com a predisposição individual. Dessa forma, identificando as vulnerabilidades intrínsecas individualizadas de cada paciente, procurava afastar ou dessensibilizar com medicamentos, as causalidades capazes de deflagrar o adoecimento – desvios higiênico-dietéticos; hábitos e vícios; condições ambientais, domiciliares, estilo de vida insalubre, contato com alérgeno ou substâncias tóxicas, choques emocionais, apreensões, sobressaltos, penas, perdas, humilhações, mágoas, ressentimento, raiva, medos, dentre outros (IBIDEM).

Atualmente, a pandemia COVID-19 deixou evidente a grande importância do que os antigos homeopatas chamavam de *terreno*, ou seja, o conjunto de fatores dependentes da hereditariedade, dentre esses a constituição, a predisposição, a refratariedade e o metabolismo, como possíveis fatores de risco de morbi-mortalidade.

De uma forma mais ampla e atual, na visão da Homeopatia Clássica Sistêmica, podemos associar com os elementos da *Teoria dos Sistemas Complexos de Carillo* (CARILLO JR, 2008), especialmente o *Padrão de Organização*, cujos componentes Biótipo (Constituição), Temperamento (Ciclo de Vida) e Diátese (Predisposição sindrômica a determinadas formas de adoecer) irão determinar a forma de expressão e gravidade da doença. Neste sentido, o caso do vírus Sars-CoV-2 é considerado uma causalidade extrínseca com grande patogenicidade, apenas para determinados indivíduos. Portanto, diante de uma dada infecção de qualquer natureza, a homeopatia não atua diretamente no agente agressor, e sim no indivíduo como um todo aumentando a sua capacidade de autocura.

O medicamento homeopático atua na autorregulação que é a capacidade inata que o organismo tem de manter as suas constantes internas em constante variação de acordo com as aferências situacionais – homeostase. Nas infecções, a homeopatia age na auto regulação imunológica, metabólica e psíquica, promovendo a imunomodulação de maneira preventiva e curativa. Por outro lado, de forma não menos importante e contundente, a

pandemia evidencia que somos seres biopsicossociais e as afecções predominantemente biológicas impactam os aspectos psicossociais e vice-versa. Dessa forma, é necessário racionalidades médicas que contemplem tal complexidade multidimensional.

Pustiglione (1998) ressalta que na Atenção Primária à Saúde (APS) a homeopatia pode atuar tanto na doença manifesta, acima do horizonte clínico, nível Patogênico conforme Leavell & Clark, quanto na fase Pré-Patogênica, abaixo do horizonte clínico, situação de doença latente ou em fase prodrômica, tratando as suscetibilidades e predisposições. De fato, a APS ocupa um cenário privilegiado no sistema de saúde para que a homeopatia se expanda, favorecendo a qualidade de vida, o vínculo e a melhor adesão ao tratamento nas afecções agudas e crônicas (TESSER et. al, 2018).

Desta forma, a homeopatia desponta como importante recurso terapêutico de escolha para atuar de forma independente ou integrada às demais racionalidades médicas e PICS, no enfrentamento dos grandes desafios de nossa época.

2.6 Homeopatia no Brasil

A homeopatia no Brasil tem uma longa história, desde a chegada em 1840, do médico francês, Benoit-Jules-Mure, discípulo de Hahnemann, até o seu reconhecimento oficial em 1980 como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, deixando assim de ser uma “terapia alternativa” (CORRÊA et al., 1997).

Benoit Mure, conhecido no Brasil como Bento Mure, fundou a Escola Homeopática do Rio de Janeiro em 1841, em 1842, funda o Instituto Homeopático de Saí (Santa Catarina) e no Rio de Janeiro, Bento Mure e João Vicente Martins abrem a primeira farmácia homeopática. Em 1845, é criada a Escola Homeopática do Brasil, sob a direção de João Vicente Martins; sendo a mesma, em 1847, substituída pela Academia Médico-Homeopática do Brasil. Por tentar difundir ideias totalmente desconhecidas no país, Bento Mure recebeu severas críticas no meio médico e desgostoso com a situação, optou por sair do Brasil sete anos após sua chegada, deixando, entretanto, a semente lançada, tendo feito muitos discípulos que continuaram seu trabalho (CORRÊA et al., 1997).

Entre os grandes nomes brasileiros adeptos da homeopatia, durante a sua implantação no Brasil, podemos citar: João Vicente Martins (1810-1854); Domingos de Azevedo Duque-Estrada (1812-1900); Sabino Olegário Ludgero Pinho (1820-1869); Antônio do Rego (1820-1896); Maximiano Marques de Carvalho (1820-1896); Saturnino Soares de Meireles (1828-1909); Manuel Antônio Marques de Faria (1835-1893); Alexandre José de Melo Morais (1843-1919); Joaquim Duarte Murtinho (1848-1911); Cássio Barbosa de Resende (1879-1971). A partir de 1858, seguindo o Hospital da Ordem Terceira da Penitência, diversos hospitais abriram enfermaria homeopática. Seguiu-se o Hospital da Beneficência Portuguesa (1859), Hospital da Ordem Terceira do Carmo (1873), Santa Casa de Misericórdia (1883), Hospital Central do Exército (1902) e Hospital Central da Marinha (1909) (CORRÊA et al., 1997).

O Licínio Cardoso, em 1914 fundou no Rio de Janeiro a Faculdade Hahnemanniana e, a esta anexou, o Hospital Homeopático do Rio de Janeiro (atualmente Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Durante o governo de Castello Branco, em 1966, foi decretada obrigatória a inclusão da Farmacotécnica Homeopática em todas as faculdades de Farmácia do Brasil. Em 1977, foi publicada a primeira edição oficial da Farmacopeia Homeopática Brasileira (CORRÊA et al., 1997).

2.7 Medicamento Homeopático

Medicamento homeopático é toda forma farmacêutica de dispensação ministrada segundo o princípio da semelhança e/ou da identidade, com finalidade curativa e/ou preventiva. É obtido pela técnica de dinamização e utilizado para uso interno ou externo, segundo a Farmacopeia Homeopática Brasileira (FHB) (BRASIL, 2011).

A FHB é um dos produtos da Comissão Farmacopeia Brasileira, e está sob a coordenação da ANVISA, que é responsável pela revisão, atualização e publicação deste documento (BRASIL, 2011). As farmacopeias são compêndios oficiais para a padronização, a rastreabilidade, a reproduzibilidade e a qualidade destes medicamentos, cujos conteúdos estabelecem os requisitos para o controle de qualidade de medicamentos e de insumos. Sendo assim, são instrumentos legais imprescindíveis aos laboratórios e farmácias que produzem medicamentos homeopáticos.

Os medicamentos homeopáticos apresentam duas categorias, os industrializados e os manipulados. Os industrializados são vendidos em farmácias e drogarias. Enquanto os manipulados são classificados em magistrais e oficiais. Os magistrais são manipulados a partir de uma prescrição individualizada que o paciente encaminha à farmácia com manipulação homeopática e a retira após o avivamento. Em relação aos oficiais, estes também serão preparados pela farmácia homeopática diferenciando-se dos magistrais, porque sua composição encontra-se descrita no Formulário Homeopático da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2019) ou em Formulários Internacionais reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2007).

O Formulário Homeopático apresenta uma relação nacional de medicamentos oficiais que auxilia os gestores e profissionais de saúde para a tomada de decisão, com informação técnico-científica, isenta de conflitos de interesse. Contribui também como uma das referências para a produção industrial e de manipulação de medicamentos homeopáticos, ampliando a oferta desses medicamentos, tanto pelo setor público quanto pelo privado. Os oficiais apresentam a possibilidade de produção de estoque mínimo e melhoria da logística nos postos de saúde (BRASIL, 2019).

O preparo dos medicamentos homeopáticos envolve a dinamização do insumo ativo, fármaco ou droga. A dinamização é o processo de diluição seguido de succussões e/

ou triturações sucessivas do insumo ativo em insumo inerte adequado, com a finalidade de desenvolvimento do poder medicamentoso (BRASIL, 2007). A diluição e a dinamização são conceitos introduzidos por Hahnemann, visando à diminuição da toxidez das substâncias (diluição) e a liberação da força medicamentosa latente das substâncias (dinamização) (BRASIL, 2011).

O ponto de partida para a preparação do medicamento homeopático, que se constitui em droga, pode ter diferentes origens, a saber: origem mineral, vegetal, animal ou biológica; produtos químico-farmacêuticos; substâncias e/ou materiais biológicos, patológicos ou não, além de outros agentes de diferente natureza (BRASIL, 2011).

De acordo com a FHB, o Reino Vegetal constitui a maior fonte para a preparação de medicamentos homeopáticos. Alguns exemplos são o *Aconitum napellus*, a *Atropa belladonna* e a *China officinalis*. A parte utilizada e o estado vegetal (fresco ou dessecado) são indicados na monografia farmacopeica da planta (BRASIL, 2011).

O Reino Animal também é uma fonte para a preparação de medicamentos homeopáticos, mas em menor quantidade. Entretanto, apresenta medicamentos importantes do ponto de vista terapêutico, como *Apis mellifica* e *Cantharis vesicatoria*, dentre outros. Os animais podem ser utilizados inteiros, vivos ou não, recentemente sacrificados ou dessecados, como também em partes ou ainda sob a forma de produtos de extração e/ou transformação. A parte usada e o estado do animal são indicados na monografia farmacopeica (BRASIL, 2011). O Reino Mineral fornece substâncias em seu natural, como *Aurum metallicum*, *Calcarea carbonica*, *Zincum metallicum*, ou após transformações químicas padronizadas, como *Hepar sulphur*.

Outras fontes também são utilizadas na preparação de medicamentos homeopáticos, como os produtos químico-farmacêuticos, exemplos são os medicamentos alopáticos, os cosméticos e outros (BRASIL, 2011). Há diferentes abordagens para o uso destas substâncias na forma dinamizada, como para a diminuição de efeitos adversos de fármacos, para o tratamento de alergias, para a redução de dependências químicas, entre outras estratégias terapêuticas.

Os bioterápicos constituem uma categoria de medicamentos homeopáticos que tem como ponto de partida produtos biológicos quimicamente indefinidos, tais como: secreções, excreções, tecidos, órgãos, produtos de origem microbiana e alérgenos. Essas preparações podem ser de origem patológica (nosódios) ou não patológica (sarcódios), e como os demais bioterápicos serão submetidos a farmacotécnica homeopática (BRASIL, 2011). Como exemplos de bioterápicos do tipo sarcódios, citamos os medicamentos *Sepia succus*, que utiliza a tinta liberada pelo molusco quando este se sente ameaçado, e *Lachesis mutus*, preparado a partir do veneno desta serpente, vulgarmente conhecida como surucucu.

O preparo dos nosódios pode envolver o uso de microrganismos purificados, como leveduras, protozoários e vírus ou a partir do *pool* de microorganismos ou secreções por eles

produzidas (MUNSHI *et al.*, 2021, 2020; HOLANDINO *et al.*, 2019). O potencial terapêutico dos bioterápicos tem sido evidenciado em diferentes modelos para o tratamento de velhas e novas patologias (SIQUEIRA *et al.*, 2013, 2016 a, b; CAJUEIRO *et al.*, 2017; BRACHO *et al.*, 2010; TALELE & SHAH, 2021). Destacam-se os medicamentos obtidos a partir de diferentes secreções (urina, sangue, cálculos biliares) do próprio paciente e destinados somente a este paciente, denominados de auto nosódios (BRASIL, 2011).

As formas farmacêuticas derivadas são preparadas nas escalas de diluição decimal, centesimal e cinquenta milesimal. A Decimal Hahnemanniana (DH) apresenta proporção de 1:10 e a Centesimal Hahnemanniana (CH) de 1:100. A preparação deve seguir os métodos Hahnemanniano, Korsakoviano ou Fluxo Contínuo. Como não há correspondência entre as escalas e métodos, fica vedada qualquer interconversão. As diluições homeopáticas utilizam como veículos ou excipientes farmacêuticos principais, a água purificada, as soluções hidroalcoólicas ou glicerinadas, a lactose e a sacarose (BRASIL, 2011).

As formas farmacêuticas para dispensação podem ser de uso interno e externo. Indicadas para uso interno são descritas as formas líquidas, do tipo dose única líquida e gotas, e as formas sólidas, do tipo dose única sólida, comprimidos, glóbulos, pós e tabletes. As formas de uso externo incluem: Linimentos, Géis, Gel-creme, Cremes, Pomadas, Preparações Nasais, Preparações Oftálmicas, Preparações Otológicas, Apósitos Medicinais, Pós Medicinais, Supositórios e Óvulos (BRASIL, 2011). Outras formas farmacêuticas são produzidas por laboratórios industriais homeopáticos e, embora ainda estejam ausentes da atual FHB (BRASIL, 2011), merecem ser citadas, pois constam de outros compêndios oficiais internacionais, a saber: pastas, emulsões, suspensões, óleos, spray, espuma, cataplasmas, loções, soluções injetáveis e adesivos transdérmicos (CARVALHO, 2019).

2.8 A Pesquisa Científica e a Homeopatia

2.8.1. Pesquisas Básicas

Os medicamentos homeopáticos são capazes de desencadear respostas biológicas nos organismos vivos, mesmo quando não se detectam moléculas do insumo ativo na sua composição. As hipóteses sobre os mecanismos da transmissão da informação baseiam-se em diferentes modelos, mas não se pode descartar a possibilidade de haver, nesse mecanismo, a soma de mais de um fenômeno (HOLANDINO *et al.*, 2018).

Várias teorias têm sido propostas para explicar como a informação do medicamento pode ser armazenada e transmitida pelo solvente. A conservação na solução resultante das propriedades terapêuticas da substância de partida, mesmo após sucessivas diluições, tem sido objeto de investigação por diferentes grupos de pesquisa (ROMANACH, 2003; TOURNIER *et al.*, 2021).

A busca da compreensão sobre os efeitos da homeopatia começou nos anos 80 e em 1988, após um estudo conduzido por Jacques Benveniste e colaboradores (DAVENAS

et al., 1988) em que um modelo experimental de degranulação de basófilos foi utilizado: anti-IgE foi usada em substituição ao antígeno para deflagrar a liberação de grânulos de histamina por basófilos previamente sensibilizados com IgE. Os autores observaram que as soluções de anti-IgE, à medida que eram diluídas e dinamizadas, exibiam um padrão oscilatório diferente do tipo não sinusoidal; ou seja, para algumas diluições observava-se um aumento na degranulação dos basófilos, e para outras, diminuição (DAVENAS *et al.*, 1988; WAISSE e BONAMIN, 2016; NÓBREGA, 2015).

Esse resultado gerou a hipótese de que a água poderia armazenar informações sobre as substâncias com as quais entrou previamente em contato e, posteriormente, transmiti-las a biossistemas. Benveniste chamou tal hipótese de “Memória da água” (WAISSE e BONAMIN 2016; NÓBREGA, 2015; FISHER, 2010; AUGUSTO, 2010). Entretanto, estes resultados não puderam ser reproduzidos em outros laboratórios, causando grande controvérsia no meio científico. Nos anos posteriores, outros pesquisadores aprimoraram o modelo experimental de Benveniste, substituindo as soluções de anti-IgE por preparações homeopáticas da própria histamina, como feito por Belon e colaboradores (BELON *et al.*, 2004).

Outros métodos mais sensíveis, como a citometria de fluxo, em substituição à análise visual das células, foram inseridos visando aumentar a reprodutibilidade dos dados. Ao contrário do experimento original de Benveniste, estes novos ensaios têm sido reproduzidos satisfatoriamente em diferentes laboratórios, inclusive em um estudo multicêntrico envolvendo quatro universidades europeias (WAISSE e BONAMIN, 2016). Desta forma, concluímos a importância da escolha correta do modelo experimental na pesquisa científica com modelos homeopáticos (HOLANDINO *et al.*, 2018).

Elia e colaboradores (ELIA *et al.*, 2007), investigaram as propriedades das soluções homeopáticas preparadas em água, enfatizando sempre que a dinamização da água “perturba” o sistema. Esta “água perturbada” adquire propriedades físico-químicas diferentes da água não dinamizada, as quais podem ser evidenciadas por meio de técnicas de condutividade elétrica, calorimetria de fluxo, condutometria, pHmetria e outras (HOLANDINO *et al.*, 2008a; HOLANDINO *et al.*, 2008b; ELIA *et al.*, 2007). Estes experimentos observaram o aumento da condutividade elétrica após procedimento de preparação e envelhecimento da solução (ELIA *et al.*, 2007; HOLANDINO *et al.*, 2008a).

Para explicar a natureza do mecanismo capaz de aumentar simultaneamente a condutividade elétrica e o calor da mistura após diluições e sucussões repetidas, Elia se baseou no “mecanismo de salto” ou “jumping protônico”, proposto por C.J.T. Grotthuss (BELON *et al.*, 2007). Nesta hipótese, prótons (H^+) podem saltar de um átomo de oxigênio para outro em uma série de moléculas de água ligadas em cadeia pelas ligações de hidrogênio, com uma mobilidade muito maior em relação a outros íons de raio equivalente. Quanto maior o número de *clusters* e, ou, seu comprimento, maior o valor da condutividade. Dessa forma, esses prótons percorrem distâncias maiores no interior ou em torno das macromoléculas (ELIA *et al.*, 2007; DEL GIUDICE *et al.*, 1988).

Holandino e colaboradores também confirmaram alterações na condutividade elétrica quando soluções homeopáticas preparadas com diferentes ativos foram analisadas (HOLANDINO *et al.*, 2008a; HOLANDINO *et al.*, 2008b; Garcia *et al.*, 2010). A condutividade elétrica de soluções aquosas dinamizadas mecanicamente por máquinas dinamizadoras assim como a sucussão manual são comparáveis quando este parâmetro físico-químico é utilizado, indicando que o processo de envelhecimento destas soluções acontece de maneira semelhante, independente da forma como são dinamizadas (HOLANDINO *et al.*, 2008b). Entretanto, este comportamento não parece ter correlação com o tipo de ativo que é dinamizado, uma vez que ativos do reino vegetal, assim como substâncias inorgânicas e orgânicas reproduzem padrões muito semelhantes de condutividade elétrica quando sucussionadas (GARCIA *et al.*, 2010; HOLANDINO *et al.*, 2008a).

O prêmio Nobel Luc Montaigner em parceria com seus colaboradores vem produzindo evidências científicas acerca dos sinais eletromagnéticos produzidos por nanoestruturas aquosas derivadas de sequências de DNA bacteriano (MONTAGNIER *et al.*, 2009). Cepas bacterianas foram filtradas e passaram pelo processo de diluições sucessivas e agitação em vórtice. Esta etapa foi considerada fundamental para a geração destes sinais. A seguir os tubos foram lidos através de uma bobina eletromagnética conectada a um computador. Ondas eletromagnéticas foram emitidas por um provável fenômeno de ressonância em um ambiente de frequência muito baixa. Este aparato experimental originalmente desenvolvido e patenteado por Jacques Benveniste, permite a ampliação dos sinais eletromagnéticos emitidos por dinamizações homeopáticas, os quais podem ser mais ou menos intensos, em função da dinamização avaliada (MONTAGNIER *et al.*, 2009).

Alguns estudos acerca das propriedades dos solventes dinamizados têm constatado a presença de nanopartículas, mas não ainda de maneira consensual (CHICKRAME *et al.*, 2010, 2017; KALLIANTAS *et al.*, 2021; DALBONI *et al.*, 2019; DEMANGEAT, 2010; MARZOTTO *et al.*, 2015; HOLANDINO *et al.*, 2017; TOURNIER *et al.*, 2021). Estas nanopartículas podem ser formadas a partir do processo de lixiviação do vidro durante a dinamização, como detectado por Dalboni e colaboradores (2019).

A complementação destas análises físico-químicas com ensaios celulares *in vitro* permitiram a identificação de efeitos específicos e inespecíficos em células macrofágicas, onde uma diminuição da liberação da citocina pró-inflamatória IL-6 foi detectada em macrófagos incubados com *Arsenicum* 200CH. Uma vez que esta resposta biológica foi registrada em ambos os recipientes testados (plástico e vidro), podemos inferir que a ativação de macrófagos ocorreu independentemente da presença ou ausência de silicatos. Estes achados suscitam o interesse por modelos de pesquisa básica capazes de correlacionar as alterações físico-químicas decorrentes da dinamização com as respostas celulares (DALBONI *et al.*, 2019; GARCIA *et al.*, 2010).

Outros modelos de pesquisa como os desenvolvidos por Steven Cartwright, demonstraram mudanças na atividade dipolo da água decorrentes da dinamização,

pressupondo existir ressonância elétrica entre o medicamento e a água (BONAMIN, 2017; CARTWRIGHT, 2016).

A geração de nanobolhas decorrentes da dinamização parece gerar características peculiares aos sistemas dinamizados líquidos, tais como: flutuabilidade extremamente baixa, longevidade, aumento da solubilidade do oxigênio na água, variações no potencial zeta das soluções, as quais têm sido exploradas por técnicas como a ressonância magnética nuclear (DEMANGEAT, 2010; 2013; 2015; VAN WASSENHOVEN *et al.*, 2021).

Essas nanobolhas contendo água, íons e constituintes químicos do soluto, podem estar envolvidas com a identidade da solução homeopática.

O processo de fabricação homeopático envolve vários ciclos de diluição e agitação que são capazes de modificar as propriedades físico-químicas dos medicamentos (HOLANDINO *et al.*, 2008a; HOLANDINO *et al.*, 2008b; SARKAR *et al.*, 2016; KOKORNACZYK *et al.*, 2020). Por exemplo, soluções homeopáticas de *Cuprum metallicum* apresentam mudanças em relação ao tamanho, composição atômica e forma das partículas (VAN WASSENHOVEN *et al.*, 2019).

Kokornaczyk e colaboradores (2020) avaliaram o impacto das sucussões nos medicamentos homeopáticos através da análise dos padrões de imagem computadorizada obtidos a partir da evaporação de gotículas. Para tal, preparam os medicamentos, conforme a Farmacopeia Europeia, variando o número de sucussões (10 e 100) e compararam esse padrão de cristalização com o de soluções não sucussionadas. Para todas as preparações farmacêuticas investigadas, foram encontradas diferenças significativas em relação à distribuição, textura e morfologia dos cristais que permitiram a diferenciação das soluções analisadas.

Embora a grande maioria das evidências científicas acerca do comportamento físico-químico dos sistemas dinamizados envolva a pesquisa de soluções aquosas, a dinamização de sólidos começou a ser recentemente investigada (HOLANDINO *et al.*, 2017; 2021). O processo de trituração fornece uma resistência mecânica que permite a redução do tamanho das partículas, alterações nas proporções amorfa e cristalina, as quais podem ser relevantes do ponto de vista técnico, uma vez que quanto mais amorfo mais solúvel se torna o sólido, mas também medicamentoso segundo a teoria Hahnemanniana que descreve a trituração como a mais perfeita forma de produzir a liberação da força medicamentosa latente da matéria (PUSTIGLIONE & CARILLO, 1994).

Adicionalmente, experimentos de calorimetria diferencial e de termogravimetria indicam que a trituração influencia a entalpia das amostras dinamizadas, a qual se reflete no aumento da temperatura de fusão e de desidratação detectada nos triturados (FONTES *et al.*, 2021, *in press*). Desta forma, o uso de metodologias adequadas capazes de respeitar e valorizar os pressupostos que envolvem o processo de dinamização homeopática devem fazer parte das metodologias experimentais que se propõe a pesquisar os efeitos da dinamização em sistemas líquidos e sólidos.

Os modelos celulares *in vitro* têm sido muito importantes para a consolidação das evidências científicas em homeopatia, uma vez que permitem explorar uma variedade grande de sistemas ajudando na compreensão dos mecanismos de ação dos medicamentos homeopáticos (MANCHANDA *et al.*, 2021). O Brasil está na vanguarda dessas pesquisas contribuindo significativamente com a pesquisa básica em homeopatia (CAJUEIRO *et al.*, 2017; SIQUEIRA *et al.*, 2013, 2016a, b; GONÇALVES *et al.*, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2010; MOTA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020; BONAMIN, 2017, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Dentre os modelos mais estudados podemos destacar aqueles que avaliam os mecanismos antitumorais de medicamentos homeopáticos únicos e em complexos (SAHA *et al.*, 2013; GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Estes trabalhos mostram ser possível correlacionar os alvos celulares em sistemas *in vitro*, que em teoria são mais simples, com aqueles complexos identificados em sistemas *in vivo*. Utilizando metodologias sensíveis, Saha e colaboradores (2013) mostraram que *Calcarea carbonica* em diferentes potências (1C, 6C, 12C, 30C e 200C) foi capaz de induzir apoptose em células tumorais, ativando o sistema imunológico de animais tratados. A ativação do gene p-53 e a redução da razão dos genes Bcl2-Bax, evidenciam a sensibilidade e a especificidade dos medicamentos homeopáticos na destruição das células neoplásicas. A investigação das propriedades antitumorais de complexos homeopáticos também tem sido descrita de maneira muito contundente com outros modelos de pesquisa básica (GUIMARÃES *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Os complexos homeopáticos altamente diluídos são capazes de reprogramar molecularmente e funcionalmente, células de melanoma *in vitro*, modulando o fenótipo metastático (GONÇALVES *et al.*, 2019). Estes mecanismos identificados *in vitro* podem explicar a redução do crescimento de tumores e de novas metástases previamente observadas em modelos *in vivos*, quando vapores de medicamentos homeopáticos foram administrados por via inalatória em camundongos inoculados com células de melanoma resistentes a múltiplas drogas (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Uma vez que o melanoma tem se apresentado como uma das formas mais agressivas de câncer de pele com tratamentos ainda pouco eficientes, a combinação de tratamentos, incluindo o homeopático, vem despontando como uma possibilidade cada vez mais promissora, principalmente na oncologia integrativa. Fuselier e colaboradores (2021) evidenciaram os potenciais antiangiogênico e antitumoral em modelos *in vitro*, *in vivo* e *ex vivo* da Fenacetina em baixa diluição (4CH). Os mecanismos de ação desta substância preparada homeopaticamente envolveram a inibição do crescimento tumoral e da vascularização tumoral, processos que levaram ao aumento do tempo de sobrevida de camundongos C57BL/6 inoculados com células de melanoma B16F1.

Além disso, foi detectada a modulação da metástase pulmonar com inibição da migração das células tumorais, o recrutamento de células endoteliais, dentre outros mecanismos que em conjunto evidenciaram o potencial antitumoral das diluições

homeopáticas de fenacetina (FUSELIER *et al.*, 2021). Estes e outros estudos fornecem evidências científicas da homeopatia no tratamento do câncer, as quais têm sido fundamentais para ampliar seu uso na oncologia integrativa, como recentemente reiterado na França (BAGOT *et al.*, 2021).

Os sintomas de particular relevância que podem ser tratados com a terapêutica homeopática incluem: fadiga, ansiedade, neuropatia periférica, distúrbios do sono e ondas de calor. Em tais situações clínicas, a resposta às terapias convencionais tem sido insuficiente, abrindo espaço para que a homeopatia seja empregada como uma opção terapêutica confiável. Com isto, a homeopatia vem ganhando legitimidade e destaque como medicina complementar de primeira escolha para o tratamento de pacientes oncológicos na França.

2.8.2 Pesquisas Clínicas

O uso da Homeopatia no tratamento de epidemias é conhecido desde a época de seu criador, Samuel Hahnemann, que utilizou o medicamento Belladonna em uma epidemia de escarlatina. No século 19, a homeopatia foi utilizada com sucesso no tratamento da cólera, febre amarela e tifo. Existem formas diferentes de abordar uma epidemia com o uso de medicamentos homeopáticos, pois estes podem ser administrados de forma isolada, associados em complexo, por meio do uso do próprio agente etiológico que é submetido à farmacotécnica homeopática (isopatia) (BRACHO *et al.*, 2010; SIQUEIRA *et al.*, 2020) ou por meio da obtenção do “gênio epidêmico”, onde são consideradas as alterações clínicas predominantes na maioria dos indivíduos acometidos por determinada doença (FREITAS, 2015).

A Homeopatia que foi utilizada com excelentes resultados nas grandes epidemias e pandemias desde o século XIX até os dias atuais (BAROLLO, 2009), atuando no tratamento auxiliar para alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida dos pacientes (BELLAVITE, 2011). Segundo Barollo & Miura (2009), a Homeopatia se mostrou muito eficaz durante os séculos XIX e XX. Em 1921, cerca de 26 mil casos da Gripe Espanhola tratados pela Homeopatia tiveram a taxa de mortalidade reduzida de 28% para 1,05%.

As evidências científicas da homeopatia relacionadas às doenças infecciosas sugerem ação imunomoduladora, tanto em modelos *in vitro* quanto *in vivo* (BONAMIN & BELLAVITE, 2015; BONAMIN, 2019), seja como intervenção principal ou como forma coadjuvante ao tratamento convencional. Efeitos são relatados em modelos experimentais e casos clínicos como na tuberculose resistente a múltiplas drogas, infecções urinárias de repetição, leishmaniose (RODRIGUES DE SANTANA *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2017; CAJUEIRO *et al.*, 2017;), doença de Chagas (BRUSTOLIN ALEIXO *et al.*, 2017; FALKOWSKI-TEMPORINI *et al.*, 2017), dengue (NUNES, 2008) e influenza (SIQUEIRA *et al.*, 2016b).

O impacto do medicamento homeopático nas infecções do trato respiratório superior em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica foi descrito no estudo observacional e prospectivo com 219 indivíduos. Houve redução significativa das infecções do trato respiratório superior do grupo que usou o medicamento homeopático comparado ao controle (CONDE DIEZ *et al.*, 2019). Outro estudo observacional com 455 pacientes relatou a menor frequência de episódios de infecção do trato respiratório em pacientes com uso de medicamento homeopático (COLOMBO *et al.*, 2018).

No Brasil, existem diversos relatos de atuação da homeopatia frente às epidemias; e, na história recente da saúde no país, diversos tipos de intervenções homeopáticas em epidemias foram registrados. Paralelamente, no último século vimos um movimento crescente de institucionalização da homeopatia no Brasil como um saber legitimado. Houve uma maior atuação da homeopatia na saúde coletiva, sua inserção no SUS e a instauração de políticas públicas, que incluem ações homeopáticas nas epidemias. Sabemos que, no Brasil, a homeopatia tem atuado nas epidemias desde sua introdução, em 1843 (DARUICHE, 2012). A atuação homeopática do Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure” (GEHSP Benoit Mure) em três epidemias de locais e épocas diferentes: Meningite em 1974 (na cidade de Guaratinguetá/SP); Dengue, em 2007 (em Penápolis/SP); e Dengue, em 2010 (nas cidades de Penápolis/SP, Pereira Barreto/SP e Iporá/GO) foi expressiva, pois nas suas ações foram alcançadas cerca de 100 mil pessoas, e por usar a mesma metodologia por mais de 35 anos (DARUICHE, 2012).

Destaca-se o sucesso da homeopatia no controle de epidemias de dengue no município de Macaé, no estado do Rio de Janeiro, em 2007 (MARINO, 2008). No ano de 2008, a incidência da doença teve queda de 71% em relação ao ano anterior, enquanto o estado do Rio de Janeiro teve aumento de 315%. A experiência de Macaé demonstrou a fácil implantação da homeopatia na abordagem de epidemias, com baixo custo, ampla adesão da população e bons resultados no controle de epidemias de dengue no âmbito da saúde pública (NUNES, 2008).

O potencial dos medicamentos homeopáticos em infecções virais foi demonstrado em um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, envolvendo 600 crianças de Petrópolis-RJ. Observou-se que a incidência de gripe e infecções respiratórias agudas foi significativamente maior no grupo que recebeu placebo ($p<0,001$) em relação aos grupos tratados com medicamentos homeopáticos, sem diferença significativa entre os dois tipos de medicamentos homeopáticos utilizados ($p<0,99$).

Além disso, os medicamentos homeopáticos apresentam a vantagem de serem mais baratos e isentos de efeitos adversos, quando comparados àqueles tradicionalmente utilizados no tratamento da gripe e de infecções respiratórias agudas (SIQUEIRA *et al.*, 2016a). Portanto, os medicamentos homeopáticos têm sido reivindicados por sua eficácia, sem efeitos colaterais e baixo custo. Na Índia, foi declarado, por intermédio do Ministério AYUSH, o uso da homeopatia na prevenção do COVID-19 (MENON, 2020).

As evidências científicas em várias epidemias claramente demonstram que a homeopatia pode ser usada tanto como preventivo quanto curativo de infecções respiratórias como estratégia de promoção da saúde, que possa ser usada como coadjuvante à todas medidas sanitárias e terapêuticas preconizadas pelas autoridades de saúde (MARINO, 2008; NUNES, 2008; BRACHO et al., 2010; DARUCJE, 2012; WADHWANI, 2013; FREITAS, 2015; BONAMIN & BELLAVITE, 2015; BONAMIN, 2019; SIQUEIRA et al., 2016b; SIQUEIRA et al., 2020; CHAUDHARY & KHURANA, 2020). A homeopatia resistiu ao longo dos séculos como uma abordagem notável no controle da morbidade e da mortalidade em epidemias.

Hahnemann em sua classificação de doenças, definiu as doenças agudas coletivas como esporádicas, ou epidêmicas. Essas doenças epidêmicas são doenças de gênio epidêmico, definido como conjunto de sintomas frequentes em uma mesma população acometida por uma epidemia. O medicamento homeopático que cobre a totalidade sintomática do gênio epidêmico é chamado gênio medicamentoso (ROMANACH, 2003). A administração do gênio medicamentoso homeopático como profilático para o público em geral ou o tratamento homeopático coadjuvante em casos sintomáticos pode ser uma abordagem barata, segura e viável frente ao COVID-19 (CHAUDHARY & KHURANA, 2020). No Brasil, alguns estudos clínicos com o uso de medicamentos homeopáticos para a promoção da saúde durante a pandemia de COVID19 apresentaram resultados promissores (MENDES et al., 2021, OLIVEIRA et al., 2021; HOLANDINO et al., 2021).

Cabo e colaboradores (2020) relataram a melhora significativa de 75% dos sintomas de indivíduos com Hepatite C, após 14 meses de tratamento homeopático com *Zincum metallicum* e *China officinalis*, demonstrando que a homeopatia é uma terapia adjuvante viável, principalmente abordando a melhoria na qualidade de vida. Outro estudo desses autores relatou a melhora motora e cognitiva em 15 pacientes com encefalopatia de origens diversas, utilizando o medicamento *Helleborus niger* como equalizador do Sistema Nervoso (MENDES, 2019).

O efeito do tratamento homeopático individualizado no prurido de pacientes em hemodiálise foi avaliado no estudo randomizado duplo-cego controlado por placebo. Ao final do período de estudo, o tratamento homeopático reduziu o escore de prurido em aproximadamente 49%, indicando ser uma alternativa válida para o alívio do prurido em pacientes em hemodiálise (CAVALCANTI et al., 2003).

A homeopatia é uma forma atóxica de medicina integrativa que pode ser combinada com métodos clássicos de tratamento para evitar o risco de efeitos adversos (WHO, 2002). Portanto, os medicamentos homeopáticos têm sido indicados por sua eficácia, ausência de efeitos colaterais e baixo custo. Na odontologia, embora a homeopatia não seja a primeira escolha do dentista, a experiência clínica sugere que seja eficaz, barato, satisfatório para os pacientes e com baixa incidência de efeitos colaterais (MOURÃO et al., 2019; TAVARES-SILVA et al., 2019). Muitos estudos têm mostrado resultados positivos na odontologia com a combinação de medicamentos homeopáticos, como *Berberis vulgaris*, *Mercurius solubilis*, *Hepar sulphur* e *Pyrogenium* (MOURÃO et al., 2013, 2014, 2019).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas científicas em homeopatia vêm crescendo em qualidade e quantidade desde os anos oitenta, como verificamos facilmente por meio da busca em periódicos indexados cujas publicações são revisadas por pares. Estes trabalhos descrevem desde os estudos das propriedades físico-químicas dos medicamentos até os ensaios clínicos, do tipo duplo-cego placebo controlado, os quais fornecem evidências robustas à homeopatia. A ciência homeopática encontra-se em franco desenvolvimento e o crescimento do número de pesquisadores, o uso de metodologias sensíveis e a solidez dos modelos experimentais tem se refletido no crescimento das evidências científicas que envolvem os sistemas dinamizados.

Há muito que ser investigado, entretanto, atualmente é evidenciado cientificamente que os medicamentos homeopáticos não são placebos, uma vez que modulam diferentes respostas celulares em organismos simples e complexos. As evidências científicas indicam que a pesquisa em homeopatia precisa ser fomentada e seriamente investigada para que os benefícios desta terapêutica eficaz, segura e economicamente viável sejam utilizados, sobretudo na APS, para a prevenção, a promoção e o tratamento de novas e velhas doenças.

EXERCÍCIO PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

1. Em que difere a racionalidade médica homeopática em relação a medicina ocidental hegemônica?
2. Quais são os fundamentos da Homeopatia, descritos pelo seu criador Samuel Hahnemann?
3. Quais são as potencialidades terapêuticas da homeopatia descritas no capítulo?
4. De que forma as evidências científicas ajudam na consolidação da terapêutica homeopática?
5. É possível desenvolver a ciência homeopática no ambiente acadêmico? Justifique sua resposta.
6. O que você entende por dinamização homeopática?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, FMC; CASALI, VWD. Homeopatia, agroecologia e sustentabilidade. *Revista Brasileira de Agroecologia*. 6(1): p. 49-56, junho, 2011. Disponível em: <http://revistas.aba-groecologia.org.br/index.php/rbagroecologia/article/view/7693/6774>. Acesso em: 15 de junho de 2020.
- AUGUSTO, R. A. Ciência na homeopatia. Lisboa: Associação Portuguesa de Homeopatia. 2010. Disponível em: <http://aphomeopatia.weebly.com/uploads/3/4/2/5/3425631/homeopatia-como-funciona.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2020.
- BAGOT, JL; THEUNISSEN, I; SERRAL, A. Perceptions of homeopathy in supportive cancer care among oncologists and general practitioners in France. *SupportiveCare in Cancer*, Ed. Springer, p. 1-9, March, 2021.
- BAROLLO, CR; MIURA, SRR. Proposta de Gênio Epidêmico para Tratamento da Gripe Influenza A - H1N1. 2009. Disponível em: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/arquivos/arquivo_387_cesaho.pdf. Acesso em 20 de maio de 2020.
- BELLAVITE, P. *et al.* Advances in homeopathy and immunology: a review of clinical research. *Frontiers in Bioscience-Scholar* S3, p. 1363-1389, June 2011.
- BELON, P. *et al.* Homeopathic remedy for arsenic toxicity? Evidence-based findings from a randomized placebo-controlled double-blind humantrial. *Sci Total Environ*, 384(1-3):141-50, 2007.
- BELON, P; *et al.* *et al.* Histamine Dilutions Modulate Basophil Activation. *Inflamm Res*, 53:181–8, 2004.
- BONAMIN, LV. A Solidez da Pesquisa Básica em Homeopatia. *Revista de Homeopatia*. 2017. 80:89-97. Disponível em: <https://aph.org.br/revista/index.php/aph/article/view/394>. Acesso em: 15 de maio de 2020.
- BONAMIN, LV; BELLAVITE, P. Immunological models in high dilution research following ME Bastide. *Homeopathy*, 104: 263-268. 2015.
- BONAMIN, LV. Homeopathy and experimental infections: in vivo and in vitro experiments with bacteria, fungi and protozoan. *La revue d'Homéopathie*, 0:e29-e32, 2019.
- BRACHO, G. *et al.* Large-scale application of highly-diluted bacteria for Leptospirosis Epidemic Control. *Homeopathy*, 99: 156-66, 2010.
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias. Diário Oficial da República da União, Brasília, 9 de agosto de 2007.
- BRASIL, Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF 232/92 (Revogada pela Resolução N° 319/97). Dispõe sobre a assunção da Responsabilidade Técnica nas Farmácias Homeopáticas. Brasília, 1992.
- BRASIL, Conselho Federal de Medicina Veterinária, Resolução CFMV 625/95. Dispõe sobre o Registro de título de especialista no âmbito dos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária. Brasília, 1995.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM 1000/80, Acrescentar na relação de especialidades reconhecidas pelo CFM, para efeito de registro de qualificação de especialistas a hansenologia e a homeopatia. Brasília, 1980.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1000, de 4 de junho de 1980. Acrescenta a Homeopatia à relação de especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas. Diário Oficial da República da União, Brasília, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jul. 1980. Seção 1, p.14506.

BRASIL, Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 160/15. Reconhece a Acupuntura, a Homeopatia e a Odontologia do Esporte como especialidades odontológicas. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Instrução Normativa nº 17, de 18 de junho de 2014. Estabelece o Regulamento Técnico para os Sistemas Orgânicos de Produção, bem como as listas de substâncias e práticas permitidas para uso nos Sistemas Orgânicos de Produção. Diário Oficial da União, 20 de junho de 2014 – Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICT-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 302, de 23 de agosto de 2019. Aprova o Formulário Homeopático da Farmacopeia Brasileira, 2^a edição. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3^a ed. Anvisa, Brasília., 2011.

BRUSTOLIN, ACF. *et al.* Beneficial immunomodulatory and neuro digestive effect in *Trypanosoma cruzi* infection after *Lycopodium Clavatum* 13c treatment. *MicrobPathog*, 112:1-4. doi: 10.1016/j.micpath.2017.09.026, 2017.

CABO, DJV. *et al.* Developing Homeopathic Treatment Guidelines for Patients with Hepatitis C. Em: HRI London Conference 2019. Cutting Edge Research in Homeopathy, 2019, London, Anais de Congresso. Homeopathy 109 (01): A1-A28, 2020. doi: 10.1055/s-0040-1702136.

CAJUEIRO, APB, *et al.* Homeopathic medicines cause Th1 predominance and induces spleen and megakaryocytes chances in BALB/c mice infected with *Leishmania. infantum*. *Cytokine*, 95:97-101, 2017.

CARILLO JUNIOR, R. O milagre da imperfeição: vida, saúde e doença numa visão sistêmica. São Paulo: Cultrix, 2008.

CARTWRIGHT, SJ. Solvatochromic Dyes Detect The Presence Of Homeopathic potencies. *Homeopathy*. 2016. 105(1):55-65. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

CARVALHO, LN. Formas Farmacêuticas Homeopáticas Novas para Farmacopeia Brasileira: Revisão Narrativa. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em farmácia) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

CAVALCANTI, AM. *et al.* Effects of homeopathic treatment on pruritus of haemodialysis patients: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Homeopathy*. Oct;92(4):177-81. 2003.

CHAYDHARY, A; KHURANA, A. A review on the role of Homoeopathy in epidemics with some reflections on COVID-19 (SARS-CoV-2). *Indian J Res Homoeopathy*, 14:100-9, 2020.

CHIKRAMANE, PS. *et al.* Extreme homeopathic dilutions retain starting materials: A nanoparticulate perspective. *Homeopathy*, 99:231-42, 2010.

CHIKRAMANE, PS. *et al.* Metal nanoparticle induced hormetic activation: a novel mechanism of homeopathic medicines. *Homeopathy*, 106:135-44, 2017.

COLOMBO, GL. *et al.* The preventive effect on respiratory tract infections *Oscilloccoccinum®*. A cost-effectiveness analysis. *ClinicoeconOutcomes Res*. 10:75-82, 2018.

CONDE, DS. *et al.* Impact of a homeopathic medication on upper respiratory tract infections in COPD patients: Results of an observational, prospective study (EPOXILO). *Respir Med*; 146:96-105, 2019.

CORRÊA, AD.; SIQUEIRA, B.R.; QUINTAS, L.E.M. *Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática*. *RevAss Med Brasil*, 43(4): 347-51, 1997.

CORRÊA, AD.; QUINTAS, L.E.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; SIQUEIRA BATISTA, R.: *Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 13-31, jan.-mar. 2006.

DALBONI, LC. *et al.* Biological Actions, Electrical Conductance and Silicon-Containing Microparticles of *Arsenicum Album* Prepared in Plastic and Glass Vials. *Homeopathy*, 108: 12-23, 2019.

DARUICHE, PSJ. *Homeopatia nas epidemias: Estudo de Caso com Base em Experiências Recentes*. 2012. Tese (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2012.

DAVENAS, E. *et al.* Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature*, 333:816-818, 1988.

DEL, GE. *et al.* Structures, correlations, and electromagnetic interactions in living matter: theory and applications In: Frohlich H (Ed.) *Biological Coherence and Response to External Stimuli*. Springer- Verlag, Berlin, p. 49, 1988.

DEMANGEAT, JL. NMR. Relaxation evidence for solute-induced nanosized superstructures in ultramolecular aqueous dilutions of silica-lactose. *J Mol Liq*, 155:71-9, 2010.

DEMANGEAT, JL. Gas Nanobubbles And Aqueous Nanostructures: the crucial role of dynamization. *Homeopathy*, 104: 101-115, 2015.

DEMANGEAT, JL. Increased of the hepatocytes and splenocytes apoptosis accompanies clinical improvement and higher survival in mice infected with *Trypanosoma cruzi* and treated with highly diluted *Lycopodium*. *Homeopathy*, 102: 87-105, 2013.

ELIA, V; NAPOLI, E; GERMANO, R. The 'Memory of Water': an almost deciphered enigma. Dissipative structures in extremely dilute aqueous solutions. *Homeopathy*; 96:163-169, 2007.

FALKOWSKI, TG.J. *et al.* Increased of the hepatocytes and splenocytes apoptosis accompanies clinical improvement and higher survival in mice infected with *Trypanosoma cruzi* and treated with highly diluted *Lycopodium clavatum*. *Microbial Pathogenesis*. 110:107-116. 2017.

FISHER, P. The MemoryofWater: a scientific heresy? [Editorial]. *Homeopathy*; 96: 141–142, 2010.

FREITAS, FJ. *Homeopatia*. In: Chaves Netto H. et al. (Eds.). *Obstetrícia Básica*. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 1363-1376.

FUSELIER, C. *et al.* Anti-Tumoral and Anti-Angiogenic Effects of Low-Diluted Phenacetinum on Melanoma. *Frontiers in Oncology*, 11: 1-15. , 2021.

GARCIA, S. *et al.* Physical chemical and citotoxic evaluation of highly diluted solutions of *Euphorbia tirucalli* L. prepared through the fifty milesimal homeopathic method. *International Journal of High Dilution Research*, 9:63 - 73, 2010.

GONÇALVES, JP. *et al.* In vitro attenuation of classic metastatic melanoma-related features by highly diluted natural complexes: Molecular and functional analyses. *International Journal of Oncology*, *BMC Cancer*, 55:721-732, 2019.

GUIMARÃES, FSF. *et al.* In vitro and in vivo anticancer properties of a *Calcarea carbonica* derivative complex (M8) treatment in a murine melanoma model. *BMC Cancer*, 10:113, 2010.

HAHNEMANN, S. Essay on a new principle for discovering the healing virtues of medicinal substances, as well as some comments on those used to date. *Journal of Practical Pharmacology and Surgery*, Vol II, Parte 3: 249-303, 1796.

HAHNEMANN, S. *Organon da Arte de Curar*, Versão para o Português, sistematizada e comentada por Marcelo Pustiglione e Romeu Carillo Jr., Ed. *Homeopatia: Hoje*, São Paulo, 1994.

HOLANDINO, C. *et al.* Modeling Physical-Chemical Properties of High Dilutions: an electrical conductivity study. *International Journal of High Dilution Research* 7:165-173, 2008a.

HOLANDINO, C. *et al.* Mechanical versus handmade succussions: a physical chemistry comparison. In GIRI's book (Signal and Images II) Ed. Heidelberg / Germany: Springer, v. 2, p. 37-48, 2008b.

HOLANDINO, C. *et al.* Medicamentos homeopáticos e o paradigma da evidência científica JMPHC. *Journal of Management and Primary Health Care*. www.jmphc.com.br. J Manag Prim Health Care, 8(2):322-332, 2017.

HOLANDINO, C. *et al.* *Therapeutic Potential Of Nosodes*: challenges, translationalityand perspectives. In: Bonamin L, Waisse S, editors. *Transdisciplinarity and Translationality in High Dilution Research: SignalsandImages* GIRI Series. 1 ed. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, v. 1, p. 244- 265, 2019.

HOLANDINO, C. *et al.* Medicamentos homeopáticos e o paradigma da evidência científica. *Journal Of Management and Primary Health Care*. 2018. 8(2):322-3. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/550>. Acesso em: 04 de abril de 2020.

HOLANDINO, C. *et al.* Homeopathy And The COVID-19 pandemic: quasi-experimental observational study. *International Journal of High Dilution Research* v.20, 2021: Proceedings Of COVID-19 meeting.

KALLIANTAS, D. *et al.* Micro-nanoparticulate compositions of *Hypericum perforatum* L in ultra high dilution succussed solution medicinal products. *Heliyon*, 7, e06604, 2021.

KOKOMACZYK, MO; WURTENBERGER, S; BAUMGARTNER, S. Impact of succussion on pharmaceutical preparations analyzed by means of patterns from evaporated droplets. *Scientific Reports* 10, 570, 2020.

LUZ, MT. Natural, racional, social: médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MANCHANDA, RK. *et al.* Scientific framework of homeopathy. Ed. Scientific Framework of Homoeopathy. Central Council for Research in Homeopathy, Liga Medicorum Homeopathic International is, European Committee of Homeopathy. New Delhi, 2021.

MARINO, R. Homeopathy and collective health: the case of dengue epidemics. *International Journal of High Dilution Research*, 7 (25): 179-185, 2008.

MARZOTTO, M. *et al.* Detection of nanostructures in solutions of *Zincum metallicum* and the vehicle lactose. *International Journal of High Dilution Research*, 14:41-4, 2015.

MENDES, MFX. *et al.* Research protocol for homeopathic treatment of congenital zika virus infection. *International Journal of High Dilution Research*, 18(2):17-18, 2019.

MENDES, MFX. *et al.* Clinical study of *China officinalis* in the view of classical systemic homeopathy during COVID-19 epidemic in São Paulo. *International Journal of High Dilution Research*, 20 (1): Proceedings Of COVID-19 meeting. 2021.

MENON, S. Can 'Ars Alb-30' protect you from Covid-19? AYUSH Ministry Thinks So. 2020. Disponível em: https://economictimes.indiatimes.com/https://economictimes.indiatimes.com/industry/healthcare/biotech/pharmaceuticals/can-ars-alb-30-protect-you-from-covid-19-ayush-ministry-thinks-so/articleshow/74945805.cms?utm_source=contentofinterest&utm_medium=text&utm_campaign=cs.

Acesso em 18 de maio de 2020.

MONTAGNIER, L. *et al.* Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA Sequences. *Journal Interdisciplinary Sciences Computational Life* 1: 81-90, 2009.

MOTA, DCGD. *et al.* Effects of Highly Diluted Drugson Experimental Infection with *Trypanosoma cruzi* In Vivo: Systematic Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26:866-883, 2020.

MOURÃO, LC. *et al* Homeopathy and Periodontal Treatment in Type II Diabetic Patients: a 1-Year Randomized Clinical Trial. *Brazilian Dental Journal*, 30(2): 139-145, 2019.

MOURÃO, LC. *et al.* Additional effects of homeopathy on chronic periodontitis: a 1-year follow-up randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 20:141-6, 2014.

MOURÃO, LC; MOUTINHO, H; CANABARRO, AN. Additional benefits of homeopathy in the treatment of chronic periodontitis: a randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19:246-50, 2013.

MUNSHI, R; TALELE, G; SHAH, R. Preparation and Standardization of *Escherichia coli* Nosodes Sourced from Select *E. coli* Strains. *Homeopathy*, 109: 207-212, 2020.

MUNSHI, R; TALELE, G; SHAH, R. Preparation and Standardization of Nosodes Sourced from Klebsiella Pneumoniae, Salmonella Typhi, Neisseria Gonorrhoeae and Candida Albicans Strains. Homeopathy, 2021.

NASCIMENTO, KF. *et al.* M1 homeopathic complex triggers effective responses against Leishmania (L) amazonensis *in vivo and in vitro*. Cytokine, 99:80-90, 2017.

NÓBREGA, DE. A memória da água e outras hipóteses para compreensão do possível mecanismo de ação dos medicamentos homeopáticos: uma revisão. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/928/1/DEN18052015.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

NUNES, LAS. Contribution of homeopathy to the control of an outbreak of dengue in Macaé, Rio de Janeiro. International Journal of High Dilution Research, 7: 186-192, 2008.

OLIVEIRA, AP. *et al.* Homeopathic medicine as health promotion during COVID-19 pandemic period in Niteroi city. International Journal of High Dilution Research, 20(1), 2021: Proceedings of COVID-19 meeting.

PEREIRA, AV. *et al.* Treatment with *Lycopodium clavatum* 200dH Intensifies Kidney and Liver Injury in Mice Infected with *Toxoplasma gondii*. Arch Immunol Ther Exp (Warsz), 68:3. 2020.

PUSTIGLIONE, M; CARILLO, JR. Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann. Ed. Homeopatia Hoje. 1994.

PUSTIGLIONE, M; GOLDENSTEIN, E; CHENCINSKI, MY. Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica. Revista de homeopatia, 80(1/2): 1-17, 2017.

PUSTIGLIONE, M. Homeopatia & Cuidados Básicos de Saúde. São Paulo: Dynamis Editorial, 1998.

RODRIGUES, SF. *et al.* Modulation of inflammation response to murine cutaneous Leishmaniasis by homeopathic medicines: *Antimonium crudum* 30cH. Homeopathy, 103(4):264-74, 2014.

ROMANACH, AK. Homeopatia em 1000 conceitos. 3^a ed. São Paulo: ELCID, 2003. 561 p.

SAHA, S. *et al.* Calcarea carbonica induces apoptosis in cancer cells in p53-dependent manner via an immunomodulatory circuit. BMC Complement Altern Med 13:230, 2013. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-230>.

SARKAR, T. *et al.* Raman spectroscopy shows difference in drugs at ultrahigh dilution prepared with stepwise mechanical agitation. International Journal High Dilution Research, 15: 2-9, 2016.

SCHMIDT, P. Arte De Interrogar, A - E Outros Textos Selecionados Do Dr. Pierre Schmidt - São Paulo: Organon, 2004.

SIQUEIRA, CM; COSTA, B; AMORIM, AM. *et al.* H3N2 homeopathic influenza vírus solution modifies cellular and biochemical aspects of MDCK and J774G8 cell lines. Homeopathy, 102 (1): 31-40, 2013. <https://10.1016/j.homp.2012.10.003>.

SIQUEIRA, CM. *et al.* Homeopathic treatments modify inflammation but not behavioral response to influenza antigen challenge in BALB/c mice. Homeopathy, 105:257-264, 2016a.

SIQUEIRA, CM. *et al.* Homeopathic medicines for prevention of influenza and acute respiratory tract infections in children: blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Homeopathy*, 10: 71-7, 2016b.

DI GENNARO, F; PIZZOL, D; MAROTTA, C. *et al.* *Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(8), 2690, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082690>.

STEWART, Moira; *et al.* *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. 3^a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TALELE, G; SHAH, R. An open-label, exploratory documentation of proving-symptoms of CVN01 (Coronavirus Nosode From The Clinical sample) in healthy volunteers. *International Journal of High Dilution Research*, 20:44-50, 2021.

TAVARES-SILVA, C. *et al.* Homeopathic medicine of *Melissa officinalis* combined or not with *Phytolacca decandra* in the treatment of possible sleep bruxism in children: A crossover randomized triple-blinded controlled clinical trial. *Phytomedicine*, 58:152869, 2019.

TESSER C. D. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate* I Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 174-188, Setembro, 2018.

TOURNIER, A. *et al.* Phytochemical Investigations of Homeopathic Preparations: A Systematic and Bibliometric Analysis. *Journal Alternative Complementary, Review Medicine*, 27:45-51, 2021.

VAN WASSENHOVEN, M. *et al.* Nanoparticle Characterisation of Traditional Homeopathically Manufactured *Cuprum metallicum* and *Gelsemium sempervirens* Medicines and Controls. *Homeopathy*, 108: 73-74, 2019.

VAN WASSENHOVEN, M. *et al.* Verification of Nuclear Magnetic Resonance Characterization of Traditional Homeopathically Manufactured Metal. (*Cuprum metallicum*) and Plant (*Gelsemium Sempervirens*) Medicines and Controls. *Homeopathy*, 110: 42-51, 2021.

WADHWANI, GG. Homeopathic drug therapy. *Homeopathy in Chikungunya Fever and Post-Chikungunya Chronic Arthritis: an observational study*. *Homeopathy*, 102:193-8, 2013.

WAISSE, S; BONAMIN, LV. Explanatory models for homeopathy: from the vital force to the current paradigm. *Homeopathy*, 105(3):280-285, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO traditional medicine strategy 2002–2005. 2002. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/>. Acesso em: 21 de maio de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789241506096>. Acesso em: 21 de maio de 2020.

CAPÍTULO 3

INTRODUÇÃO À RACIONALIDADE MÉDICA: MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Data de aceite: 01/03/2023

Roseane Menezes Debatin

Mayra Gabriela Machado de Souza

RESUMO: Tendo em vista a perspectiva sistêmica e integrada à natureza da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o presente capítulo tem como objetivo refletir sobre as contribuições dessa modalidade de Prática Integrativa ao campo da Atenção Primária à Saúde (APS). Destaca-se ainda as aproximações entre a racionalidade médica chinesa e o cuidado integral no contexto da APS. Foram apresentadas as bases conceituais do raciocínio médico chinês e a produção científica que valida a aplicação dos métodos milenares da MTC na APS. Os aspectos centrais descritos no capítulo se referem a: 1) breve histórico da inserção da MTC na cultura ocidental e seus impactos; 2) análise comparativa entre a medicina ocidental tecnológica e a medicina tradicional chinesa; 3) aspectos críticos relativos à indústria farmacêutica e a cultura da medicalização excessiva; 4) comprovação da efetividade e segurança das práticas da MTC no contexto da APS; 5) os desafios dos serviços de APS para propiciar as condições necessárias

para a prática da MTC; 6) o ensino da MTC e demais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos cursos de graduação e o desenvolvimento das habilidades e competências dos estudantes no campo das APS. Considera-se que os métodos da MTC implementados nos serviços públicos e a inserção das PICS na formação acadêmica na área da saúde possibilitam um trânsito interdisciplinar capaz de preencher as lacunas existentes no cotidiano da prática profissional, do ensino e da pesquisa científica, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado integral na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Medicina Tradicional Chinesa, Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT: In view of the systemic perspective and integrated to the nature of Traditional Chinese Medicine (TCM), this chapter aims to reflect on the contributions of this modality of Integrative Practice to the field of Primary Health Care (PHC). The approximations between Chinese medical rationality and comprehensive care in the context of PHC are also highlighted. The conceptual bases of Chinese medical reasoning and the scientific production that

validates the application of ancient T C M m e thods in PHC were presented. The central aspects described in the chapter refer to: 1) a brief history of the insertion of TCM into Western culture and its impacts 2) comparative analysis between technological western medicine and traditional Chinese medicine; 3) critical aspects related to the pharmaceutical industry and the culture of excessive medicalization; 4) proof of effectiveness and safety of MTC practices in the context of APS; 5) the challenges of PHC services to provide the necessary conditions for the practice of TCM; 6) teaching MTC and other Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) in under graduate courses and the development of skills and competences of students in the field of PHC. It is considered that the TCM methods implemented in public services and the inclusion of PICS in academic training in the health area enable an interdisciplinary movement capable of filling the gaps in the daily practice of professional practice, teaching and scientific research, favoring improvement of the quality of comprehensive care in PHC.

KEYWORDS: Primary Health Care, Traditional Chinese Medicine, Integrative and Complementary Practices.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Identificar os marcos históricos da inserção da MTC na cultura ocidental e seus impactos;
- 2) Estabelecer uma comparação entre a medicina ocidental tecnológica e a medicina tradicional chinesa;
- 3) Destacar as aproximações entre a racionalidade médica chinesa e o cuidado integral no contexto da APS;
- 4) Compreender os desafios dos serviços de APS para propiciar as condições necessárias para a prática da MTC;
- 5) Refletir sobre as contribuições da MTC como Prática Integrativa no campo da APS.

II RELEVÂNCIA E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA MTC

A Medicina Tradicional Chinesa como Racionalidade Médica de extrema peculiaridade e abrangência pode ser considerada hoje um Patrimônio Médico-Histórico da Humanidade, um tesouro de puro conhecimento que encantou e encanta médicos e historiadores de todos os tempos modernos (CONTATORE, 2018). Mas, nem sempre foi assim. A China passou por diversas transformações sócio-político-econômicas de grande impacto em sua história desde as expedições colonialistas ocidentais em seu território, entre os séculos XIX e XX, interferindo de diversas maneiras no seu sistema médico tradicional. A visão etnocêntrica e dominante das sociedades ocidentais (CONTATORE, 2018) conseguiu impor por um tempo seu modelo técnico-científico na sociedade chinesa, visto que os governantes chineses ansiavam por fazer parte também desse novo modelo de “modernidade”.

Após uma epidemia de pneumonia na Manchúria em 1910, a Medicina Chinesa sofreu sucessivas tentativas de desestabilização e descrédito por parte do governo imperial (CONTATORE, 2018) que enxergou nesse episódio uma oportunidade de substituir de vez a MTC pela medicina ocidental considerada mais “moderna” e “avanhada”. Isso forçou os praticantes da MTC a uma adequação de sua linguagem e racionalidade para se manterem inseridos na sociedade. O que aconteceu é que, na prática, se verificou que a Medicina Ocidental é bastante eficiente em determinadas situações (cirurgias, por exemplo) e igual ou inferior aos tratamentos tradicionais chineses em outras (CONTATORE, 2018).

Tal fato favoreceu práticas híbridas da medicina até que em 1950, Mao Tsé Tung oficializou o modelo Tradicional de Medicina Chinesa com a Medicina Científica Ocidental (YVES CHEVRIER, 1996) oferecendo uma medicina Integrada à sociedade Chinesa.

A transmissão oral do conhecimento médico tradicional acredita-se que tenha mais de 5000 anos segundo algumas fontes históricas, entretanto, o conhecimento escrito, data de pelo menos 2200 anos. O conhecimento da Cultura e medicina chinesa podem ser agrupadas por meio de três origens lendárias (MARNAE, 2010):

- a. Fu Xi – Um dos três soberanos míticos que estabeleceu as regras de conduta do povo e organizou a sociedade como um todo, abandonando o sistema nômade de viver;
- b. Shen Nong – Deus patrono dos herbalistas, inventor do arado e da enxada, os tratados e compêndios de fitoterapia chinesa se desenvolveram a partirdessa divindade;
- c. Huang Di – Imperador mítico que escreveu o “Clássico de Medicina do Imperador Amarelo”, cujos textos são referência até hoje para os estudantes da medicina chinesa.

2I ACUPUNTURA: A FERRAMENTA DE INSERÇÃO DA CULTURA MÉDICA CHINESA NO OCIDENTE

À medida que a nossa Sociedade Ocidental foi se familiarizando com a filosofia e práticas da medicina chinesa no final do século XX, principalmente por causa de imigrantes orientais, a acupuntura e moxabustão vão se tornando populares como alternativa de tratamento para diversas patologias crônicas como dores e distúrbios funcionais da coluna e doenças osteoarticulares. O sucesso terapêutico leva ao surgimento de cursos e políticas públicas de atendimento nesta modalidade em todo o mundo Ocidental por um motivo: O raciocínio e aplicabilidade da Acupuntura e moxabustão tem mais linearidade e objetividade, combinando e se encaixando com mais facilidade que outras ferramentas da MTC, em nossos modelos biomédicos de aprendizagem (ERGIL, 2010), embora o mesmo modelo não se encaixe na metodologia e paradigma científico ocidental gerando conflitos na área acadêmica.

Por este motivo, a herbologia e dietética chinesas, o Qi Gong e o Tuiná, foram praticamente ignorados até final do século XX, por exigirem mais compreensão das bases filosóficas e racionais da medicina chinesa. Quanto a esse aspecto, o Pesquisador Guido Palmeira, em seu artigo intitulado “A acupuntura no Ocidente” destaca a necessidade no meio acadêmico da “*legitimização das medicinas alternativas*” diante da “*crise da medicina científica*” crise esta que se revela de forma mais acentuada na falha em trazer alívio e acolhimento àqueles que buscam a Atenção Primária em Saúde. De acordo com Capra (1982, p.116, citado por PALMEIRA, 1990, p.123) nesse momento crítico da Medicina ocidental:

...ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, (a medicina moderna) não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura... a prática médica, baseada em tão limitada abordagem (a cartesiana) não é muito eficaz na promoção e manutenção da boa saúde. De fato, essa prática, hoje em dia, causa frequentemente mais sofrimento e doença, segundo alguns autores (cita Illich), do que a cura.

Segundo Capra (CAPRA, 1982, p.116 citado por PALMEIRA, 1990, p.124), ao apontar as falhas da medicina tecnológica:

A crescente dependência da medicina em relação à alta tecnologia suscitou um certo número de problemas que não são apenas de natureza médica ou técnica, mas envolvem questões sociais, econômicas e morais muito mais amplas”. Fala do desenvolvimento da quimioterapia e do uso inadequado e abusivo de medicamentos, que tornaram-se um problema de saúde pública.

Abordando sobre as lacunas deixadas pelo Ensino acadêmico e o atendimento médico baseado excessivamente em tecnologias e critérios cartesianos, Guido Palmeira cita Queiroz (1986, p. 20), que fala de uma “*crise profunda*” da prática e do saber da ciência médica moderna:

Historicamente, o desenvolvimento da medicina (científica) implicou a perda de uma visão unificadora do paciente, e deste com seu meio ambiente físico e social e que este é um fenômeno recente e sem similar, quando confrontado com sistemas médicos não-ocidentais. Nesses sistemas médicos alternativos... o fator social existe como componente fundamental, ao contrário do que ocorre com o paradigma dominante da medicina ocidental moderna.

2.1 Diferenças cruciais de ponto de vista entre a racionalidade biomédica e a medicina tradicional chinesa

1. Quanto ao entendimento entre a saúde e a doença: A medicina chinesa entende a doença como desequilíbrio sistêmico acoplado ao fluxo anômalo de Qi (energia) o que leva a desequilíbrios em nossa homeostase. Os tratamentos são orgânicos e visam ao restabelecimento da homeostase, restaurando a saúde física e mental. A medicina ocidental já possui uma abordagem linear e direta sem atenção primária à homeostase, mas ao alívio

imediato da reação indesejável através de fármacos cada vez mais poderosos ou cirurgias. Essa abordagem é eficiente a curto prazo, mas a longo prazo acaba por desestabilizar mais ainda a homeostase em diversas situações crônicas (ALMEIDA, 2002). Por exemplo, uma crise urticariforme será tratada com anti-histamínicos sem atentar para a causa. Pode funcionar ou não essa intervenção farmacológica e caso não funcione, a crise pode retornar com intensidade maior gerando sofrimento e custos maiores para o paciente.

2. Quanto à ingestão de medicamentos: A medicina chinesa possui uma tradição herbal com metodologias e processamentos próprios com mais de 2000 anos de experiências minuciosamente catalogadas. É racional, objetiva e direta se seguir sua linha de raciocínio. É composta de ervas, minerais e produtos animais, processados e combinados entre si, com objetivo de neutralizar toxinas e potencializar ativos visando a restauração do Qi ou homeostase, e está ligada aos ciclos da natureza (ERGIL, 2010 p.18).

A medicina Ocidental é essencialmente uma medicina farmacológica calcada em trabalhos científicos e ensaios clínicos, que por um lado é benéfico, mas analisando de outra perspectiva, tomou rumos inversos ao longo dos seus 100 anos de existência: Nesse sentido, a doença é algo estranho ao organismo que deve ser combatido com moléculas naturais modificadas, sintéticas ou mesmo híbridas, e que possuam efeito bloqueador imediato, ignorando-se seus efeitos a longo prazo.

A questão é que tal abordagem mais cartesiana levou a um crescimento financeiro extraordinário das indústrias farmacêuticas promovendo uma distorção do “olhar” médico em relação a saúde e doença: tudo que não for cirúrgico deverá ser tratado com medicamentos da Indústria pois estas detêm a fonte do conhecimento e da suposta cura ou controle da doença. Na prática esse “olhar” médico está focado na doença e sua “contenção”, e pouco se oferece ou se conversa sobre qualidade de vida e saúde, o que obriga o paciente a buscar outros profissionais ou a “conviver” com sua “doença”. De acordo com as palavras de Lavoisier (ALMEIDA, 2002, P.19): “médicos administram remédios que eles pouco conhecem, para curar doenças que eles conhecem menos, nos humanos que eles nada conhecem” (BRUSSEL, 1970, p.150).

3. Segundo Guido Palmeira (PALMEIRA, 1990, p. 122):

A ciência médica reconsiderou a importância dos fatores ambientais e socioculturais na determinação das doenças. As patologias crônico-degenerativas passaram a ser descritas em termos de distúrbios celulares; para seu estudo, diagnóstico e tratamento, foi necessário aumentar a precisão tanto da medição de constantes vitais, como da identificação de metabólitos específicos, envolvidos na gênese de diferentes patologias. A tecnologia médica desenvolveu instrumentos de investigação diagnóstica cada vez mais sofisticados e caros. O objetivo de erradicação das doenças transferiu-se para o da extensão de cobertura de serviços de saúde; ganhava espaço a ideia de que a saúde é função da assistência médica individual; e o acesso aos serviços de saúde passaram a ser reivindicados por um contingente cada vez maior da população.

Já a indústria farmacêutica que se desenvolveu após a segunda guerra Mundial, usufruiu seus anos dourados entre a década de 50 e 60, quando a partir daí, efeitos nocivos se tornaram mais evidentes, e foram expostos na mídia, como destaca SANTOS (SANTOS, 2020, p.162) em seu artigo “Indústria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: euforia e desencanto (1950-1960)”:

Neste item aponta-se como alguns ganhos da ciência, principalmente da indústria farmacêutica, se converteram em perdas emblemáticas na medida em que sua utilização foi atravessada pelos efeitos colaterais descartados, subestimados ou totalmente desconhecidos do uso dos produtos farmacológicos.

Assim, a partir dos anos 2000, a Indústria passou a dividir interesses e parcerias com setores de biotecnologia e a criar linhas que se fundamentam em pesquisas de fitomedicamentos, e “smart” nutrientes, justamente pela procura por parte de pacientes e médicos por alternativas de tratamento em frente às lacunas terapêuticas que se seguem ao se optar pela abordagem exclusivamente farmacológica da Indústria Tradicional. Segundo o artigo publicado na Physis, 2014, sobre a evolução da indústria farmacêutica no século XXI (KORNIS, 2014, p.885):

Nos anos 1990, o portfólio dessas indústrias ampliou-se para áreas de saúde animal, produtos de higiene/cuidado pessoal e de nutrição/dietética. Na década de 2000, a indústria farmacêutica mundial intensificou esse processo, e devido à expiração das patentes dos medicamentos, se concentrou no segmento dos genéricos, adquirindo empresas nos mercados emergentes. O setor farmacêutico brasileiro seguiu os moldes da indústria farmacêutica mundial e passou a investir na produção de medicamentos genéricos, fitoterápicos e no avanço dos biotecnológicos, com o apoio financeiro público do BNDES.

2.2 MTC e Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família

Na Atenção Primária à Saúde, o panorama das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) tem traçado caminhos firmes na busca da redução do sofrimento, com vasto arsenal de recursos que vão desde os diferentes tipos de psicoterapia, acupuntura, farmacoterapia, arteterapia e fitoterapia aos recursos da cultura/saberes populares (SOUZA e MIRANDA, 2017). O município do Rio de Janeiro mostrou nos últimos anos uma rápida expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A expansão da cobertura populacional da ESF, consequente ao aumento do número de unidades de Saúde da Família, abriu as portas para o atendimento à população antes carente de serviços de saúde. Por exemplo, a cobertura populacional, que era de 3,5% em 2009, com 120 unidades (BRASIL, 2012), passou para 45,93% em 2015, cobrindo cerca de 6,6 milhões de pessoas.

Portanto, para toda essa população crescente e com o aumento do acesso aos usuários, verificou-se um aumento na demanda de pessoas com condições crônicas.

Sendo a dor uma das queixas mais prevalentes, observa-se um aumento na necessidade de ampliação da oferta de práticas de Medicina Tradicional Chinesa na APS, como aliado para sanar as necessidades desta população. Mas, para que se dê o aumento da oferta de tais práticas, é necessária uma ampliação de serviços e do número de profissionais capacitados para o exercício da Acupuntura, sejam eles profissionais da APS, sejam eles médicos da rede secundária de saúde. Isso porque entende-se que as redes terciária e quaternária não devem ser o foco de políticas públicas que objetivem aumentar o acesso a um grande número de usuários com condições de alta prevalência (FREITAS, 2015).

Sabe-se que uma equipe de Atenção Primária qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Para tanto, é fundamental que essa equipe atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento de pessoas com doenças já estabelecidas, tanto agudas, como crônicas (HARZHEIM, 2011).

Os sistemas de saúde universais, organizados a partir da APS apresentam melhores desfechos em saúde para a população, maior equidade e menores custos do que sistemas não organizados pela APS (MCCARTHY, 2014, apud NORMAN, TESSER, 2019, p.2). A força da APS reside na concretização de seus atributos. No centro do cuidado médico na APS está a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Esses profissionais de perfil generalista são os responsáveis em prover e coordenar os cuidados personalizados e continuados de uma coorte de pessoas em um determinado território. (STARFIELD, 2005, apud NORMAN, TESSER, 2019, p.2).

Por outro lado, Freitas (2015) ressalta que a composição das equipes básicas da ESF, embasada principalmente nos médicos e enfermeiros, é insuficiente para suprir as necessidades de manejo das condições crônicas, como pode ser visto também em Mendes (2012). Ele sugere a participação de outros profissionais como membros orgânicos, tais como o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física e o psicólogo, juntamente com os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (MENDES, 2012).

Para Freitas (2015), independente da categoria profissional, a prática da Acupuntura/ MTC não deve ficar à parte de uma política de Atenção Primária voltada para atos de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, pois há um enorme potencial nessa prática quando utilizada em conjunto com a medicina ocidental. A autora ainda traz que a população do município do Rio de Janeiro, assim como a de todo o Brasil, apresenta uma situação epidemiológica frágil, com grande número de idosos, alto índice de condições crônicas e aspectos socioeconômicos e determinantes sociais que muitas vezes põem em risco a saúde da população. Assim, agravam-se as situações de vulnerabilidade, não havendo a contrapartida do poder aquisitivo para cobrir os custos com saúde, muitas vezes necessários devido à baixa oferta de serviços especializados no SUS, como a Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia etc.

Muitos procuram esses serviços em clínicas privadas, mas poucos são capazes de dar continuidade ao tratamento e reabilitação devido ao alto custo com as despesas em saúde. Por isso é comum a regressão do processo terapêutico que estava evoluindo para melhora. Considerando o baixo custo com material médico-hospitalar, a diminuição dos custos dos usuários e do SUS, além da alta resolutividade e os grandes benefícios da acupuntura no tratamento da dor crônica (THOMAS et al., 1991; TEIXEIRA, 2007) torna-se fundamental a discussão acerca da inserção de novos profissionais acupunturistas na rede básica de saúde (FREITAS, 2015).

Historicamente, a MFC tem sido uma das poucas especialidades médicas que faz um contraponto ao saber biomédico. Esse esforço para transcender as limitações do modelo biomédico contribuiu para desenvolver uma abordagem holística na prática clínica (NORMAN, 2019). Essa abordagem se define como “o cuidado da pessoa como um todo que inclui seu contexto de valores, crenças familiares, sistema familiar e cultural-comunitário, levando em consideração uma série de terapias baseadas na evidência de seus benefícios e custos” (RCGP, 2016).

Considera-se, portanto que o MFC tem habilidades que o aproximam da medicina tradicional chinesa por ter em sua formação todos os atributos da APS, tais como acesso facilitado universal, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária com competência cultural (STARFIELD, 2002). Dessa forma, defende-se a ampliação do ensino de PICS, sobretudo da MTC/Acupuntura seja no âmbito formal de ensino, como na graduação de medicina e na residência de MFC, como na inserção do especialista em MTC/Acupuntura no NASF, através da prática de matriciamento.

2.3 Bases conceituais da Medicina Chinesa

2.3.1 O Qi

No Tratado de medicina Chinesa e na cultura Chinesa em geral (MACIOCIA, 2007), o Qi é a manifestação da energia vital do universo. Sua dinâmica ora se traduz no movimento Yin: escuro, denso, a noite; ora se traduz no movimento Yang: o dia, o leve, a luz. Um não existe sem o outro. Em física, é a matéria e a antimateria, o positivo e o negativo, o próton e o elétron.

O formato do raciocínio Ocidental ainda não conseguiu descobrir exatamente o que é o Qi e como ele funciona, mas seus efeitos já foram verificáveis e replicados em experimentos científicos através do Qi Gong (MS LEE, 2007). Vários destes trabalhos demonstraram que o Qi pode ser mensurado e seus efeitos observados em alterações celulares in vitro (G. YOUNT, 2004), ou seja, efeitos que não podem ser explicados por alterações psicológicas ou por processos biológicos conhecidos.

2.3.2 Yin & Yang

O Yin e o Yang expressam a ideia dos fenômenos opostos e complementares que nunca cessam e buscam o equilíbrio dinâmico. Nada, fica parado. Tudo se move, tudo muda, e essa ideia veio a ser comprovada através do avanço da física quântica, demonstrando uma nova realidade por detrás das partículas subatômicas. Na medicina, os fenômenos Yin e Yang são reais e facilmente verificáveis no processo de diagnóstico. Podemos imaginar como é o relacionamento entre Yin e Yang exemplificando uma vela acesa: Considerando a cera da vela o aspecto Yin e a chama o aspecto Yang, entendemos que a cera ou Yin nutre e mantém o Yang, e esse Yang para manter o calor e a luminosidade necessita consumir o Yin. Assim que o Yin acabar, o Yang ou chama cessará (ERGIL, 2010, p.18).

Esse exemplo mostra a mútua dependência de ambos. Em medicina, lembra o processo da divisão celular que seria a chama da vela, e o telômero seria a cera, o aspecto Yin da mitose. As divisões celulares vão consumindo o telômero até não restar mais bases para ocorrer a mitose, levando a morte celular.

2.3.3 As 5 fases ou 5 movimentos

Em chinês, “Wu” significa cinco, e Xing expressa a ideia de movimento. Esses 5 movimentos são dinâmicos e guardam inter-relações com elementos da natureza, as estações do ano, sabores, emoções, sons, que por sua vez se conectam aos órgãos, tecidos e vísceras. Os cinco movimentos são representados pelos cinco elementos da natureza, formando um pentagrama: Fogo, Terra, Metal, Água, Madeira. Cada um deles representam órgãos e vísceras que na Medicina Chinesa simbolizam mais suas funções e interconexões do que aspectos anatômicos puros (MACIOCIA, 2007). Essas 5 fases se relacionam entre si através de 2 ciclos fisiológicos: A geração e a inibição, que na nossa linguagem, entende-se: ciclo de “feedback positivo” e ciclo do “feedback negativo”, que em equilíbrio, chamamos de ciclo da homeostase.

Quando esses ciclos saem de seu equilíbrio, geram 2 ciclos patológicos: A subjugação e a rebelião. A subjugação surge quando o ciclo restritivo se torna muito intenso, reprimindo demais o elemento subjugado. Já a rebelião ocorre quando o ciclo restritivo tem seu sentido invertido por enfraquecimento extremo do elemento dominante. Tal dinâmica absorve de maneira racional todos os desbalanços conhecidos das disfunções e doenças tanto agudas como crônicas, facilitando o diagnóstico e o prognóstico.

2.3.4 Zang & Fu - Órgãos e Sistemas Dinâmicos em MTC

Apesar da dissecação na China ser praticada desde o século XVI, nunca se alcançou o nível de organização e detalhe descritivo que os europeus atingiram (MARNAE, 2010). Por outro lado, os médicos chineses desenvolveram através da sua aguçada observação, uma dinâmica fisiológica e conexão detalhada entre os tecidos e órgãos, desenvolvendo

o que podemos chamar hoje de visão multissistêmica de nosso organismo, cujas bases podemos vislumbrar na nossa Embriologia moderna. Ao fazermos estudos comparativos de Embriologia moderna e órgãos e vísceras relacionados na MTC, observamos similitudes e correspondências que justificam para nós, em nossa linguagem e entendimento, tanto as conexões, como uma fisiologia não convencional, que até então, era vista como “fantasiosa”, sem fundamentos em nossa Biomedicina. Por exemplo, na MTC, a Língua está conectada ao Coração, e na Embriologia sabemos que as estruturas da membrana orofaríngea e a proeminência cardíaca entre a quarta e a oitava semana, são contíguas, mantendo relação entre elas.

Os dermatomos do corpo estão relacionados a diversos canais e meridianos da MTC, dentre outros. Tradicionalmente são 12 órgãos que se dividem em 6 vísceras maciças ou Zang, e 6 vísceras ocas ou Fu, relacionadas aos 5 movimentos e aos 12 canais ou meridianos principais por onde circula a energia Qi. Os órgãos Zang são: Coração, fígado, baço-pâncreas, rins, pulmão e circulação-sexo. E os órgãos Fu são: Intestino delgado, triplo aquecedor (refere-se metabolismo gerador de energia, taxa metabólica), vesícula biliar, estômago, bexiga e intestino grosso (ERGIL,2010 p. 72).

Abaixo as relações entre Zang, Fu e os 5 movimentos (ERGIL, 2010, p.21):

Fogo – Coração, intestino delgado, triplo aquecedor e circulação-sexualidade: relacionados à alegria, calor, sangue em movimento, energia cinética, expansão, pulsação.

Terra – Estômago, baço-pâncreas: relacionados ao pensamento e ao processo digestivo e suas relações com o trofismo, significa nutrição e biodisponibilidade de nutrientes aos diversos tecidos do corpo.

Metal – Pulmão e intestino grosso: relacionados com serenidade e tristeza, à respiração e oxigenação, movimento, equilíbrio ácido-básico e imunidade (Qi defensivo) conectados ao microbioma intestinal.

Água – Rins e bexiga: relacionados ao medo, à ancestralidade, fertilidade, aos processos de desenvolvimento corporal, amadurecimento e senilidade, equilíbrio ácido-base juntamente com pulmões.

Madeira – Fígado e vesícula biliar: relacionados à raiva, à força muscular, ao anabolismo e armazenamento de nutrientes e sangue, processador de toxinas.

2.3.5 Acupuntura, canais e pontos

As linhas pontuadas que atravessam o corpo humano em sua superfície, são apenas a ponta do iceberg dos meridianos que os chineses delinearam para a prática da acupuntura. A arquitetura dos canais e seus meridianos em redes colaterais vão da

superfície corporal à profundidade orgânica conectando órgãos, tecidos, sangue e Qi. É uma complexa rede que em grande parte acompanha os trajetos nervosos e dos grandes vasos sanguíneos, emergindo na pele e seguindo os dermatomos cutâneos, favorecendo a comunicação entre eles (HECKER, 2007).

A estimulação dos pontos que se situam nesses canais que emergem na pele são capazes de “abrir” e “fechar” trajetos que influenciam desde a circulação sanguínea e fluxo nervoso, até a modificação molecular e subatômica das sinalizações celulares como a abertura ou fechamento dos canais iônicos de cálcio, uma das mais modernas explicações científicas para o efeito multissistêmico das agulhas de acupuntura (CHENG, 2013).

Existem 2 grandes grupos de canais: o primeiro é formado de 12 canais *principais* com outros canais subsidiários associados e o segundo grupo é formado por 8 canais ou vasos chamados de *extraordinários*. Eses grupos possuem anatomia e funções específicas próprias que deverão ser estudados segundo o formato racional da Medicina chinesa para que possamos observar seus efeitos, embora as explicações de seus mecanismos de ações ainda estejam sendo estudados e elucidados pelo nosso formato racional biomédico. Os 12 canais principais são divididos em 6 canais Yang e 6 canais Yin que se distribuem bilateralmente no corpo.

Cada canal Yang tem seu trajeto pelas áreas externas do corpo e estão ligadas às 6 vísceras ocas, Fu. Os canais Yin seguem trajetos pelas áreas internas do corpo e estão conectados aos 6 órgãos maciços, Zang (HECKER, 2007). Os pontos de acupuntura principais, os mais usados e pesquisados pela atual biomedicina, se situam por cima desses canais e regulam os fenômenos biológicos e biomagnéticos desencadeados através de sua estimulação. Cada um dos canais Yin faz par com um canal Yang, numa relação “interior-exterior”, expressando uma conexão fisiológica importante entre os órgãos e vísceras.

O segundo maior grupo de canais se chamam de canais extraordinários e são em número de 8. Eles não possuem um padrão contínuo e sequencial como os outros canais embora tenham conexões uns com os outros e com os canais principais. Eles na verdade funcionam como reservatório de Qi e de sangue, e “abrem” ou “fecham” conforme o requerimento de energia e sangue dos outros canais e órgãos; na verdade esse funcionamento lembra muito a microcirculação capilar, se é que podemos fazer esta comparação.

Como é perceptível, a anatomia dos canais de acupuntura, seus pontos e suas conexões, fazem parte de um estudo complexo e detalhado, com regras e racionalidade própria, e nossa pesquisa biomédica deverá integrar-se com esta racionalidade para testagem de seus efeitos em diversas patologias.

2.3.6 Materiais utilizados na prática de acupuntura, moxabustão e as ventosas

Em termos gerais, são utilizadas agulhas de 25 x 30mm, chinesas, de aço inoxidável e descartáveis, seguindo as normas da vigilância sanitária de nosso País. As agulhas podem ser introduzidas até a derme, hipoderme ou musculatura dependendo da indicação clínica e da superfície corporal do paciente. O risco de lesão de órgãos é bem pequeno, mas existe, portanto, é necessário treinamento ambulatorial monitorado com os alunos e aprendizagem da localização correta dos pontos para o sucesso terapêutico (FOCKS, 2018).

Práticas mais avançadas de acupuntura podem ser aprendidas com agulhas maiores e utilização de aparelhos de eletroacupuntura para estimulação mais potente visando analgesia intensa diante de intervenções cirúrgicas tanto da área médica como odontológica e veterinária (SENNA, 2003).

No Brasil, a prática mais comum e popular ainda é a ambulatorial, de baixo risco. Dificilmente na prática ambulatorial da acupuntura usaremos só agulhas (SANTOS, 2009). Essa prática vem acompanhada de 2 ferramentas complementares à acupuntura: a moxabustão (de efeito térmico) e a aplicação de ventosas, de efeito mecânico.

As ventosas consistem de copinhos de vários tamanhos que possuem um mecanismo de sucção à vácuo que ao serem colocados sob a superfície corpórea geram o efeito de sucção em todas as camadas da pele e parte da musculatura, levando a uma vasodilação forçada e rompimento de alguns capilares. Esse efeito pós vácuo revigora a circulação sanguínea e aumenta a oxigenação tecidual, tendo excelentes resultados em dor, espasmos musculares e doenças respiratórias com tosse e muco abundante (MACIOCIA, 2007).

2.4 Acupuntura e biomedicina, conexões

Da década de 80 até o ano de 2020, milhares de estudos em acupuntura e moxabustão já foram publicados em revistas médicas indexadas e também discutidas em comitês e congressos organizados por Instituições de saúde e Órgãos regulamentadores como OMS e FDA americano. Em 1997, o *National Institute of Health* revisou diversos estudos publicados até aquele momento e concluiu que: “A acupuntura é efetiva no tratamento de diversas condições incluindo dor pós-operatória, náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, e náuseas da gravidez” (HONG, GENE 1998).

Nos Estados Unidos, a acupuntura ganhou notoriedade em 1971, após o relato da experiência de um repórter do *New York Times na China*, chamado James Reston. Ele teve apendicite aguda e foi operado às pressas em Pequim, mas teve muita dor no pós-operatório. Ele foi tratado com acupuntura e seu relato impactou as pessoas na época, aparecendo na primeira página da revista. Esse evento que demonstrou a efetividade da acupuntura nos diversos processos e rotas bioquímicas da dor, lidera até hoje o enfoque das pesquisas científicas sobre os efeitos principais da acupuntura (MARNAE, 2010).

Desde os primeiros estudos na década de 70, como a “teoria do portão da dor” de Goldstein e Hilgard da universidade de Stanford, as tecnologias evoluíram e atualmente

as pesquisas se direcionam para a alteração da permeabilidade da membrana celular via modificação dos canais iônicos e da expressão gênica, modulando a síntese de genes e proteínas inflamatórias em modelos animais (CHENG, 2013).

Cheng demonstrou a efetividade dos pontos PC6 (pericárdio 6) e P7 (pulmão 7), na expressão de proteínas dos canais iônicos de cloro em ratos com isquemia miocárdica e significante redução nas mudanças patológicas do miocárdio nesses modelos animais. Assim como este, diversos estudos em modelos animais, replicam resultados impactantes sobre o efeito molecular da acupuntura, alterando a permeabilidade de canais iônicos e aumentando ou diminuindo a expressão de proteínas específicas, potencializando efeitos homeostáticos, regeneradores e reduzindo sequelas funcionais (CHO, 2006).

Baseado no número cada vez maior de trabalhos de base molecular para explicar os mecanismos sutis da acupuntura em modelos animais, percebemos que a ação da acupuntura/moxabustão vai muito além da regulação da dor, e possivelmente estamos chegando numa etapa em que percebemos que estamos diante de um modelo de tratamento não medicamentoso com evidente impacto na modulação epigenética.

A partir da década de 90, diversos estudos baseados em ensaios clínicos randomizados de pequena e larga escala na Europa e América do Norte, documentados com ressonância magnética funcional, demonstraram sucesso terapêutica em torno de 93% em patologias da coluna e joelho, além de resultados promissores em outras patologias principalmente enxaquecas (migrantes), osteoartrite e náusea quimio-induzida (YANG ES, et al., 2011).

No artigo de Guido Palmeira (1990, p. 120):

A grande maioria dos estudos mais recentes são de ensaios clínicos que procuram medir a eficácia da acupuntura no tratamento de patologias específicas, ou de investigações que buscam elucidar os mecanismos de ação das agulhas, principalmente pela identificação de substâncias neurotransmissoras envolvidas nos fenômenos de analgesia e anestesia com acupuntura. Os artigos relacionados no Index Medicus dos primeiros cinco meses de 1989, a maioria publicada em revistas chinesas ou de países da Europa oriental, mostram claramente esta tendência.

Embora tais práticas tenham sido introduzidas no Brasil pelas PNPIIC, publicada na Portaria Ministerial nº 971, de maio de 2006, como a Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Medicina Homeopática, Fitoterapia e Termalismo no SUS, “*há lacunas como a implementação do monitoramento, a avaliação e o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS*”.

2.5 O Desafio das PCIS em Cursos de Graduação na Área da Saúde

Se pudermos abrir espaços para introduzir nos cursos de especialização em Medicina chinesa e acupuntura/moxabustão para estudantes de medicina e jovens médicos, teríamos uma soma maior no futuro, de médicos especialistas em medicina Chinesa e

suas ferramentas, que poderiam trabalhar já inseridos em modelos médico-integrativos em projetos de Saúde preventiva e medicina de família (MCCARTHY, 2014), reduzindo de forma significativa e impactante a demanda de pacientes crônicos de leve a moderada gravidade aos hospitais públicos saturados e esgotados de seus recursos materiais e humanos.

Além disso, o custo do tratamento por Medicina Chinesa é de baixo custo, tem grande aceitação por parte da população, é terapêuticamente eficiente e possui baixo índice de efeitos indesejáveis. Interessante citar as propostas de renovação do currículo médico, “Avaliação de uma Reestruturação Curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Influência sobre o Desempenho dos Graduandos” em que Troncon et al. (2004, p.146) propõem exatamente essa aproximação dos estudantes de medicina com a APS e uma formação mais humanística, ao contrário do antigo currículo cuja ênfase era maior na aquisição do conhecimento:

O novo currículo, por sua vez, incorporava um conjunto de modificações, entre as quais se destacavam: 1) integração ou articulação de áreas afins, de modo a racionalizar o aproveitamento da carga horária disponível, evitar repetições de tópicos e otimizar o aprendizado em contexto multidisciplinar; 2) organização das disciplinas segundo um critério de complexidade crescente;

3) criação de disciplinas para incorporar tanto os avanços biotecnológicos, como a necessidade de contemplar a formação humanística do médico; 4) criação de disciplinas específicas nos primeiros anos do curso, voltadas a promover o contato precoce do estudante com os serviços de promoção e atenção à saúde disponíveis na comunidade; 5) organização da grade horária de modo que o aluno disponha de tempo livre para o estudo, a iniciação científica e o desenvolvimento de atividades extracurriculares de extensão universitária; 6) criação de disciplinas e estágios eletivos, desde o primeiro ano, incluindo o período de internato; 6) aumento da duração do internato, de um ano para dois; 7) criação, no internato, de estágios integrados em serviços de saúde da comunidade; 8) criação, no internato, de estágios nos serviços de atenção primária de áreas mais especializadas, como Neurologia, Psiquiatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia”.

Favorecer esse diálogo entre estudantes de medicina e APS com ênfase nas PNPIC, criaria possibilidades de avanços na implantação dessas práticas em diversos serviços de saúde no Brasil, especificamente da medicina Chinesa e Acupuntura.

2.6 A farmacoterapia chinesa tradicional

Também conhecida como “Medicina Herbal Chinesa”, do ponto de vista chinês, é a própria Medicina chinesa, ou seja, o método terapêutico principal desta racionalidade. Os outros métodos como acupuntura, moxabustão, Tuiná e Dietoterapia são secundários e complementares na abordagem tradicional da Medicina Chinesa. Historicamente a farmacoterapia chinesa tradicional usa todo elemento oriundo da natureza, sempre processado e nunca isolado: plantas, animais e minerais fazem parte desse repertório.

Suas bases e trabalhos descritos são tão antigos quanto a acupuntura e demonstram uma riqueza de detalhes em seu estudo e processo que vão desde a colheita até a elaboração de fórmulas altamente sofisticadas e complexas. Desde a antiguidade até o século XIX foram escritos mais de 2600 títulos e compêndios sobre farmacoterapia e o tratamento das doenças (GARRIDO, 2004).

Para termos uma mínima ideia do que isso significa, o médico chinês Li Shi Zhen escreveu o compêndio *Bem Cao Gang Mu* (algo como “Fundamentação herbal abrangente”) que foi publicado no final do século XVI, descreve mais de 2000 substâncias medicinais com incrível detalhe e ilustrações precisas. Esse trabalho grandioso foi traduzido em mais de 60 línguas desde sua publicação, e só a edição inglesa consta de 6 volumes (ERGIL, 2010).

A primeira farmacopeia oficial chinesa começou em 1930 e de lá para cá tem sofrido diversos ajustes e atualizações. A República Popular da China em 2005, lança na segunda edição escrita em 2 volumes, o volume 1 contendo 551 substâncias medicinais tradicionais e 564 medicamentos processados, enquanto o volume 2 é dedicado a medicamentos ocidentais. Com o crescente interesse mundial na Medicina Chinesa e o grande sucesso da acupuntura e práticas como Tai Chi Chuan e Qi Gong na sociedade Ocidental, a partir da década de 90 do século XX, o interesse médico na farmacoterapia chinesa tradicional aumenta, surgindo diversos trabalhos científicos e publicações em revistas indexadas (ERGIL, 2010).

O que historicamente sempre dificultou a aquisição de conhecimentos e práticas na medicina herbal chinesa foi sua complexidade, não só no raciocínio próprio, como as barreiras naturais da língua e a diversidade incrível de fórmulas magistrais que podem ser utilizadas em diversas patologias. Tais dificuldades acabaram por tornar a acupuntura e suas ferramentas bem mais atrativas aos estudantes ocidentais do que a farmacoterapia chinesa no período de 1990 a 2000 (ERGIL, 2010).

Entretanto, a demanda mundial por mais medicamentos, inseriu, de forma definitiva, a medicina herbal chinesa como alternativa e complementar a nossa farmacoterapia Ocidental, e já apresentando diversos trabalhos científicos em pesquisa básica, ou seja, se adequando aos modelos médicos de pesquisa ocidental, validando o seu uso em todo o Mundo. Nos EUA, por exemplo, dados do sistema de saúde americano, relatam que 1 em cada 5 americanos se tratam com fitoterapia chinesa e acupuntura. Importante destacar que todos os processamentos das substâncias medicinais chinesas são complexas e detalhadas, muitas dessas fórmulas já foram testadas pelo uso tradicional por mais de 400 anos. Cascas, sementes, frutos, raízes, dependendo se estão verdes ou maduros, se são cozidos, assados ou fermentados etc., são detalhes que mudam totalmente as indicações clínicas e seus resultados, inclusive para neutralizar substâncias tóxicas (GARRIDO, 2004).

Devido aos detalhes e complexidade da farmacologia chinesa tradicional, e para evitar iatrogenias e danos por uso indevido dessa tradição herbal, cada país deve ter suas

políticas públicas sobre o uso, dispensação, comercialização e o profissional habilitado a prescrever tais fórmulas. No Brasil, a posição da Anvisa de acordo com a Resolução da diretoria Colegiada Nº 21 de 2014 e Nº 152 de 2017, específica essas recomendações.

Uma das substâncias medicinais chinesas mais usadas e tradicionais com mais de 2000 anos de experiência descrita é o cogumelo *Ganoderma Lucidum* (*Lingzhi ou Reishi*). Inúmeros trabalhos científicos têm surgido nos últimos 10 anos e testes laboratoriais preliminares confirmaram que princípios ativos do *Ganoderma Lucidum* são capazes de inibir a enzima RNA-polimerase de coronavírus (JAHAN, 2020). Até o final dos anos de 1995, diversas fontes do mercado mundial do *Ganoderma* estimavam um movimento financeiro de mais de US\$1628 milhões (CHANG, 1999). O grande sucesso do *Ganoderma* na Medicina Herbal Chinesa é devido às suas propriedades antitumorais, anti-inflamatórias e antivirais, como também pela segurança no uso prolongado, sendo indicado sua administração em oncologia, doenças imunológicas e doenças hepáticas.

2.7 Dietética Chinesa

Por ser a China um país essencialmente agrícola, a dieta ocupa grande parte da vida diária da china e por um bom tempo, foi indistinguível os conhecimentos milenares das propriedades terapêuticas dos alimentos e da herbologia chinesa, pois elas se cruzam no estilo de vida chinês integrado a Natureza. Por esse motivo a dietoterapia chinesa ocupa um lugar importante na visão médica tradicional dessa racionalidade. A dietética chinesa só se distinguiu da herbologia chinesa após o Tratado de Sun Si Miao, médico Taoísta, da dinastia Tang (618-907 DC), enfatiza o tratamento dietético, assim como fala de exercícios e trabalho mental (ERGIL, 2010).

Segundo esse médico chinês, a dieta deve ser adotada e ajustada na doença, antes da medicina herbal, por ser mais segura. Na medicina chinesa, órgãos como estômago, baço e pâncreas são fundamentais na transformação dos alimentos em Qi, sangue, essência e fluidos. A qualidade e preparo desse alimento determinará a qualidade do Qi, que influenciará na saúde e prevenção (ERGIL, 2010).

A alimentação segue parâmetros de acordo com as mudanças sazonais, os 5 sabores e o ciclo circadiano dos 12 meridianos principais do corpo e seus órgãos correspondentes. Isso significa que existem períodos do dia em que aquele órgão está com sua atividade e energia plena e outros horários que sua capacidade energética cai. Por exemplo, o horário que o estômago e baço estão no auge de sua funcionalidade é entre 7h e 11h, o que explica porque as manhãs são os melhores períodos para uma boa refeição. Já o intestino grosso tem seu horário de funcionamento pleno entre 5h e 7h da manhã, que é o melhor horário para as evacuações diárias. Os 5 sabores equilibram o Qi de cada órgão e suas características são usadas tanto na dieta como na medicina herbal (ERGIL, 2010).

Veja por exemplo o sabor doce: na medicina Chinesa são alimentos ricos em carboidratos complexos, ou carnes suavemente doces como a da galinha, considerada

altamente benéfica para tonificar o sistema digestório. O doce equilibra estômago e baço-pâncreas, favorecendo o Qi saudável. Entretanto alimentos excessivamente doces lesam o sistema digestório, devendo ser evitados, pois irá repercutir em algum momento no equilíbrio dinâmico dos 5 elementos. Percebemos que tudo deve estar em equilíbrio, cores, sabores, época de colheita e seu frescor (HENRY, 1997).

2.8 Tuiná – Massoterapia Chinesa

Terapia manual chinesa tão antiga quanto a moxabustão, o termo “Tui Na” significa literalmente “empurrar e agarrar” (ERGIL, 2010). O Tuiná é na verdade um conjunto de técnicas de manipulação terapêutica que inclui massagem, estimulação manual de pontos e trajetos da acupuntura, manipulação de ossos, articulações e tecidos moles. Famoso na ortopedia da MTC, o Tuiná é aplicado em conjunto com a acupuntura e a herbologia chinesa, no pós ou no pré-operatório (LEE, 2017).

Em determinadas situações, as técnicas são fortes e intensas, possuindo pontos em comum com o modelo de ortopedia da medicina ocidental no que se refere à manipulação de ossos (redução) em fraturas e luxações. A primeira escola moderna de treinamento em Tuiná surgiu em Xangai, 1956 (ERGIL, 2010).

Existem diversas aplicações médicas do Tuiná além da ortopedia: medicina interna e neurologia, ginecologia, medicina de reabilitação, pediatria. O Tuiná também é incentivado em ambiente familiar e ambulatorial como um grande promotor de saúde, no autocuidado, e nos treinamentos do esporte (ERGIL, 2010).

2.9 Qi Qong

A expressão “Qi Gong” poderia ser traduzida como “exercícios para fortalecer o Qi” ou “exercícios para aumentar a força”. São exercícios que têm como base a respiração e imitam movimentos dos animais (ERGIL, 2010). Atrelado ao xamanismo chinês, é tão antigo quanto a própria acupuntura, e seguindo a tradição agrária do povo chinês antigo, são exercícios ligados aos movimentos da natureza, estação do ano e comportamento animal, cujo objetivo é favorecer a saúde e a longevidade. O Qi Gong se caracteriza por uma tríade: concentração, postura e respiração, com ênfase e variações conforme a necessidade e o objetivo. Segundo o autor ocidental da prática, Roger Jahnke, o Qi Gong dispara uma série de mecanismos fisiológicos que têm profundos efeitos homeostáticos e curativos em nosso organismo. Em geral, aumento da oxigenação tecidual, aumento da resposta imune, melhora do desempenho neurológico e muscular como equilíbrio, força, memória, cognição e sono (LEE, 2007).

No período da Revolução Cultural na China, o Qi Gong foi proibido, mas a partir de 1980, houve a liberação de diversas práticas e o Qi Gong passou a ser incluído como

uma das ferramentas terapêuticas da medicina Chinesa (ERGIL, 2010). O interesse do Mundo Ocidental nas práticas terapêuticas chinesas levou a um grande número de trabalhos científicos na área, e o Qi Gong passou a ser avaliado cientificamente em pacientes hospitalizados, como tratamento complementar (REES, 2015): hipertensão, cardiopatias, abuso e dependência de substâncias, câncer, doenças reumatológicas. Nos EUA, o Instituto Nacional para a Saúde (NIH) subsidiou vários ensaios clínicos para testar o potencial terapêutico do Qi Gong (LEE, 2007; TONETI, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A MTC dentro da proposta da política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, cumpre um papel de grande auxílio e de resultados evidentes, a partir de centenas de ensaios clínicos e laboratoriais relevantes publicados em diversos periódicos científicos. As ferramentas desta Racionalidade aqui expostas, já possuem boa aceitação por parte da população como parte integrante dos tratamentos médicos ambulatoriais.

A acupuntura e seus complementares como ventosa e moxabustão já são uma realidade em clínicas populares e escolas privadas de acupuntura, o que ajudou a popularizar estas práticas, antes vista com preconceito. O grande desafio das universidades hoje é fomentar cursos e especializações na área da medicina chinesa e assim aumentar o quadro de profissionais da área de saúde com capacitação para Ensino e atendimento em programas ambulatoriais e especialmente no programa Saúde da Família.

Desde 17 de novembro de 2006, a portaria 853 inclui na tabela de Serviços/ Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS – o serviço acupuntura - Práticas Integrativas e Complementares realizadas por profissionais de saúde especialistas em acupuntura. Em 2008, a portaria nº 154, de 24 de janeiro, cria os Núcleos de Saúde da Família (NASF), e gera oportunidade para que outros possam ser inseridos ao SUS, como: médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), profissionais de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuam em parceria com as equipes de Saúde da Família.

Segundo Mattos (2004) ao se referir aos sentidos relativos da Integralidade no que tange “às boas práticas dos trabalhadores da saúde”, que tem como definição a substituição da educação baseada no modelo biomédico por um modelo voltado ao cuidado em saúde centrado no indivíduo, a medicina chinesa surge como opção de perfeito encaixe nesse modelo humanístico, pela sua abordagem tanto individualizada e centrada no estilo de vida do indivíduo, bem como favorecendo a aproximação familiar e comunitária ajustado ao contexto cultural daquela comunidade, como já vem sendo praticada desde 2008 em 22 unidades federativas do Brasil, principalmente em SP, embora ainda precise de ajustes em seu modelo de assistência.

A medicina Chinesa possui recursos simples e sem custo adicional, como o Tuiná e o Qi Gong, que vistas como exercícios promotores da saúde e do bem-estar, que podem ser praticados em grupos, ajudaria na inclusão de indivíduos em programas de APS ao mesmo tempo que contribuiria para conscientizar e educar sobre os cuidados e prevenção com a saúde, substituindo hábitos nocivos no estilo de vida, por hábitos saudáveis. São programas de fácil longitudinalidade devido ao baixo custo, necessitando de um profissional da área da educação física ou fisioterapia para dar continuidade às aulas atingindo uma enorme fatia da população de um determinado local (MATTOS, 2006).

Segundo Troncon (2004), o processo de ensino e aprendizagem da área de saúde e o desenvolvimento das competências relativas a graduação da medicina estão atreladas “à criação de disciplinas específicas nos primeiros anos do curso, voltadas a promover o contato precoce do estudante com os serviços de promoção e atenção à saúde disponíveis na comunidade”. Nesse contexto, poderíamos inserir no início da graduação, a medicina chinesa, sua abordagem centrada no indivíduo e na comunidade, e na sequência, internatos com estágios nos Serviços de Atenção Primária em áreas especializadas como acupuntura, moxabustão, auriculoterapia, fitoterapia chinesa, Tuiná e Qi Gong. Só o fato de estagiar nesse campo vasto que é a medicina chinesa, já causaria enorme impacto nos conceitos e na própria concepção de saúde do estudante, despertando suas percepções em relação a ele mesmo e a comunidade da qual faz parte.

A medicina chinesa, agregaria aos Serviços de Atendimento em saúde, vantagens socioeconômicas, acadêmicas e humanísticas, como:

1. Reduzir custos financeiros com cirurgias e medicalização excessiva, reduzindo a demanda em hospitais públicos supersaturados;
2. Baixo custo para organizar cursos e selecionar profissionais habilitados desta racionalidade, já que as universidades possuem espaços físicos e ambulatórios que poderiam ser reaproveitados com estes fins;
3. A MTC nas PIC no SUS, produziria material humano e científico para crescemos em nossa própria produção científica e ensaios clínicos;
4. A contribuição em termos de saúde, para redução de morbidades e excesso de medicação em doenças reumáticas, sequelas de tratamentos oncológicos, traumas e doenças neurológicas;
5. Incentivo a prática não invasiva desta racionalidade como o Qi Gong e o Tuiná, com intuito de promover mais saúde, autoestima e felicidade entre os pacientes.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DE APRENDIZAGEM

1. Descrever, em termos comparativos, a abordagem em medicina, visão da saúde e da doença, tanto do ponto de vista da racionalidade em medicina chinesa como do nosso ponto de vista expresso em pelo modelo biomédico ocidental.

2. Quais as vantagens e desvantagens, do ponto de vista do paciente, em ambos os modelos?
3. Quais os desafios prováveis que o projeto PICs poderá enfrentar ao implantar os recursos da acupuntura e do Tuiná em ambulatórios de especialidades médicas e no Programa saúde da Família?
4. Citar algumas áreas da medicina que poderiam se beneficiar com a implantação da Acupuntura e do Qi Gong.
5. Em que setor da medicina ocidental poderíamos integrar a Dietoterapia chinesa e a farmacoterapia chinesa?
6. Descreva de forma objetiva e sucinta as perspectivas, no Brasil, de implantação ambulatorial e mesmo hospitalar de algumas das práticas da racionalidade médica chinesa?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJORI, L; NAZARI, L; ELIASPOUR, D. **Effects of acupuncture for initiation of labor: a double-blind randomized sham-controlled trial.** Archives of gynecology and obstetrics, v. 287, p. 887-891, 2013. Disponível em: Doi: 10.1007 / s00404-012-2674-y. Epub 2012, 14 de dezembro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Livreto 1. **Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: Guia de práticas integrativas e complementares em saúde para os gestores do SUS.** Dezembro, 2020. Elaborado pela coordenação nacional de práticas integrativas e complementares em saúde (CNPICS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário Temático: **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** –Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF, 2018.

CONTATORE OA; TESSER CD; BARROS NF. **Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos [online]. 2018; 25 (3): 841-858.

CHENG, Z, et al. **The Impacts of Along-Channel Acupuncture on the Protein Expressions of the Chloride Channel of the Rats with Myocardial Ischemia.** Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013.1 (2013): 321067. Disponível em: Doi: 10.1155 / 2013/321067. Epub 2013, 24 de junho.

CINTRA, M.E **Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde.** Disponível em: www.scielo.br/scielo/br/0161-4547/14/32/01 Mar 2010.

DEBATIN, R. **Primeiros Socorros: técnicas convencionais associadas às técnicas alternativas.** Rio de Janeiro: Ed Sohaku-In, 2003.

ERGIL, M. **Medicina chinesa, guia Ilustrado**. São Paulo: Ed Artmed, 2010.

FREITAS, F.P.P. **Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro**. 2015. 129 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

GARRIDO, C.S. **Farmacologia e Medicinas Tradicionais chinesas**. Vol. II. São Paulo: Ed Roca, 2004.

YOUNT, G et al. **In vitro test of external Qigong**. BMC Complementary and Alternative Medicine, v. 4, p. 1-8, 2004.

HARZHEIM, E. **Atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: OPAS, 2011. P. 45-54, 2011.

HECKER H.U. et al. **Atlas Colorido de Acupuntura**. São Paulo: Ed Guanabara-koogan, 2007.

CHEN, K.W. **An analytic review of studies on measuring effects of external Qi in China**. Alternative Therapies in Health and Medicine, v. 10, n. 4, p. 38-51, 2004..

HENRY, L. **Alimentos chineses para longevidade**. São Paulo: Ed Roca, 1997.

HONG, G.G. **The scientific understanding and applications of acupuncture**. Laboratory Medicine, v. 29, n. 4, p. 233-238, 1998.

JAHAN, I; AHMET, O.N.A.Y. **Potentials of plant-based substance to inhibit and probable cure for the COVID-19**. Turkish Journal of Biology, v. 44, n. 3, p. 228, 2020..

KORNIS, G.E.M. et. al. **Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI**. Volume 24 nº 3 Páginas 885 – 908. Physis: Revista de Saúde Coletiva Set 2014.

LEE, NW et al. **Chuna (or Tuina) Manual Therapy for Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials**. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, v. 2017, n. 1, p. 8218139, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/8218139>.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina Chinesa**. 2^a ed. São Paulo: Ed Roca, 2007.

MAIKE, S.R.L. **Fundamentos Essenciais da medicina chinesa**. São Paulo: Ed ícone, 1995. Escolas de MTC de Beijing, Shanghai e Nanjing.

MCCARTHY, M. **Health system report ranks UK first, US last**. BMJ . 2014; 348 (25): g4080 . doi: 10.1136/bmj.g4080.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MICUNOVIC, I. **Origin of Chinese medicine, acupuncture & moxibustion**. J Altern Complement Integr Med, v. 4, n. 2, p. 054, 2018. Disponível em: DOI: 10.24966/ACIM- 7562/100054. September 2018.

MS LEE. **External Qigong for PainConditions: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials.** The Journal of Pain. Volume 8, Issue 11, November 2007, Pages 827-831.

NORMAN, AH; TESSER, CD. **Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2019, 23: e 190036.

O'CONNOR. J. **Acupuntura, um texto comprehensível.** São Paulo: Ed Roca, 1996.

PALMEIRA, G. **Acupuntura no ocidente.** Disponível em: scielo.br/ Cad. Saúde Pública 6 (2) Jun 1990. RGCP. Royal College of General Practitioners. **The RCGP curriculum: core curriculum statement.** London: Royal College of General Practitioners ; 2016 .

SANTOS, F.S. **Industria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: euforia e desencanto (1950-1960).** V. 12 nº 2. Belo Horizonte: Edição 33 – Temporalidades, 2020.

SENNNA-FERNANDES, V; FRANCA, D. **Acupuntura cinética: tratamento sistemático do aparelho locomotor e neuromuscular da face por acupuntura associada à cinesioterapia.** Fisioterapia Brasil, v. 4, n. 3, p. 185-194, 2003.

SHIN, S.S. **Development of integrated traditional Chinese and western medicine and change of medical policy in China.** Korean Journal of Medical History, v. 8, n. 2, p. 207-232, 1999.

SOUZA, T. S.; MIRANDA, M.B.S. **Horticultura como tecnologia de saúde mental.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Bahia. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>

STARFIELD, B, SHI L , Macinko J . **Contribution of primary care to health systems and health .** Milbank. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

TEIXEIRA, VR. **A Acupuntura nos Serviços Públicos de Saúde, uma prática possível: a experiência do Hospital Universitário Pedro Ernesto.** (dissertação de mestrado). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. 2007.

THOMAS, M, ERIKSSON SV, LUNDEBERG, T. **A comparative study of diazepam and acupuncture in patients with osteoarthritis pain: a placebo controlled study.** Am J Chin Med. 1991;19(2):95-100.

TONETI, B.F et al. **Benefits of Qigong as an integrative and complementary practice for health: a systematic review.** Revista latino-americana de enfermagem, v. 28, p. e3317, 2020.

TRONCON, L.E.A. **Avaliação de uma Reestruturação Curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Influência sobre o Desempenho dos Graduandos.** Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-019>. Rev. bras. educ. med. 28 (02): (May-Aug 2004).

YAMAMURA, Y. **Entendendo medicina chinesa e acupuntura.** São Paulo: Ed Center AO, 2006.

YANG, E.S et al. **Ancient Chinese medicine and mechanistic evidence of acupuncture physiology.** Pflügers Archiv-European Journal of Physiology, v. 462, p. 645-653, 2011.

CAPÍTULO 4

MEDICINA ANTROPOSÓFICA & ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2023

Ricardo Ghelman

É com enorme satisfação que escrevo este capítulo, gestado durante uma das experiências mais importantes da minha vida, que foi a graduação em Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro na primeira metade da década de 80 do século XX, anos muito felizes. Esta década muito rica antecedeu em poucos anos o nascimento do movimento mundial da medicina e saúde integrativa, que hoje encontra várias nomenclaturas e escolas, e está implementada como política pública em 98 países incluindo o Brasil como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que no fundo buscam contribuir para a construção da medicina do futuro mais abrangente, mais humana, sem perder todos os avanços dos últimos dois séculos da medicina moderna. Dedico este capítulo aos meus colegas de turma de 1986 da UFRJ, as turmas passadas e futuras que virão em toda área da saúde.

RESUMO: A Medicina Antroposófica é um sistema médico complexo integrativo ocidental, uma extensão da medicina convencional que incorpora uma abordagem ampliada de morfologia, fisiologia, fisiopatologia, sistema diagnóstico e sistema terapêutico multimodal, levando em conta a multidimensionalidade do ser humano, da natureza, da doença e do cuidado em saúde. Sua abordagem dá grande ênfase ao desenvolvimento global noético e psicossomático individual, em interação social e com a saúde planetária, e emprega uma metodologia fenomenológica goetheana na compreensão do processo natureza-saúde-doença-tratamento. Está estabelecida em 80 países em todo o mundo, mais significativamente na Europa Central, onde foi fundada há 100 anos. A prática clínica é exercida de forma integrada ao tratamento convencional por médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais da saúde licenciados, desde na atenção primária até na atenção hospitalar, incluindo medicações derivadas de minerais, plantas medicinais e animais, arte, movimento, terapias externas, orientações nutricionais, aconselhamento biográfico, psicoterapia e meditação. As pesquisas revelam grande

aplicação prática nas áreas de saúde da criança, medicina de família, alergia e imunologia, oncologia e doenças crônicas que necessitam de tratamentos complexos, demonstrando altos índices de segurança, boa relação custo-efetividade e um alto nível de satisfação por parte dos pacientes. Embora presente no Brasil há mais de 60 anos, vem sendo incorporada há 15 anos em saúde pública como Antroposofia aplicada à Saúde na Rede de Atenção à Saúde do SUS e em universidades, alicerçada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Ministério da Saúde, informada por evidências.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Antroposófica. Antroposofia aplicada à Saúde. Medicina Integrativa. Prática Integrativa e Complementar em Saúde

ABSTRACT: Anthroposophic Medicine is a Western integrative complex medical system, an extension of conventional medicine that incorporates an expanded approach to morphology, physiology, pathophysiology, diagnostic system, and multimodal therapeutic system, taking into account the multidimensionality of the human being, nature, disease, and healing. Its approach places great emphasis on the individual noetic and psychosomatic global development, in social interaction and with planetary health, and employs a Goethean phenomenological methodology in understanding the nature-health-disease-treatment process. It is established in 80 countries around the world, most significantly in Central Europe, where it was founded 100 years ago. Clinical practice is integrated with conventional treatment by physicians, dentists, pharmacists, nurses, psychologists and other licensed health professionals, from primary care to hospital care, including medications derived from minerals, medicinal plants and animals, art, movement, external therapies, nutritional guidelines, biographical counseling, psychotherapy and meditation. Research shows great practical application in the areas of child health, family medicine, allergy and immunology, oncology, and chronic diseases that require complex treatments, demonstrating high safety rates, good cost-effectiveness, and a high level of patient satisfaction. Although present in Brazil for over 60 years, it has been incorporated for 15 years in public health as Anthroposophy applied to Health in the SUS Health Care Network and in universities, grounded in evidence-informed National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC), of the Ministry of Health.

KEYWORDS: Anthroposophic Medicine. Anthroposophy applied to Health. Integrative Medicine. Integrative and Complementary Health Practice.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Compreender os fundamentos da concepção antroposófica do ser humano que ampliam a medicina convencional como uma medicina integrativa.
- 2) Identificar características das cinco dimensões da Racionalidade Médica Antroposófica.
- 3) Conhecer os princípios que norteiam a abordagem terapêutica na Medicina Antroposófica.
- 4) Entender qual são as marcas centrais que diferenciam a racionalidade antroposófica de outras racionalidades.
- 5) Reconhecer os princípios fundamentais da Cosmologia antroposófica e da metodologia empregada

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Medicina Antroposófica, fundada em 1920, é um modelo europeu de medicina tradicional, complementar e integrativa (MTCI) caracterizada como um Sistema Médico Complexo ou Racionalidade Médica (LUZ & AFONSO, 2014), que embora exista formalmente há um pouco mais de um século, apresenta um forte fundamento conceitual proveniente da medicina tradicional grega com mais de dois mil anos de existência, e que portanto resgata conceitos como os quatro elementos - terra, água, ar e fogo - de Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.), os quatro humores – biles negra, muco, biles amarela e sangue - de Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.) e os quatro temperamentos – melancolia, fleugma, sanguinidade e cólera - de Empédocles (495a.C.-430a.C.) em forma moderna e compreensível na prática clínica (KIENLE, 2013; STEINER & WEGMAN, 2015).

A Medicina Antroposófica amplia a medicina convencional, como medicina integrativa, tendo como ponto de partida a concepção antroposófica do ser humano (HEUSSER, 2016; GIRKE, 2020). A abordagem médica segue os princípios da medicina convencional, em relação ao encontro clínico (anamnese e exame físico), utilização de métodos de diagnóstico e a inclusão dos medicamentos sintéticos alopáticos, quando indicados racionalmente, junto às intervenções farmacológicas e não farmacológicas antroposóficas.

As bases da Medicina Antroposófica (MA) provêm da Antroposofia de Rudolf Steiner (1861-1925), pesquisador, doutor em filosofia, artista e cientista, escultor, escritor e conferencista austríaco que desenvolveu na virada do século XIX para o século XX uma cosmovisão aplicada a várias áreas de atuação. A trajetória histórica do desenvolvimento da Antroposofia pode ser dividida em três fases entre 1890 e 1925: Teosófica-Filosófica, Goetheana-Artística e Antroposofia Aplicada às áreas da Saúde, Pedagogia, Agronomia/Agricultura, Economia e Arquitetura. Enquanto Dr. Steiner é considerado o pai da Antroposofia, a médica holandesa Dra. Ita Wegmann (1876 – 1943) é considerada a mãe da Medicina Antroposófica, e a Dra. Gudrun Burkhard, médica da Universidade de São Paulo nascida em 1930, é a pioneira no Brasil a desenvolver as atividades a partir da década de 1950.

A Medicina Antroposófica é praticada por médicos licenciados através de pós-graduação sensu latu, especialmente na Alemanha, Suíça, Holanda, Itália e Brasil e é coordenada internacionalmente pela Federação Internacional das Associações Médicas Antroposóficas IVAA, sigla de Internationale Vereinigung Anthroposophischer Ärztegesellschaften, cujo website www.ivaa.info apresenta informações gerais muito relevantes. A Associação norte-americana mantém também um acervo bibliográfico importante <http://www.anthromedlibrary.com>. Está presente no currículo acadêmico de algumas universidades e acumula um extenso número de investigações científicas (IVAA, 2014; BAARS et al., 2018; VAGEDES, 2019).

Atualmente a Medicina Antroposófica está presente em mais de 60 países, nos diferentes níveis do sistema de saúde: desde atenção primária em saúde em ambulatórios,

consultórios e clínicas, secundária e terciária em hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados. A MA foi reconhecida pelo CFM (parecer no 21/1993) como “prática médica” e ainda não possui o status de especialidade médica. A MA foi incluída há 15 anos, em 2006, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS pela Portaria do Ministério da Saúde do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde N.º 1.600 (17/7/6), inicialmente na qualidade de Observatório das experiências de Medicina Antroposófica no SUS e em 2018, houve uma ampliação dos atributos com a expressão Antroposofia aplicada à saúde para a definição desse modelo de cuidado integrativo multiprofissional e interdisciplinar (GHELMAN, 2020; BENEVIDES et al., 2020). Um dos critérios de elegibilidade para a formação em Medicina Antroposófica no âmbito mundial é a graduação em medicina e a obtenção do registro como médico no conselho de medicina do país. A formação do médico antroposófico consiste em um programa de pós-graduação com 1.000 horas teóricas e práticas. No Brasil o órgão responsável pela formação dos médicos antroposóficos é a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (LUZ & AFONSO, 2014; ABMA, 2018).

No Brasil a MA é organizada pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA Nacional), entidade que oficialmente representa a MA no Brasil e define as diretrizes para a formação e atuação de seus afiliados, médicos que orientam sua prática clínica segundo esse referencial, e suas nove regionais Ceará, Centro Oeste, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo.

A ABMA, fundada em 1982, é integrante da Sessão Médica do Goetheanum e IVAA, sendo a representante oficial inclusive a nível internacional da Medicina Antroposófica no país. No entanto o ensino para médicos existe desde 1974, e até 1993 era conduzido como um modelo de residência médica de 1 ano no ambiente da Clínica Tobias com atividades ambulatórias e na enfermaria com pacientes internados. Desde 1993 o curso adotou o modelo extensivo de dois anos de duração e hoje em dia segue o Benchmark da OMS para formação em Medicina Antroposófica, e se pratica em mais de 10 estados brasileiros.

A marca central da racionalidade antroposófica é a multidimensionalidade do ser humano, compreendido em suas dimensões físico-estrutural, vitalidade, psíquico-anímico e existencial-espiritual, que devem ser adequadamente diagnosticadas e cuidadas (HEUSSER, 2016; BAARS et al., 2018; GIRKE, 2020). A Medicina Antroposófica desenvolve uma abordagem unificada da fisiologia, fisiopatologia e terapêutica baseado na ideia de sistemas e organizações. O profissional de saúde antroposófico se empenha junto com o paciente e a família em perceber o significado da doença na visão do desenvolvimento no-psicossomático sobre o pano de fundo do estudo racional de sua biografia. Uma outra característica fundamental é a interdisciplinaridade e a organização multiprofissional do trabalho em saúde. Uma gama variada de abordagens terapêuticas, agrupadas com a terminologia do Ministério da Saúde de Antroposofia Aplicada à Saúde, compartilham um mesmo conjunto de referências epistemológicas (VAGEDES, 2019).

Um dos princípios norteadores do cuidado ampliado pela Antroposofia é considerar o paciente no centro do cuidado, portador de uma individualidade que deve ser promovida como agente transformador ativo na promoção de sua saúde (BARROS, 2008; BAARS & HAMRE, 2017; KIENLE et al., 2016; KIENLE et al., 2017). Este conceito adotado pelas diferentes profissões e terapias antroposóficas, oferecem muitas possibilidades de cuidado que podem ser integrados aos tratamentos convencionais, com resultados consistentes (KIENLE et al., 2006; KIENLE et al., 2011; KIENLE et al., 2013).

Portanto o sistema da Medicina Antroposófica é formado por várias profissões da área da saúde e modalidades terapêuticas específicas, cada uma delas com competências e habilidades específicas do campo profissional. Existem modalidades terapêuticas específicas como Terapias Externas Antroposóficas, em geral realizadas por enfermeiros e fisioterapeutas licenciados, e Aconselhamento Biográfico, em geral conduzidas por psicólogos e médicos licenciados. São recursos complementares valiosíssimos para o cuidado corporal, da saúde mental e para o desenvolvimento do Self e da resiliência (ABMA, 2018; GHELMAN, 2018).

Estas modalidades são complementadas também por orientações de autocuidado, de autoeducação, orientações alimentares, de estilo de vida e aconselhamento biográfico, para o desenvolvimento de autonomia e autoconhecimento na prevenção e enfrentamento de doenças e ganho de resiliência (GHELMAN et al., 2012; MORAES, 2015; BURKHARD, 2019).

A formação dos profissionais de saúde ocorre no modelo de Pós-graduação, em que sua abordagem convencional aprendida na graduação é ampliada pelos conceitos antroposóficos. Este é o caso da Medicina Antroposófica, Enfermagem Antroposófica, Farmácia Antroposófica, Odontologia Antroposófica, Psicologia Antroposófica e Nutrição Antroposófica, certificados em seus Conselhos Regionais de Classe profissional e pela ABMA ou suas Associações antroposóficas certificadoras. Outras Pós-graduações em abordagens específicas como Terapias Artística, Cantoterapia e Musicoterapia exigem prévia formação da área artística específica. A pós-graduação em Massagem Rítmica pode ser realizada por todos os profissionais da saúde, com ênfase em fisioterapeutas licenciados, a Euritmia terapêutica exige apenas ensino médio completo e o Aconselhamento Biográfico exige qualificação profissional no campo terapêutico, pedagógico, de consultoria e de desenvolvimento de adultos em geral.

É importante destacar que, no Brasil, a Farmácia Antroposófica constitui uma especialidade junto ao Conselho Federal de Farmácia (CFF) e os medicamentos antroposóficos estão regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Odontologia antroposófica também foi reconhecida pelo CFO como área de atuação (KIENLE et al., 2011).

A Medicina Antroposófica foi reconhecida como uma Racionalidade Médica, ou Sistema Médico Complexo, preenchendo todas as categorias desse conceito. Racionalidade

Médica é definida como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana, uma fisiologia, um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica, todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. Sua Doutrina Médica, desenvolve um sistema diagnóstico e uma proposta terapêutica coerente com o conceito multidimensional de sistemas e organizações de forças que coordenam a morfologia, a fisiologia, a bioquímica e o estado de saúde e doença.

O conceito de Corpo corresponde a uma morfologia e fisiologia ordenada por quatro organizações de forças morfogenéticas que interagem espacial e temporalmente. O conceito de Psique como uma organização das vontades, sentimentos e pensamentos em interação psicossomática. E o conceito de Individualidade (pyrus) como a essência humana que gera autoconsciência na psique e identidade imunológica no corpo.

A metodologia de investigação se baseia na fenomenologia de Goethe que busca perceber em profundidade os arquétipos dos fenômenos seja uma planta medicinal empregada na terapêutica, seja uma doença que exige uma compreensão mais qualitativa e fenomenológica. Esta metodologia parte da descrição da realidade percebida e se aprofunda através da intencionalidade no estudo das relações e do desenvolvimento dos fenômenos em direção à percepção da totalidade, desenvolvendo uma aproximação com o ‘arquétipo’ do fenômeno manifesto.

2 | MEDICINA ANTROPOSÓFICA COMO RACIONALIDADE MÉDICA

Apresentamos a seguir um resumo das cinco dimensões da Racionalidade Médica Antroposófica que serão detalhados na sequência: Cosmologia, Doutrina Médica, Morfologia Humana, Fisiologia, Sistema Diagnóstico e Sistema Terapêutico.

A. Os princípios fundamentais da Cosmologia antroposófica

- 1 - Holismo: o microcosmo (pluridimensional) humano manifesta o macrocosmo;
- 2 - As configurações sistêmicas e os períodos do desenvolvimento ontogenético dos seres humanos e humanidade reproduzem fases naturais evolutivas do Planeta, sejam filogenéticas como civilizatórias.
- 3 - Vitalismo: todos os seres vivos (vegetais, animais e seres humanos) da natureza são percorridos continuamente por forças vitais que os organizam, sendo irredutíveis às formas físicas ou configurações biomecânicas;
- 4 - Espiritualidade: a dimensão espiritual é a marca constitutiva do humano; o conhecimento do mesmo não se esgota nos sentidos ou na razão;
- 5 - Fenomenologia de Goethe e aplicação da metodologia na prática clínica.

A Fenomenologia de Goethe é a metodologia fundamental para o desenvolvimento tanto dos medicamentos como da visão de saúde e doença. Rudolf Steiner aos 18 anos se tornou aluno de Franz Brentano (1838-1917) foi apresentado a obra de Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832). Steiner desenvolveu a partir de Goethe uma metodologia que foi incorporada ao desenvolvimento de Antroposofia aplicada à Saúde.

Na prática esta metodologia apresenta quatro passos, sistematizado em quatro etapas como se fossem quatro olhares sobre o fenômeno aplicáveis de forma sistemática e sequencial (GHELMAN, 2001):

1. Percepção sensorial exata: atividade eminentemente descritiva.
2. Percepção do desenvolvimento e das conexões: estudo do fenômeno como processo temporal e das inter-relações internas e externas (metamorfoses).
3. Percepção empática ou contemplativa: aproximação com a esfera qualitativa e arquetípica
4. Percepção intuitiva: etapa criativa fundamentada nos três passos anteriores.

Estes quatro olhares de Goethe, estão relacionados a quatro arquétipos muito importantes – os quatro reinos da natureza e aos quatro elementos. Desta forma podemos dizer que:

- O olhar mineral enxerga tudo como se fosse estático e mensurável,
- O olhar vegetal enxerga tudo numa rede de inter-relação fluida temporal,
- O olhar animal enxerga a qualidade interna das realidades e fenômenos com sentimento,
- O olhar humano realiza criativamente a partir das percepções anteriores.

A partir do olhar comparativo fluido que busca polaridades podemos enxergar a morfologia, a fisiologia e as patologias sob um novo ângulo.

B. Os princípios fundamentais da Doutrina Médica Antroposófica

Saúde é o resultado de sintonia rítmica harmoniosa entre os elementos básicos constitutivos da estrutura humana.

1. Elementos constitutivos da estruturação humana

1.1.1. Quanto a estruturação tríplice ou Trimembração

- a) Estrutura geral noo-psico-somática: corpo/alma/espírito.
- b) Estrutura morfológica: Sistema neurosensorial, Sistema Rítmico e Sistema Metabólico-Sexual-Locomotora, relacionados respectivamente ao ectoderm, mesoderma e endoderma.

1.1.2. Quanto a estrutura quaternária ou Quadrimembração

- a) dimensão física-mineral-estrutural-espacial ou Organização Física (OF)
- b) dimensão vital-vegetativa-temporal relacionada à vitalidade e bem-estar ou Organização Vital (OV)
- c) dimensão psíquica-anímica animal ou Organização Anímica (OA)
- d) dimensão humana existencial-espiritual-Self ou Organização do Eu (OE)

1.1.3 Quanto a estrutura Sétupla ou Heptamembração

Sete tipologias relacionadas aos arquétipos dos sete planetas.

Tipo 1: Cuidador(a)/ Maternal (Lunar),

Tipo 2: Comunicativo(a)/Sociável (Mercurial),

Tipo 3: Sensual/Estético(a) (Venusiana),

Tipo 4: Altruista/Cordial (Solar),

Tipo 5: Empreendedor(a)/Executivo(a) (Marciano),

Tipo 6: Estratégico(a)/Organizador(a) (Jupiteriano),

Tipo 7: Disciplinado(a)/Rígido(a)/Formal/Delimitador (Saturnino).

Os arquétipos clássicos dos sete planetas da mitologia grega estão relacionados à Biografia:

Os tipos 1, 2 e 3 estão associados aos arquétipos Lua, Mercúrio e Vênus, respectivamente, se organizam a cada setênio do nascimento aos 21 anos de idade e são tipos tipicamente femininos.

Os tipos 5, 6 e 7 estão associados aos arquétipos Marte, Júpiter e Saturno, respectivamente, se organizam a cada setênio dos 42 anos aos 63 anos de idade e são tipos tipicamente masculinos.

O tipo 4 solar, de natureza integrada e não sexual, se desenvolve entre 21 e 42 anos de idade e corresponde ao equilíbrio entre as 6 tipologias complementares.

1.1.4. Quanto a estrutura dos 12 sentidos

- Três grupos de quatro sentidos, que representam portas de entrada sensoriais nos níveis corporal, psíquico propriamente dito e no nível do Self/Individualidade:

- a) Primeiro Grupo: tato, sentido orgânico ou vida, sentido do movimento, sentido do equilíbrio;
- b) Segundo Grupo: olfato, paladar, visão, sentido térmico;
- c) Terceiro Grupo: audição, sentido da palavra ou linguagem, sentido do pensamento, sentido do Eu alheio;

2. Doença é fruto da discinesia no funcionamento ou interação destes elementos entre si e com o meio;
3. Tratar significa recuperar a sintonia neste funcionamento.

C. Os princípios fundamentais da Morfologia Humana

1. Trimembração

- Sistema neurosensorial (SNS): embora atue em todo corpo está centrado na região céfálica e inclui além da cabeça e pescoço, epiderme, coluna cervical, sistema nervoso somático, o sistema nervoso visceral simpático, faringe, seios paranasais, olhos, orelhas, tireoide, plaquetas, e a musculatura estriada esquelética.
- Sistema rítmico (SR): embora atue em todo corpo está centrado na região torácica e inclui derme, caixa torácica e mamas, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório, eritrócitos, sistema linfático e a musculatura mista cardíaca.
- Sistema metabólico-sexual-locomotor (SMSL): embora atue em todo corpo está centrado na região do abdômen, e inclui pelve e membros, hipoderme, aparelho digestório e seus anexos, sistema osteomuscular, sistema endócrino-metabólico (exceto tireoide), aparelho geniturinário, sistema retículo-endotelial, leucócitos, sistema nervoso visceral parassimpático e a musculatura lisa.

2. Quadrimembração

- a. Organização física, vinculado ao elemento terra, se manifesta através do pulmão, sistema ósseo e órgãos dos sentidos, e é avaliada através do peso (quantitativo e qualitativo), pela tendência a mineralização, rigidez e edema.
- b. Organização vital, ligada ao elemento água, se manifesta através do fígado, sistema muscular, sistema venoso e linfático e é avaliada pelas formas convexas (formas infantis), pela leveza, pela capacidade de regeneração e crescimento, pelo turgor úmido e macio da pele, pela falta de cansaço e fácil recuperação.
- c. Organização anímica, ligada ao elemento ar, se manifesta através dos rins, adrenais, sistema urogenital, tireoide, sistema nervoso e é avaliada pelo tônus muscular, motricidade, sensibilidade, agilidade, distribuição da gordura e sua absorção, sensibilidade gástrica, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e pela distribuição de gases.
- d. Organização do Eu, relacionada ao elemento fogo, se manifesta através do coração, pineal, pâncreas e sistema imunológico, e é avaliada pelo equilíbrio, postura, homeotermia, olhar presente e competência imunológica.

A estruturação das quatro organizações anatomicamente obedece ao princípio geométrico da lemniscata dispostas verticalmente. Existem quatro lemniscatas verticais justapostas que criam uma imagem integrada das quatro organizações cuja porção superior se relaciona com o SNS, a região inferior com o SMSL e o centro com o SR:

OF - Lemniscata esquelética composta por tecidos minerais cristalizados

OV - Lemniscata muscular de caráter fluido (80% de água)

OA - Lemniscata nervosa de natureza lipídica

OE - Lemniscata circulatória de natureza calórica.

3. Heptamembração

- a. Tipologia Lua (sistema nervoso-sistema reprodutivo)
- b. Tipologia Mercúrio (pulmão-intestino)
- c. Tipologia Vênus (rins-adrenais)
- d. Tipologia Sol (coração)
- e. Tipologia Marte (vesícula biliar-tireoide-placa neuromotora)
- f. Tipologia Júpiter (fígado-articulações e tecido conectivo)
- g. Tipologia Saturno (baço-ossos-pele)

Considerando estes sete arquétipos do ponto de vista orgânico incluímos os metais e a fisiopatologia relacionada especificamente a cada um.

Os tipos 1, 2 e 3 estão relacionados aos processos inflamatórios agudos com padrão imunológico TH1 e com o SMSL. Os tipos 5, 6 e 7 por sua vez estão relacionados aos processos inflamatórios crônico-degenerativos mediados pelo padrão TH2 e ao SNS.

Tipo 1 (Argentum): juvenil, brevilíneo e anabolismo;

Tipo 2 (Mercurius): fluxo, movimento, inflamação aguda e absorção;

Tipo 3 (Cuprum): calor, circulação e redução de tônus;

Tipo 4 (Aurum): saudável e radiante – Saúde e Sistema Rítmico.

Tipo 5 (Ferrum): intensidade de atuação e função, secreção, voz, aumento de tônus;

Tipo 6 (Stannum): deformações, dismorfia, cistos e fibroses;

Tipo 7 (Plumbum): longilíneo, catabolismo, esclerose e envelhecimento precoce.

D. Os princípios fundamentais da Fisiologia e Dinâmica Vital

1.D. Lei da Polaridade: contínuo movimento das forças, alternado e com ritmo (harmonia = saúde)

O Polo Cefálico do Sistema Neurosensorial (SNS), cuja atividade se concentra no sistema nervoso e órgãos dos sentidos, possui as seguintes características: possuir um centro cranial, promover mineralização periférica nos ossos chatos, apresentar simetria bilateral, com baixa capacidade regenerativa, tendência à imobilidade, permitindo sensação, percepção e consciência, com ação catabolizante, apresenta sentido centrípeto, estruturante e ordenador. Do ponto de vista patológico, existe por influência do SNS geração do processo crônico-degenerativo em geral associado a um processo inflamatório crônico tipo TH2 que evolui para esclerose.

O Polo Abdominal do Sistema Metabólico-Sexual-Locomotor (SMSL), relacionado ao sistema digestório e seus anexos, sistema reprodutor e membros. As características do SMSL são possuir um centro caudal, uma mineralização central nos ossos longos tubulares, uma assimetria e espiral, enorme capacidade regenerativa, não permitindo sensação, percepção e consciência, com atividade anabolizante, tendência ao movimento, no sentido centrífugo, dissolvente e caotizante. Do ponto de vista patológico, existe por influência do SMSL a gênese da inflamação aguda (padrão imunológico TH1).

O Sistema Rítmico (SR) centrado no sistema cardiovascular e respiratório, apresenta como características a mediação através da respiração (SNS) e da circulação (SMSL), com ação conciliadora, harmonizadora. Integradora, curadora e promotora de homeostase e saúde (TH3).

2.D. O ritmo de concentração/expansão dos elementos (fogo, ar, água, terra) na organização quádrupla, manifesta na psique humana.

Considerando o aspecto psíquico, a OF é investigada pelo grau de melancolia (peso d'alma), rigidez, dureza mental e cristalização de ideias fixas.

A OV se avalia psiquicamente pela boa memória, pela profundidade do sono, pelo temperamento fleumático e pela adaptabilidade.

A AO é avaliada psiquicamente pela irritabilidade, ansiedade, atenção, vigília, animação, dispersão e temperamento sanguíneo.

A OE é avaliada psiquicamente pela capacidade de concentração, pela ‘presença de espírito’, pela determinação e atuação, pela cordialidade, capacidade de empatia e de alteridade, pelo temperamento colérico intencional e pela coerência.

3.D. Os sete processos vitais ocorrem de uma forma geral em todos seres vivos e se metamorfosem em processos cognitivos no ser humano

3.D.1. Respiração (inalação, ingestão) - Percepção

3.D.2. Aquecimento - Memória

3.D.3. Digestão catabólica - Análise

- 3.D.4. Secreção e absorção - Pergunta
- 3.D.5. Manutenção e anabolismo - Síntese
- 3.D.6. Crescimento – Pensar prático (know-how)
- 3.D.7. Reprodução – Intuição

4. Os 12 sentidos - Três grupos de quatro sentidos, que respondem pela apreensão da:

- a. Percepção dos fenômenos corporais: tato, orgânico ou vida, movimento, equilíbrio;
- b. Percepção dos fenômenos psíquicos: olfato, paladar, visão, sentido térmico;
- c. Percepção dos fenômenos culturais e espirituais: audição, linguagem, pensamento, eu alheio

E. Os princípios fundamentais da Diagnose ou Sistema Diagnóstico

A doença é compreendida como um desequilíbrio entre forças anabólicas e catabólicas, entre as quatro dimensões formativas, os três sistemas morfológicos, as sete tipologias e os 12 sentidos, ou ainda, aspectos mais específicos da biografia individual. O estado de adoecimento, ainda que agudo, pode vir a ser o resultado final de um processo mais longo de desequilíbrio. A análise detalhada e individualizada dos processos e situações que geraram essa condição patológica é de grande importância para o diagnóstico e terapêutica. Frequentemente, envolve o aprofundamento na pesquisa de aspectos biográficos. A base do diagnóstico é a anamnese e o exame físico, subsidiados pelos exames laboratoriais, no entanto o diagnóstico ampliado exige que resgatemos a etimologia de diagnose (dia=através; gnose=conhecimento).

1. Anamnese e exame físico completo

A anamnese antroposófica inclui perguntas específicas, capazes de gerar informações sobre dimensões tais como aspectos psicossomáticos, vitalidade, relação sono-vigília, temperamentos e o momento biográfico, entre outros (GHELMAN et al., 2012) e possui as seguintes áreas:

- Área convencional: Identificação do Paciente, Motivo e duração da consulta, História Patológica da Moléstia Atual, História Patológica Pregressa, Antecedentes Familiares, Genograma e Família Atual.
- Área antroposófica: Biografia por Setêniros, Interrogatório Complementar sobre os Diversos Aparelhos (segundo o Sistema Tríplice, segundo o Sistema Quádruplo e segundo o Sistema Sétuplo).

No exame físico, além da avaliação antropométrica, dados vitais e exame dos sistemas, busca-se avaliar a integração saudável de organizações que se interpenetram: física, líquida, aérea e calórica (GIRKE, 2020).

2. Exames complementares laboratoriais e de imagem

Os exames laboratoriais e de imagem contribuem para a construção do diagnóstico ampliado. Recentemente tem sido indicado termografia para a avaliação do organismo calórico, compreendido como diretamente relacionado à organização do Eu.

3. Análise dos setêniros de vida dos indivíduos como elementos úteis na avaliação de disfunções e eventos em processos de adoecimento incluindo a narrativa dos sujeitos.

4. Diagnóstico de estagnação ou aceleração nos fluxos dos elementos terra, água, ar, fogo na quadrimembração.

5. Diagnóstico de processos de desarmonia entre os sistemas constitutivos da quadrimembração distribuídos no sistema tríplice dos indivíduos.

6. Diagnóstico dos processos exacerbados ou enfraquecidos referentes aos sete arquétipos planetários, tanto no nível orgânico como psíquico.

F. Os princípios fundamentais do Sistema Terapêutico

1. A Terapêutica atua nos 3 níveis do ser humano, visando à recuperação da harmonia das pessoas em sua totalidade: corporal, psíquica e espiritual.

A construção do plano terapêutico inclui intervenções farmacológicos e não farmacológicos. A conduta terapêutica farmacológica pode ser ampliada pela prescrição de medicamentos fitoterápicos e dinamizados antroposóficos, homeopáticos e homotoxicológicos. De uma maneira geral, a terapêutica é composta por substâncias naturais que visam estimular mecanismos de autocura do indivíduo dentro da perspectiva da salutogênese, assim como na modulação. Existem outros mecanismos de ações dos medicamentos como o princípio de inibição e supressão, como por exemplo da Belladonna D3 com efeito anti-inflamatório e analgésico. Outro princípio é o da provocação de reações fisiológicas secundárias como do Viscum album para o tratamento de pacientes com câncer induzindo maior bem-estar e redução da fadiga relacionada ao câncer. Existe também o exemplo de uso do princípio de regulação e harmonização de processos fisiológicos como o Cardiodoron (*Hyoscyamus niger*, *Onopordon acanthium*, *Primula veris*) para regular o ritmo cardíaco alterado com extrassístoles ou ritmo circadiano. E por fim o exemplo do princípio de transformação de processos e capacidades fisiológicas e psicológicas em estados mais maduros e integrados, como exemplificado pelo Kalium aceticum comp D3, tanto para condições autoimunes como para trazer maior capacidade de atenção.

2. Opera nos três sistemas constitutivos do indivíduo (SNR/SR/SMSL), nas 4 organizações (OF, OV, AO e OE) e nos sete arquétipos planetários. Considerando esta visão quadrupla (4 organizações), a gestão de um serviço de saúde pode ser estruturada baseado neste princípio ordenador e as equipes de saúde e as condutas terapêuticas adotarem um modelo multimodal (várias terapias) adequado a esta multidimensionalidade do ser humano:

A. Dimensão físico-estrutural

Cirurgia, Ortopedia, Fisioterapia, Radioterapia, Quimioterapia, Drogas sintéticas

B. Dimensão da Vitalidade e Bem-Estar

Terapias externas antroposóficas com emprego de pomadas, compressas, óleos, Massagem, Nutrição, Nutracêuticos, Medicamentos Fitoterápicos e Dinamizados, Terapia Termal e Hidroterapia, estilo de vida com respeito aos ritmos

C. Dimensão Emocional (Saúde Mental)

Psicoterapia, Arteterapia, Musicoterapia, Euritmia, Medicamentos Fitoterápicos e Dinamizados

D. Dimensão Existencial e Espiritual

Meditação, Aconselhamento biográfico, Empatia clínica promotora de resiliência e intencionalidade.

3. Formas de Intervenção

3.1 Farmacológica

Os medicamentos antroposóficos no Brasil, estão regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, por meio da RDC nº 26/2007 e, em 2018, foram revisados e detalhados nos documentos regulatórios RDC 238/18; IN 25/18, IN 26/18 e 27/18 (GHELMAN, 2001; KIENLE, et al., 2006; KIENLE, 2011; BENEVIDES et al., 2018). Os medicamentos antroposóficos são produzidos de forma magistral ou industrial, de acordo com as especificações das farmacopeias. Os medicamentos são desenvolvidos tendo como meta a imagem do processo patológico e a contra imagem presente na natureza. A terapêutica medicamentosa é realizada exclusivamente por médicos e dentistas, que prescrevem associando três diferentes farmacopeias dentro de um modelo integrativo antroposófico. A farmacopeia antroposófica que corresponde a um subgrupo de medicamentos dinamizados regulamentados pela ANVISA. Estes medicamentos desenvolvidos a partir da metodologia fenomenológica goetheana empregam farmacotécnicas específicas aos produtos naturais minerais, vegetais e animais, isentos de pesticidas e fertilizantes inorgânicos. Geralmente

são dinamizados em diluição decimal muitas vezes em doses ponderais associados a doses não ponderáveis que ultrapassam o numero de Avogadro. Como exemplos de farmacotécnica antroposófica clássica temos o processo de obtenção de metais puros a partir da evaporação e condensação de metais no modelo *mettalicum praeparatum* (*Argentum met praep*, etc). Também existe a linha dos metais e minerais vegetabilizados que são incorporados ao metabolismo de plantas medicinais durante o cultivo no modelo *culta* (*Bryophillum argento culta*, *Chamomilla cupro culta*, etc). A farmacopeia fitoterápica com tinturas mãe de extrato alcoólico tem uso clássico (*Equinacea T.M.*, etc) e tem sido cada vez mais prescritos fitoterápicos com marcadores (*Hypericum perforatum 300 mg*, etc). A terceira farmacopeia é de medicamentos sintéticos (anti-inflamatórios esteroides e não-esteróides, antibióticos, etc) em menor proporção dos medicamentos prescritos. Uma linha especial muito empregada é de medicamentos dinamizados antroposóficos injetáveis, em geral na forma subcutânea, como o *Viscum album* em oncologia e imunodepressão, quando o princípio ativo é inativado no trato digestivo, ou para intensificar o efeito do tratamento em casos de depressão leve e moderada (*Aurum met prap D10/Ferrum sidereum D10*). Os laboratórios especializados antroposóficos são: Weleda desde 1921, Wala desde 1935, Abnoba desde 1971, Helixor desde 1972 e Sirimim desde 1998 (GARDIN & SCHLEIER, 2009).

A formação dos profissionais de saúde ocorre no modelo de Pós-graduação, em que sua abordagem convencional aprendida na graduação é ampliada pelos conceitos antroposóficos. Este é o caso da Medicina Antroposófica, Enfermagem Antroposófica, Farmácia Antroposófica, Odontologia Antroposófica, Psicologia Antroposófica e Nutrição Antroposófica, certificados em seus Conselhos Regionais de Classe profissional e pela ABMA ou suas Associações antroposóficas certificadoras. Outras Pós-graduações em abordagens específicas como Terapias Artística, Cantoterapia e Musicoterapia exigem prévia formação da área artística específica. A pós-graduação em Massagem Rítmica pode ser realizada por todos os profissionais da saúde, com ênfase em fisioterapeutas licenciados e a Euritmia terapêutica exige apenas ensino médio completo.

3.2 Não-farmacológica

As intervenções não farmacológicas estão disponíveis através de muitas modalidades terapêuticas antroposóficas já citadas. Algumas abordagens estão reunidas sob a denominação de Terapias Corporais Antroposóficas. Elas compreendem um conjunto de Massagens terapêuticas (como Massagem Rítmica, Massagem de acordo com Dra. Ita Wegman, Massagem Terapêutica de acordo com o Dr. Simeon Pressel); Aplicações Externas como hidroterapia (banhos de dispersão de óleo de acordo com Werner Junge, banhos de movimento rítmico); Terapias de movimento (como Dinâmica Espacial) e aplicação de movimentos sobre a superfície corporal (Quirofonética). No Brasil foi

desenvolvida a Reorganização Neurofuncional a partir do método Padovan, que também tem o movimento como terapia. A perspectiva antroposófica leva em consideração, sempre que possível o princípio da autonomia do paciente com sua participação ativa no processo de cuidado e cura. A abordagem terapêutica da Antroposofia aplicada à Saúde é bastante diversificada, podendo incluir desde o uso de medicamentos até práticas de meditação antroposófica. Em cada ação terapêutica, as três esferas que constituem o indivíduo - o Self, a Psique e o Corpo - são contemplados como uma unidade noo-psicossomática. Do ponto de vista da constituição humana, as Terapias Corporais Antroposóficas atuam predominantemente no binômio físico-vital, mais corporal e menos consciente do ponto de vista do paciente. Diversas modalidades atuam no âmbito psíquico, com maior atividade do paciente em interação psicossomática, desde a Psicoterapia Antroposófica até as modalidades artísticas, como a Terapia Artística Antroposófica que emprega mais as artes plásticas, a Cantoterapia, Musicoterapia e a Terapia da Fala (Speech Therapy). Em especial a Euritmia Terapêutica e a Quirofonética, possuem características complexas como terapia do movimento associada a uso de fonemas específicos incorporando toda uma série de conceitos próprios do Sistema Médico Antroposófico enxergando o paciente como microcosmos. O Aconselhamento Biográfico, técnica empregada pelo couching antroposófico, é utilizada como abordagem promotora de autodesenvolvimento, exigindo uma participação mais ativa do paciente.

Um dos exemplos mais relevantes para o modelo de cuidado em saúde pública, no Brasil, são as Terapias Externas Antroposóficas (TEA), em geral exercidas pela enfermagem, mas também pela fisioterapia, que podem ser empregadas tanto no nível ambulatorial na atenção primária como no ambiente de alta complexidade hospitalar. As TEA são aplicações na pele ou mucosa de substâncias naturais oleosas ou aquosas e toques especiais, com temperaturas diferentes e podem ser agrupadas em três terapias específicas: aplicações externas, massagem rítmica e banhos medicinais. As terapias externas não terminam com a aplicação da terapia, os cuidados posteriores complementam seu sucesso deixando-o em posição confortável em ambiente tranquilo e aquecido com repouso no mínimo por vinte minutos (GHELMAN et al., 2012; PUGLIESI & GHELMAN, 2017).

As Terapias externas podem ser distintas nos seguintes subgrupos: compressas, cataplasmas, emplastros, escaldas-pés ou pedilúvio, envoltório ou enfaixamento e banhos medicinais. Pela fisiopatologia antroposófica por ação do calor, elemento importante destas terapias, existe um afastamento da Organização Anímica (AO), permitindo uma maior atuação da Organização Vital (OV) e da Organização do Eu (OE), com efeito analgésico. Destacam-se os tipos de compressas aquosas (não oleosas) usualmente empregados na Antroposofia considerando o tipo de substância como insumo, local de aplicação, temperatura e suas principais indicações. Existem ainda compressas com insumos oleosos que também apresentam suas indicações. O escaldas pés ou pedilúvio é uma terapia muito indicada onde o paciente mergulha os pés e as panturrilhas em um recipiente com água

quente, podendo ou não, conter uma substância terapêutica. Pode-se fazer o escaldapés inicialmente com uma temperatura de 35°C e progressivamente aumentar para 40°C. Sua duração varia entre 15 e 20 minutos para permitir uma elevação térmica sistêmica. Algumas substâncias que podem ser acrescentadas à água para potencializam o efeito. O enfaixamento ou envoltório é uma técnica que utiliza dois lençóis de algodão aquecidos no vapor e embebidos ou não com óleos essenciais. O paciente se deita sobre os lençóis e tem seu corpo todo envolvido pelos lençóis por cerca de quarenta minutos. A aplicação do enfaixamento produz calor corporal e relaxamento. Há também a possibilidade de realizar enfaixamentos em partes específicas do corpo seguindo a técnica de saturação dos tecidos com óleos medicinais. Os banhos medicinais conforme suas indicações, podem ser classificados em Nutritivo, Lemniscata, de Escova, com Óleo de Dispersão, Hipertérmico e de Fricção. Temos ainda os óleos para Fricções e Banhos de Dispersão de Óleos, os quais possuem mecanismo próprio de ação, aplicação e indicações (PUGLIESI & GHELMAN, 2017).

3 I DESENVOLVIMENTO HUMANO NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO DOS CONCEITOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A Antroposofia resgata o conceito do ser humano como microcosmo que vive em íntima relação com o macrocosmo em contínuo desenvolvimento. O processo de desenvolvimento e amadurecimento acontece em ciclos, que refletem metamorfoses na interação corpo-alma-espírito (WISE et al., 1998; GARDIN & SCHLEIER, 2009; PETERSEN et al., 2007; MEROPOL et al., 2009; SCHMITT et al., 2010). A Antroposofia resgata o conceito do ser humano como microcosmo que vive em íntima relação com o macrocosmo em contínuo desenvolvimento. O processo de desenvolvimento e amadurecimento acontece em ciclos, que refletem metamorfoses na interação corpo-alma-espírito. Os quatro elementos constituintes do universo na visão ocidental clássica – terra, água, ar e fogo – estão relacionados, respectivamente, aos “reinos” da natureza: mineral (minerais, metais), vegetal (plantas), animal (invertebrados e vertebrados) e humano. O ser humano apresenta-se, nessa perspectiva, como o quarto reino da natureza, possuindo qualidades e características de todos os três anteriores, mas formando um reino com qualidades diferenciadas. Neste processo de metamorfose entre os reinos, as características de cada um são reduzidas durante o desenvolvimento do “reino” seguinte e novas características surgem. O peso e a imobilidade mineral se reduzem no desenvolvimento vegetal, assim como a capacidade anabólica e regenerativa vegetal se reduz ao longo do desenvolvimento filogenético animal e por fim as capacidades complexas de percepção sensorial, movimento e especialização vão se perdendo no desenvolvimento dos hominídeos em direção ao *Homo sapiens*.

Assim, ser humano, à luz da Antroposofia, é considerado como sendo composto por quatro diferentes organizações ou “corpos” adquiridos ao longo da evolução planetária.

Estas quatro dimensões podem ser observadas ao mesmo tempo ao se contemplar o olho de um ser humano. Podemos reconhecer a dimensão humana no olhar com presença interessada, a dimensão animal no olhar animado ou desanimado, a dimensão vegetativa no olhar cansado ou cheio de frescor e por fim a dimensão mineral na estrutura física da pupila, íris, esclera, pálpebra e cílios. Podemos reconhecer também estas quatro dimensões no ciclo menstrual: a fase vegetativa proliferativa representada no crescimento aquoso do endométrio e do folículo ovariano; a fase humana na ovulação, com elevação de temperatura corporal, aumento da imunidade e centramento psíquico; a fase animal durante a fase secretora quando o endométrio cria pequenos espaços aéreos nos interior das glândulas uterinas e o corpo lúteo também adota uma forma com espaço interno e a mulher entra em um estado de hipersensibilidade psíquica caracterizado como tensão pré-menstrual; e por fim a dimensão mineral-gravitacional quando parte do endométrio perde a coesão e o sangue cai para a gravidade, com perda de temperatura e imunidade. Estas quatro fases na sequência Água-Fogo-Ar-Terra são representadas pelas quatro fases da lua ao longo dos 28 dias: crescente, cheia, minguante e nova. Ao longo de nosso desenvolvimento ontogenético biográfico desenvolvemos cinco grandes fases: a fase da infância e adolescência até a maioridade com 21 anos, a fase adulta com pleno vigor até os 42 anos, a fase adulta madura até os 63 anos, a fase chamada terceira idade dos 63 anos até o falecimento corporal e a fase transcendente após a morte. Os três primeiros ciclos a cada 21 anos são mais previsíveis e obedecem a leis de desenvolvimento. Uma dessas leis de desenvolvimento é que cada um deles pode ser dividida em outros três ciclos menores de 7 anos, os septênios, portanto do nascimento até os 63 anos passamos por nove septênios com características particulares. Os primeiros três septênios representam a fase do desenvolvimento do corpo humano, entendido em suas quatro dimensões, portanto necessitamos de quatro partos para atingirmos a maioridade aos 21 anos. O primeiro parto ocorre na maternidade ou domiciliar, quando o recém-nascido sai da condição embrionária e fetal no ambiente aquoso por nove meses quando sua estrutura se organizou, amadureceu e pode se separar fisicamente da mãe. É um parto físico. O segundo parto ocorre aos 7 anos após um desenvolvimento caracterizado por muito crescimento corporal, vitalidade e capacidade de regeneração, muito tempo de sono, aquisição de uma inteligência sensorial e motora, guardando uma enorme capacidade de aprendizado, imaginação, memória e imitação representada pelos neurônio-espelho desta fase, enquanto no sistema neurosensorial acontece o fenômeno da mielinização, no sistema rítmico a formação de alvéolos pulmonares e no sistema metabólico-sexual-locomotor a formação de lipócitos. Considerando que este período apresenta um arquetípico lunar, caracterizado pelo cuidado materno, o momento deste parto corresponde a um segundo parto em relação a mãe ou figura materna. Este parto da organização vital é acompanhado pela troca dos dentes que se torna seu marco biológico. O terceiro parto também é bem visível, e ocorre após 4 a 7 anos de desenvolvimento da inteligência emocional quando o corpo e a psique se preparam

para uma grande revolução, a puberdade. Este período dos 7 anos até a puberdade apresenta como arquétipo Mercúrio que representa toda atividade social de comunicação com amigos e a escola e o pai assumem um papel fundamental. Portanto é um parto mais paterno do que materno. É um parto promovido pelos hormônios que transformam o corpo infantil em uma identidade sexuada, seja masculina ou feminina, e sua psique amplia novos horizontes de compreensão da vida entre os 11 e 14 anos de idade. O quarto e último parto, dentro desta perspectiva do longo ciclo de 21 anos, é o parto da maioridade, quando o adolescente amadurece seu autoconhecimento, conseguindo perceber sua vontade de forma mais clara, adquirindo uma maior capacidade de autodeterminação, capacidade de entender melhor o outro, ou seja, de empatia e alteridade. É um parto que envolve toda família, pois agora o adulto deve decidir seu caminho nem sempre de acordo com a vontade de sua comunidade de criação e educação.'

Começa o longo caminho de autoeducação do adulto. A individualidade especialmente após os 21 anos manifesta-se na biografia, na história de vida individual. Os três primeiros setênios são voltados para o desenvolvimento da corporalidade. Ao longo destes 21 anos as quatro organizações são formadas, com ênfase na formação física na gestação, da organização vital no primeiro setênio, da organização anímica no segundo setênio e na organização do Eu no terceiro. Entre os 21 e os 42 anos, de maneira geral, acontecem a principais realizações: profissão, relacionamentos, mudanças, caracterizando um grande desenvolvimento psíquico. Após 42 anos, o amadurecimento biográfico passa a ser acompanhado por declínio das forças vitais. Com o processo do envelhecimento, a curva psíquica ou anímica pode ter trajetória ascendente (a), estável (b) ou descendente (c), conforme o processo de desenvolvimento da individualidade (JUSTO & BURKHARD, 2014; BURKHARD, 2019).

Este período após os 42 anos é comandado pelas forças do Self que determinam a trajetória biográfica baseada na trajetória até então e na resiliência como expressão deste Eu ou Self. O conceito de individualidade ou Self corresponde a uma das dimensões do ser humano, que é compreendido pela Antroposofia com um ser multidimensional que se apresenta como um constructo evolutivo integrando diversas naturezas. Em termos gerais o Self ou a individualidade se refere a natureza noética, transcendental, imaterial, espiritual e existencial do ser humano que interage com a natureza corporal, material, biológica incluindo o componente genético, familiar e filogenético. A partir da interação entre estes dois universos surge a psique. A parte da psique em contato direto com a dimensão mais imaterial e existencial adquire características de exatidão e maior consciência - a cognição, o pensamento, mais associado ao SNS. A porção da psique mergulhada no corpo biológico possui características mais inconscientes, inexatas - a volição, vontade, mais mergulhada no metabolismo, na serotonina visceral extracraniana (95%) e dos membros. No centro da psique, o afeto, os sentimentos ocupam um local semiconsciente flutuante, diretamente relacionado ao SR. No meio da vida, entre os 21 e os 42 anos de idade, existe um equilíbrio

entre os dois sistemas através do Sistema Rítmico, especialmente entre os 28 e os 35 anos de idade. Nesta fase mediana da vida acontece uma condição de saúde e homeostase interna que só é abalada por acidentes, homicídios e infarto agudo do miocárdio por uma vida demasiada arrítmica, razão pela qual epidemiologicamente encontramos menos doenças. No sentido de objetivar o diagnóstico em Medicina Antroposófica em ambiente acadêmico, foi elaborada uma Ficha Clínica Antroposófica no Núcleo de Medicina Antroposófica da Universidade Federal de São Paulo (GHELMAN et al., 2012) que apresenta quatro diagnósticos fundamentais:

1. do sistema tríplice (sistemas neurossensorial, rítmico e metabólico);
2. do sistema quádruplo (das quatro organizações ou dimensões);
3. do sistema sétuplo (das sete tipologias relacionadas aos arquétipos da medicina clássica antiga) e
4. da biografia humana baseada em períodos de sete anos (setênios) com ênfase nos três primeiros até 21 anos.

Uma importante concepção sistêmica antroposófica considera que o ser humano possui três sistemas morfológicos psicossomáticos, que se interpenetram - o sistema neurossensorial (SNS) se torna mais ativo na vida adulta após os 42 anos, o sistema rítmico (SR) mais ativo no meio da vida entre 21 e 42 anos e o sistema metabólico-motor (SMM) mais ativo na infância e adolescência, centrados na cabeça, tórax e abdome/membros, respectivamente. Estes três sistemas estão relacionados e se manifestam desde o início do desenvolvimento, respectivamente, no estabelecimento dos três folhetos embrionários - ectoderma, mesoderma e endoderma. O SNS, associado ao ectoderma, embora centrado na cabeça, estende sua atuação sobre todas as células, tecidos, sistemas e aparelhos relacionados à percepção e consciência, ou seja, até o tato nas falanges. Este sistema se caracteriza pela disposição anatômica simétrica direita-esquerda e pela situação periférica dos ossos cranianos. Funcionalmente possui baixíssima vitalidade, manifesta na pouca capacidade de regeneração nervosa, que se acentua em situações de excesso de exigência da atividade nervosa, como na síndrome de privação de sono. O SNS está relacionado à consciência, sua função é potencializada no frio e está vinculado à musculatura estriada esquelética voluntária de disposição simétrica. A inervação somática, específica para esta musculatura referida e para os órgãos sensoriais, têm vínculo direto com o SNS. Na região do abdome e dos membros, o SMM, associado ao endoderma e ao mesoderma, possui seu centro de atuação que se estende por todas as atividades metabólicas não sensoriais até a nutrição neuronal por parte das células da glia. Morfologicamente cria formas assimétricas, órgãos ímpares (fígado, vesícula biliar, pâncreas, baço), formas espiraladas (intestino, mielina) e ossos de localização central (ossos longos dos membros).

Funcionalmente apresenta capacidade regenerativa intensa e potencialização funcional no calor. Tanto a musculatura lisa, involuntária, se vincula a este sistema metabólico motor, como a inervação visceral ou autônoma. Entre os dois sistemas opostos, se manifesta o sistema de equilíbrio chamado de sistema rítmico (SR), associado ao mesoderma e ao endoderma. O SR se responsabiliza pela conciliação entre as atividades da percepção e as atividades da movimentação e excreção, no ritmo de contração e expansão tão bem representada na atividade cardiorrespiratória, centrada na caixa torácica e que se expande por todo território corporal. Até mesmo os ossos dessa região resolveram o problema de integrar a reta e a curva, o dentro e o fora, assim como a musculatura cardíaca representa uma incrível síntese das duas musculaturas em uma forma mista no centro do sistema rítmico (WOLFF, 1984; MORAES, 2015).

Com base nesta psicossomática antroposófica, consideramos o adoecimento orgânico como a manifestação da hiperatividade e/ou hipoatividade de um dos dois sistemas polares. O predomínio do sistema metabólico-motor termogênico gera as doenças inflamatórias agudas, típicas da infância, enquanto, que o predomínio do sistema neurosensorial conduz ao desenvolvimento das doenças crônico degenerativas, de caráter inflamatório crônico e esclerótico, típico da segunda metade da vida. No entanto este padrão inflamatório típico do adulto, vem acometendo cada vez mais precocemente as populações humanas, de forma que verificamos um incremento paulatino de processos inflamatórios crônicos como alergia e síndrome metabólica nas crianças e adolescentes.

4 | ONCOLOGIA

A compreensão do câncer pela MA compreensão do câncer pela Medicina Antroposófica prescinde dos conceitos da organização tríplice do ser humano e da organização quádrupla. Os quatro níveis de organização correspondem a campos de forças ou campos informacionais ou morfogenéticos atuam coordenadamente na saúde e nas doenças, se distribuem de forma peculiar nos três sistemas mencionados atuando até ao nível celular. No câncer, o comportamento celular se manifesta no incremento da velocidade de mitoses, como falha do mecanismo de apoptose (morte celular programada) associado a um processo de desdiferenciação celular, segundo graus de diferenciação celular, e surgimento de marcadores imuno-histoquímicas nas células tumorais e marcadores no sangue de natureza embrionária como o antígeno carcinoembrionário (CEA), alfa-feto proteína (AFP) assim como o cobre sérico. Estas alterações, segundo o entendimento do mecanismo de ação dos campos de forças, representam uma intensificação da organização vital (OV) que se expressa nos processos de crescimento mitótico, desdiferenciação celular e rejuvenescimento celular, comportamento análogo à fisiologia vegetal. A razão desta alteração se deve a perda de equilíbrio por redução e enfraquecimento da atuação da organização anímica (OA), responsável fisiologicamente

pelos processos de envelhecimento, oxidação e diferenciação celular, e da organização do eu, responsável pela atividade do sistema imunológico e pelo apoptose. Uma vez que consideramos cada paciente com câncer como sua complexa e individual organização noo-psico-somática, e história e estilo de vida, cada fenômeno molecular, morfológico, anatomapatológico pode ser visto dentro de uma intrincada rede de significados e vetores que envolvem muitas vezes histórias de traumas nos adultos, presença de carcinogênicos ambientais, pesticidas alimentares, e por outro lado por uma constituição genética, que principalmente nos casos de câncer na infância, apresenta maior importância. Obviamente o papel da resiliência é fundamental para que as adversidades psíquicas possam ou não afetar biologicamente o paciente. Muitos pacientes adultos referem uma ‘certa anestesia’ frente à vida, descrições totalmente condizentes com esta condição de afastamento de si mesmo, de sua própria individualidade e, portanto, imunodepressor e enfraquecedora da resiliência. Certamente esta condição não se refere a todos pacientes, no entanto, para estes pacientes esta condição propicia a criação de um ponto cego para o sistema imune que não enxerga o processo de mutação e de carcinogênese.

O tratamento pela Medicina Antroposófica não se caracteriza por uma proposta alternativa, mas muito pelo contrário, por uma proposta complementar dentro dos princípios da medicina e oncologia integrativa que necessariamente consideram que a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e as terapias alvo modernas são a linha de frente. No entanto no sentido de abranger todas as necessidade destes pacientes, especialmente nos gaps como por exemplo a fadiga-relacionada ao câncer, a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia, as náuseas e vômitos de difícil controle e as mazelas da saúde mental e espiritual, as contribuições da medicina antroposófica têm se tornado visivelmente benéficas dentro de um contexto realmente holístico e amoroso em equipe, que busca melhorar a qualidade de vida e a chance de remissão e sobrevida livre de doenças. Podemos dizer que a dimensão física estrutural do câncer é tratada pela cirurgia e pelas terapias anti-mitóticas como quimioterapia e radioterapia. A dimensão da vitalidade é abordada pela orientação nutricional, terapias externas, massagem rítmica e medicamentos dinamizados de suporte. A dimensão psíquica é cuidada pelas terapias artísticas, musicoterapia e a dimensão do Eu pelo aconselhamento biográfico e meditação.

5 | EVIDÊNCIAS NA MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Um Conselho Internacional de Pesquisa em Medicina Antroposófica, da Seção Médica do Goetheanum na Suíça, reúne anualmente pesquisadores de várias universidades e centros de pesquisa ao redor do mundo e toda produção de publicações na área está organizada no Anthromedics – Anthroposophic Medicine: Development, Research, Evaluation (anthromedics.org). Neste portal atualizado encontramos além das pesquisas a cada ano, introdução aos conceitos básicos e à prática da MA com ênfase nas áreas

da gestação, parto, primeira infância, doenças infecciosas, saúde mental, oncologia e cuidados paliativos, assim como acesso a revista científica Merkurstab Online com mais de 7.000 artigos em inglês e alemão.

As pesquisas na MA ocorreram desde seus primórdios na década de 20 e 30 do século XX, no entanto a primeira sistematização das evidências ocorreu em 2006 por um grupo de pesquisadores da Suíça e Alemanha através do Health Technology Assessment (HTA) que ordenou os estudos pré-clínicos, estudos clínicos e revisões sistemáticas avaliando as evidências de segurança e custo-efetividade (KIENLE et al., 2006). A revisão da eficácia clínica dos tratamentos antroposóficos reunida no relatório HTA em 2006 identificou 265 estudos, dos quais 38 eram ensaios clínicos controlados randomizados, 36 ensaios clínicos controlados prospectivos, 49 estudos controlados retrospectivos não-randomizados e 142 estudos observacionais não controlados. Os estudos investigaram um amplo espectro de tratamentos empregados em uma variedade de desfechos: 133 foram dedicados ao efeito do *Viscum album* em oncologia clínica, 84 estudos com outros medicamentos antroposóficos, 38 avaliaram o sistema de saúde antroposófico como um todo e 10 examinaram terapias não-farmacológicas. Quanto ao efeito, 253 (95,4%) dos 265 estudos descreveram um resultado positivo para os tratamentos antroposóficos, frequentemente em doenças crônicas e após tratamentos convencionais malsucedidos. Doze estudos não encontraram nenhum benefício, um deles com uma tendência negativa para câncer de bexiga (KIENLE et al., 2006; HAMRE et al., 2006).

O Estudo dos Desfechos Clínicos da Medicina Antroposófica (Anthroposophic Medicine OutcomeStudy, AMOS), um dos maiores estudos clínicos sobre a avaliação do sistema da Medicina Antroposófica como um todo, reuniu mais de 2700 pacientes em um coorte observacional de pacientes ambulatórios na Alemanha, com a participação de 150 médicos antroposóficos qualificados, 275 terapeutas e 1631 pacientes até 75 anos de idade (HAMRE et al., 2004).

Na entrada do estudo, os pacientes tinham estado enfermos por 3 anos (mediana) ou 6,5 anos (média). Após o tratamento antroposófico (terapia artística, massagem rítmica, euritmia terapêutica, aconselhamento médico e medicamentos antroposóficos), foram observadas melhorias substanciais e sustentadas dos sintomas da doença e da qualidade de vida. As melhorias foram encontradas em adultos e crianças em todos os grupos de modalidade de terapia e em todos os grupos de diagnóstico: distúrbios de ansiedade, asma, distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade, depressão, dores lombares baixas, enxaqueca, e os efeitos foram mantidos após 4 anos. As melhorias na qualidade de vida foram pelo menos da mesma ordem de grandeza que as melhorias após outros tratamentos não antroposóficos (HAMRE et al., 2004).

Com relação a segurança, segundo a análise detalhada do estudo AMOS, a incidência de reações adversas a medicamentos antroposóficos ocorreu em 3% dos usuários e em 2% dos medicamentos utilizados; reações adversas leves foram relatadas pelas terapias

não-farmacológicas: eurritmia em 3%, terapia artística em 1% e massagem rítmica em 5% (HAMRE et al., 2007). Várias análises econômicas avaliaram o custo-benefício da medicina antroposófica. Elas demonstraram economia de custos devido aos menores custos dos medicamentos, menos indicações de especialistas e menos dias de internação (HAMRE et al., 2010; HAMRE et al., 2006; STUDER & BUSATO, 2011; KOOREMAN & BAARS, 2012).

A maior parte das pesquisas se concentra no campo da oncologia com o tratamento medicamentoso do *Viscum album* (VA), introduzido como fitopreparado no tratamento do câncer pela Medicina Antroposófica em 1917. A terapia com VA por uso parenteral é muito comum em países germânicos, sendo prescrito em 77,3% dos pacientes com câncer de mama na Alemanha como uma abordagem coadjuvante complementar junto à cirurgia, quimioterapia (QT), radioterapia, hormonioterapia e terapias alvo (TEMPLETON et al., 2013; SCHAD et al., 2018; BÜSSING, 1996).

Os princípios ativos do VA lectinas, viscotoxinas e polissacarídeos, apresentam propriedades tanto citotóxica e citostática em altas concentrações induzindo apoptose de células tumorais, assim como em baixa concentração, elevação do linfócito Natural-Killer, do GM-CSF, síntese de endorfinas e estabilização de DNA, induzindo bem-estar, redução da fadiga-relacionada ao câncer, recuperação de leucopenia e proteção à uma segunda neoplasia induzida pela QT e RT, assim como aumento da sobrevida livre de doença em vários tipos de câncer (KLEIJNEN & KNIPSCHILD, 1994). Uma meta-análise bem criteriosa elegeu 3 tipos de neoplasias que se beneficiaram com uso do *Viscum album*: carcinoma brônquico, câncer colorretal e carcinoma de mama (TRÖGER et al., 2014). Recentemente a terapia complementar com *Viscum album* foi endossada pela Society of Integrative Oncology - SIO (LYMAN et al., 2018), e as recomendações incluem além do câncer de mama, pulmão e intestino, o câncer de pâncreas e o osteossarcoma não apenas para melhora da qualidade de vida como para o aumento de sobrevida livre de doença (TRÖGER et al., 2013; LONGHI et al., 2014).

Outras grandes contribuições que as evidências apontam como benefício da MA são na área de pediatria (GHELMAN, 2020), alergia e imunologia, como asma brônquica (ANDRIASHVILI et al., 2007; HAMRE et al., 2009). As estratégias para reduzir o uso irracional de antibióticos, especialmente em infecções de vias aéreas superiores, incluem adiamento intencional na prescrição de antibióticos e neste contexto o uso de medicamentos antroposóficos pode contribuir neste esforço em casos bem indicados com segurança e eficácia (WISE et al., 1998; PETERSEN et al., 2007; MEROPOL et al., 2009; SCHMITT et al., 2010; SHAW et al., 2010).

As pesquisas no Brasil se concentram em São Paulo, desde o estudo clínico de cantoterapia em pacientes asmáticos em 1998 (RENNÓ & RIBEIRO, 1988), no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, até a criação em 2007 do primeiro Núcleo de Medicina Antroposófica (NUMA) do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), que tive a honra de

coordenar nos primeiros sete anos junto com ProfaDra Mary Nakamura e Dr Jorge Hosomi. Esta experiência acadêmica gerou estudos pré-clínicos em toxicologia reprodutiva com os medicamentos Viscumalbum (GHELMAN et al., 2005) e Bryophyllum pinnatum (HOSOMI et al., 2014), muito empregados em oncologia e saúde mental, respectivamente, pela Medicina antroposófica. O instrumento de avaliação da empatia clínica foi validado para a língua portuguesa. No Departamento de Neurologia e Neurocirurgia foi desenvolvido um Ambulatório de Dor e Antroposofia, que tive a honra de coordenar com uma equipe multiprofissional, que desenvolveu um ensaio clínico fase 2 aleatório, longitudinal, prospectivo, duplo-cego controlado por placebo, com intervenção paralela de quatro grupos do estudo. O objetivo primário era testar a eficácia do tratamento com Antroposofia aplicada à Saúde na Dor em pacientes com Síndrome Pós-Poliomielite (SPP). Cada grupo com 12 pacientes, totalizando um número de 48 pacientes, recebeu de forma randomizada ao longo de 12 semanas a intervenção verdadeira composta pelo uso diário de gel transdérmico para dor ou gel placebo. O gel transdérmico a 10% continha na composição Arnica montana D3, Atropa belladonna D3, Aconitum napelus D4, Mandragora officinalis D3, Rhus toxicodendrum D4, Hypericum perforatum D3 e Apis mellificum D3. As terapias não-farmacológicas foram aplicadas em dois grupos em 12 sessões semanais (Terapia Artística Antroposófica, Terapia Externa Antroposófica e Método Padovan de Reorganização Neurofuncional) seguidas de 9 sessões semanais de Aconselhamento Biográfico para elevar a resiliência em relação a dor. O tratamento antroposófico multimodal apresentou segurança e eficácia como analgésico nos grupos que receberam as terapias não-farmacológicas como uma intervenção independente ao longo das 12 semanas, mas exibiu estas propriedades muito mais cedo em 4 semanas quando associado ao gel transdérmico verdadeiro em comparação com o gel placebo. Nos grupos que utilizaram o gel verdadeiro, especialmente quando associado às terapias, houve uma melhoria tanto na qualidade de vida como no grau de resiliência. A utilização multimodal deste tratamento antroposófico, que combina terapia farmacológica tópica com não-farmacológica, correspondeu ao padrão de melhor eficácia neste estudo, tanto para a redução da dor como para a melhoria da qualidade de vida e da resiliência. Embora este estudo tenha uma pequena amostra, o tamanho do efeito da amostra permitiu demonstrar o benefício desta abordagem complementar com ênfase na dor, na resiliência e na qualidade de vida (GHELMAN et al., 2020), mesmo gel transdérmico mostrou também benefício no controle da dor na Síndrome do Túnel do Carpo em estudo clínico no Departamento de Neurologia da UNESP de Botucatu (RESENDE et al., 2020).

Em 2023 foi elaborado o Mapa de Evidencia da Efetividade Clínica da Medicina Antroposófica, como projeto colaborativo entre o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Saúde da Organização Panamericana de Saúde (BIREME/OPAS/OMS) e o Consorcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), analisando 33 revisões sistemáticas de estudos clínicos, e disponível na plataforma pública <https://public.tableau.com>.

com/app/profile/bireme/viz/medicina-antroposofica-pt/evidence-map. Quanto aos efeitos positivos reportados, destaque para os benefícios do *Viscum album* para os desfechos de qualidade de vida, redução dos sintomas relacionados à quimioterapia e radioterapia e segurança dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora presente no Brasil há mais de 60 anos, vem sendo incorporada em saúde pública desde 2006 como Antroposofia aplicada à Saúde na Rede de Atenção à Saúde do SUS e em universidades, alicerçada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Ministério da Saúde, informada por evidências.

EXERCÍCIO PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Quais são as características fundamentais da Medicina Antroposófica?
- 2) Cite um dos princípios norteadores do cuidado ampliado na perspectiva da Antroposofia.
- 3) A Medicina Antroposófica utiliza para investigação a metodologia fenomenológica goetheana. Em que se baseia essa metodologia?
- 4) Quais são os quatro passos da metodologia que foi desenvolvida por Steiner e incorporada ao desenvolvimento de Antroposofia aplicada à Saúde?
- 5) Cite os princípios fundamentais da Fisiologia e Dinâmica Vital.
- 6) Na anamnese antroposófica as perguntas específicas devem gerar informações sobre quais dimensões?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABMA. Currículo internacional: Diretrizes para programas de pós-graduação em medicina antroposófica. Revista Arte Médica Ampliada. Vol 38 (nº1) 2018.

ANDRIASHVILI L, KARSELADZE R, ULRICH B. Anthroposophic aspects of bronchial asthma treatment in childhood. Georgian Med News. 2007 Mar;(144):43-8.

BAARS EW, HAMRE HJ. Whole medical systems versus the system of conventional biomedicine: a critical, narrative review of similarities, differences and factors that promote the integration process. Evid Based Complem Altern Med. 2017:2017.

BAARS, EW; KIENE, H; KIENLE, G.S; HEUSSER, P; HAMRE, HJ. An assessment of the scientific status of anthroposophic medicine, applying criteria from the philosophy of science, *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 40, 2018, Pages 145-150, ISSN 0965-2299, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.04.010>.

BARRETO AF, GHELMAN R, BARROS NF, PELIZZOLI ML, CAVALCANTI F, AUGUSTO A, ROHR F, SAMPAIO ATL, COELHO C, NAKAMURA M, FONTES SV, OLIVEIRA ASB, SCERNI DA. *Práticas integrativas em saúde: Proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. 1. ed. Recife: Editora UFPE, 2014. v. 01. 345p.

BARROS, NF. *A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.

BENEVIDES I DE A, CAZARIN G, DE LIMA SFF. Antroposofia aplicada à Saúde em dez anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: aspectos históricos e considerações para sua implementação. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 22º de agosto de 2018 [citado 2º de agosto de 2020];8(2):266-77. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/532>

BENEVIDES, I. Resultado do estudo de campo: a medicina e o médico antroposófico nas vozes de quatro gerações brasileiras distintas. In: Luz MT, Afonso VW, organizadores. *Medicina Antroposófica como Racionalidade Médica e prática integral de cuidado à saúde*. Juiz de Fora: UFJF; 2014, 195 p.

BOTT V. *Medicina Ampliada. Princípios da Antroposofia nos cuidados integrativos em saúde*. Editora AAER/Ad Verbum. São Paulo, 2018

BROOKE MS, NAKAMURA MU, HOSOMI JK, RIBEIRO MC, SASS N. Translation and validation of Warmometer, a tool for assessing warmth in patient-provider relationships, for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Med J*. 2018;136(3):192-199.

BURKHARD, G. *Novos Caminhos de Alimentação (Volumes 1, 2, 3 e 4)*. 2ª Edição. Editora Antroposófica. São Paulo, 2019

BURKHARD, G. *Tomar a vida nas próprias mãos*. 7ª Edição. Editora Antroposófica. São Paulo, 2019

BÜSSING, A. Induction of apoptosis by the mistletoe lectins: A review on the mechanisms of cytotoxicity mediated by *Viscum album* L.. *Apoptosis* 1, 25–32 (1996). <https://doi.org/10.1007/BF00142075>

DAM JD. O papel das aplicações externas na medicina moderna. *Arte Med Ampl*. 2008;28(1,2):22-5.

GARDIN NE, SCHLEIER R. *Medicamentos antroposóficos: vademeum*. São Paulo: João de Barro; 2009.

GHELMAN R, AKIYAMA IY, DE SOUZA VT, FALCÃO J, ORGOLINI V, HOSOMI JK, QUADROS AAJ,

OLIVEIRA ASB. A twelve-week, four-arm, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 2 prospective clinical trial to evaluate the efficacy and safety of an anthroposophic multimodal treatment on chronic pain in outpatients with post polio syndrome. *BrainBehav*. 2020 Apr;10(4):e01590.

GHELMAN R, HOSOMI, JK, YAARI, M, CASTRO, AV, JUNIOR MP, COSTA LAN, FACINA, A, BOVINOI,

JR., MORAIS, MM, AMANDA, BUONAVOGLIA, ASMR, NAKAMURA, UM. Ficha clínica antroposófica do núcleo de medicina antroposófica da universidade federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Revista Arte Médica, vol 32, nº 1, 2012. Download em 09/10/2020 em:

GHELMAN R, NAKAMURA MU, KULAY J. AÇÃO DO Viscumalbúm SOBRE A PRENHEZ DA RATA

ALBINA (Rattusnorvegicusalbinus, RODENTIA, MAMMALIA). Genetics and Molecular Biology (Impresso), v. 28, p. 278-278, 2005.

GHELMAN R. Abordagem da Antroposofia na Pediatria. J Manag Prim Health Care [Internet]. 22º de agosto de 2018 [citado 9º de agosto de 2020];8(2):233-65. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/535>

GHELMAN R. Fenomenologia de Goethe Aplicada. In: Dissociação entre o Homem e Natureza, Reflexos no desenvolvimento humano. Anais da IV Conferência Brasileira de Agricultura Biodinâmica, USP. Editora Antroposófica. ISBN: 85-7122-129-4, 2001. p. 260-71.

GIRKE, M. Medicina Interna. Fundamentos e conceitos terapêuticos da Medicina Antroposófica. 2ª Edição. Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Belo Horizonte, 2020.

GREENLEE, H., DUPONT-REYES, M.J., BALNEAVES, L.G., CARLSON, L.E., COHEN, M.R., DENG, G., JOHNSON, J.A., MUMBER, M., SEELY, D., ZICK, S.M., BOYCE, L.M. AND TRIPATHY, D., Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2017; 67: 194-232.

HAMRE HJ, BECKER-WITT C, GLOCKMANN A, ZIEGLER R, WILLICH SN, KIENE H. Anthroposophic therapies in chronic disease: the Anthroposophic Medicine Outcome Study (AMOS). Eur J Med Res. 2004;9(7):351-360

HAMRE HJ, GLOCKMANN A, TRÖGER W, KIENLE GS, KIENE H. Assessing the order of magnitude of outcomes in single-arm cohorts through systematic comparison with corresponding cohorts: an example from the AMOS study. BMC Med Res Methodol. 2008; 8:11.

HAMRE HJ, WITT CM, GLOCKMANN A. Health costs in patients treated for depression, in patients with depressive symptoms treated for another chronic disorder, and in non-depressed patients: a two-year prospective cohort study in anthroposophic outpatient settings. Eur J Health Econ. 2010;11(1):77-94.122.

HAMRE HJ, WITT CM, GLOCKMANN A, TRÖGER W, WILLICH SN, KIENE H. Use and safety of anthroposophic medications in chronic disease: a 2-year prospective analysis. Drug Saf. 2006;29(12):1173-89.

HAMRE HJ, WITT CM, GLOCKMANN A, ZIEGLER R, WILLICH SN, KIENE H. Anthroposophic art therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. Explore NY. 2007;3(4):365-71.

HAMRE HJ, WITT CM, GLOCKMANN A, ZIEGLER R, WILLICH SN, KIENE H. Eurythmy therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. BMC Public Health 2007 Apr 23; 7: 61.

HAMRE HJ, WITT CM, GLOCKMANN A, ZIEGLER R, WILLICH SN, KIENE H. Health costs in anthroposophic therapy users: a two-year prospective cohort study. BMC Health Services Research. 2006; 6:65.

HAMRE HJ, WITT CM, GLOCKMANN A, ZIEGLER R, WILLICH SN, KIENE H. Rhythmical massage therapy in chronic disease: a 4-year prospective cohort study. *J Altern Complement Med.* 2007;13(6):635-42.

HAMRE HJ, WITT CM, KIENLE GS, SCHNÜRER C, GLOCKMANN A, ZIEGLER R, WILLICH SN, KIENE H. Anthroposophic therapy for asthma: A two-year prospective cohort study in routine outpatient settings. *J Asthma Allergy.* 2009 Nov 24; 2: 111-28.

HAMRE, H.J., GLOCKMANN, A., HECKENBACH, K. Use and Safety of Anthroposophic Medicinal Products: An Analysis of 44,662 Patients from the EvaMed Pharmacovigilance Network. *Drugs - Real World Outcomes* 4, 199–213 (2017). <https://doi.org/10.1007/s40801-017-0118-5>

HEUSSER, P. Anthroposophy and Science. An Introduction. Ed. Peter Lang. 2016.

HOSOMI JK, GHELMAN R, QUINTINO MP, DE SOUZA E, NAKAMURA MU, MORON AF. Effects of chronic Bryophyllum pinnatum administration on Wistar rat pregnancy. *ForschKomplementmed.* 2014; 21 (3): 184-9.

IVAA - International Federation of Anthroposophic Medical Associations. The System of Anthroposophic Medicine. Brussels, 2014; 56p.

JUSTO AA E BURKHARD G. Biografia e Doença. Abordagem biográfica de pacientes com doenças crônicas. Editora Antroposófica. São Paulo, 2014.

KIENLE G, ALBONICO H, BAARS E. Anthroposophic medicine: an integrative medical system originating in europe. *Glob Adv Health Med.* 2013; 2 (6): 20–31.

KIENLE G, ALBONICO HU, BAARS E. Anthroposophic Medicine: Effectiveness, Utility, Costs, Safety. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag; 2006.

KIENLE G, GLOCKMANN A, GRUGEL R. Klinische Forschungzur AnthroposophischenMedizin—Update eines «Health Technology Assessment»- Berichts und Status Quo. *ForschendeKomplementärmedizin.* 2011;18 (5): 269–282.

KIENLE GS, HAMRE HJ, KIENE H. Methodological aspects of integrative and person-oriented health care evaluation. *Complementary Medicine Research.* 2017; 24: 23–28.

KIENLE GS, MUSSLER M, FUCHS D, KIENE H. Individualized integrative cancer care in Anthroposophic medicine: a qualitative study of the concepts and procedures of expert doctors. *Integr Cancer Ther.* 2016; 15(4): 478–494.

KLEIJNEN J, KNIPSCHILD P. Mistletoe treatment for cancer: review of controlled trials in humans. *Phytomedicine* 1994; 1:255-60.

KOOREMAN P, BAARS EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ.* 2012 Dec;13(6):769-76.

LONGHI A., REIF M., MARIANI E., STEFANO F. A randomized study on postrelapse disease-free survival with adjuvant mistletoe versus oral etoposide in osteosarcoma patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2014; 2014: 9. doi: 10.1155/2014/210198.210198

LUZ MT, AFONSO VW, organizadores. Medicina Antroposófica como Racionalidade Médica e prática integral de cuidado à saúde. Juiz de Fora, Juiz de Fora: UFJF; 2014, 195 p.

LYMAN GH, BOHLKE K, COHEN L. Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline Summary. *J Oncol Pract.* 2018 Aug;14(8):495-499. doi: 10.1200/JOP.18.00283. PMID: 30096271.

MEROPOL SB, CHEN Z, METLAY JP. Reduced antibiotic prescribing for acute respiratory infections in adults and children. *British Journal of General Practice*, vol. 59, no. 567, pp.321– 328, 2009.

MORAES, WA. Medicina Antroposófica: um paradigma para o século XII. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 2015.

MORAES, WA. Salutogêneses e Auto-Cultivo. Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Belo Horizonte, 2015.

NAKAMURA MU, HOSOMI JK, MORAIS MM, FOLLADOR E, BENEVIDES I. Assistência pré-natal multimodal com orientação integrativa: a experiência de 10 anos do Núcleo de Medicina Antroposófica da Universidade Federal de São Paulo. *Journal of Management & Primary Health Care.* 2017;8(2):162-80. Disponível em:<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/523>

PETERSEN I, JOHNSON AM, ISLAM A, DUCKWORTH G, LIVERMORE DM, HAYWARD AC. "Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. *British Medical Journal*, vol. 335, no. 7627, pp. 982–984, 2007.

PUGLIESI VEM, GHELMAN R. Terapias externas antroposóficas: Definições e revisão literária. *Arte Médica Ampliada* Vol. 37 | N. 3 | Julho / Agosto / Setembro de 2017.

RENNÓ, M.A.B., & RIBEIRO, R. (1998). *Cantoterapia e asma: vivência de um método terapêutico*. Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESENDE LSRE, LUVIZUTTO G, GHELMAN R, OLIVEIRA ASB. Anthroposophical Medicine for Treating Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of Neuroscience and Neurological Surgery*, v. 6, p. 1-6, 2020.

SCHAD F., THRONICKE A., MERKLE A. Implementation of an integrative oncological concept in the daily care of a German certified breast cancer center. *Complementary Medicine Research.* 2018;25(2):85–91. doi: 10.1159/000478655.

SCHMITT J, SCHMITT NM, KIRCH W, MEURER M. Early exposure to antibiotics and infections and the incidence of atopic eczema: a population-based cohort study. *Pediatric Allergy and Immunology*, vol. 21, no. 2, part 1, pp. 292–300, 2010.

SHAW SY, BLANCHARD JF, BERNSTEIN CN. ASSOCIATION between the use of antibiotics in the first year of life and pediatric inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*, vol. 105, no. 12, pp. 2687–2692, 2010

STEINER, R. WEGMAN, I. Elementos Fundamentais para uma ampliação da arte de curar segundo os conhecimentos da Ciência Espiritual. 4^a. Edição. Editora Antroposófica. São Paulo, 2015.

STUDER HP, BUSATO A. Development of costs for complementary medicine after provisional inclusion into the Swiss basic health insurance. *ForschKomplementmed.* 2011;18(1):15-23.

TEMPLETON A. J., THURLIMANN B., BAUMANN M. Cross-sectional study of self-reported physical activity, eating habits and use of complementary medicine in breast cancer survivors. *BMC Cancer*. 2013;13:p. 153. doi: 10.1186/1471-2407-13-153.

TRÖGER W., GALUN D., REIF M., SCHUMANN A., STANKOVIĆ N., MILIĆEVIĆ M. *Viscum album* [L.] extract therapy in patients with locally advanced or metastatic pancreatic cancer: a randomised clinical trial on overall survival. *European Journal of Cancer*. 2013;49(18):3788–3797. doi: 10.1016/j.ejca.2013.06.043.

TRÖGER W., ZDRALE Z., TISMA N, MIODRAG M. Additional therapy with a mistletoe product during adjuvant chemotherapy of breast cancer patients improves quality of life: an open randomized clinical pilot trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2014;2014:9. doi: 10.1155/2014/430518.43051844

VAGEDES, J. Anthroposophic Medicine: A multimodal medical system integrating complementary therapies into mainstream medicine. *Complementary Therapies in Medicine*. Volume 47, 2019, 102151, ISSN 0965-2299, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.07.010>.

WISE R, HART T, CARS O. Antimicrobial resistance. *British Medical Journal*, vol. 317, no. 7159, pp. 609–610, 1998.

WOLFF O. A imagem do homem como base da arte médica: esboço de uma medicina orientada pela ciência espiritual –patologia e terapêutica vol II. São Paulo: co-edição de Associação Beneficiente Tobias e Associação Brasileira de Medicina Antroposofica; 1984. p. 611-21.

CAPÍTULO 5

RACIONALIDADE MÉDICA INDIANA: AYURVEDA

Data de aceite: 01/03/2023

Joana Moscoso Teixeira de Mendonça

Aderson Moreira da Rocha Neto

Paula Calderero Lamonato de Oliveira

Paulo Bastos Gonçalves

RESUMO: Ayurveda é um sistema natural de cura e manutenção da saúde praticado há milênios no Subcontinente Indiano. É considerado o mais antigo conjunto documentado de práticas médicas que perduram, desde tempos remotos, e que certamente terá influenciado as rationalidades médicas dos outros povos da antiguidade. Na sua forma milenar, única, de aprendizado, a medicina indiana se apoia em um sólido embasamento filosófico, ético e espiritual, revelando conhecimentos que se aproximam da sutileza de uma arte. Este capítulo tem como objetivo promover a reflexão sobre a Ayurveda como uma medicina tradicional alicerçada na promoção da saúde e na perspectiva da integralidade. Portanto, tem na Atenção Primária à Saúde (APS) um espaço potencial para sua aplicação em função da necessidade de cuidado que os usuários apresentam. Os conteúdos centrais abordados foram:

cosmologia; doutrina médica; morfologia humana; dinâmica vital humana; exame do paciente; exame da doença; sistema terapêutico; terapia de promoção da saúde; tratamento e cura das doenças. Conclui-se que toda essa cultura ancestral é extremamente relevante para os dias atuais, quando a sociedade busca por uma abordagem holística e integrativa da vida e do viver em harmonia com a natureza. Na APS a aplicação do conhecimento oriundo da Medicina Ayurveda ganha relevo tendo em vista que toda essa cultura ancestral é extremamente relevante para os dias atuais, quando a sociedade busca por uma abordagem holística e integrativa da vida e do viver em harmonia com a natureza.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Ayurvédica; Atenção Primária à Saúde; Vitalismo.

ABSTRACT: Ayurveda is a natural system of healing and health maintenance practiced for millennia in the Indian Subcontinent. It is considered the oldest documented set of medical practices that have lasted since ancient times, and that certainly influenced the medical rationales of other ancient peoples. In its millenary, unique form of learning, Indian medicine is supported by a solid philosophical, ethical and spiritual

foundation, revealing knowledge that approach the subtlety of an art. This chapter aims to promote reflection on Ayurveda as a traditional medicine based on health promotion and the perspective of integrality. Therefore, there is in Primary Health Care (PHC) a potential space for its application due to the need for care that users present.

The central contents covered were: cosmology; medical doctrine; human morphology; human vital dynamics; patient examination; examination of the disease; therapeutic system; health promotion therapy; treatment and cure of diseases. It is concluded that this entire ancestral culture is extremely relevant to the present day, when society seeks a holistic and integrative approach to life and living in harmony with nature. In PHC, the application of knowledge from Ayurvedic Medicine gains importance given that this entire ancestral culture is extremely relevant to the present day, when society seeks a holistic and integrative approach to life and living in harmony with nature.

KEYWORDS: Medical Rationality, Ayurveda, Indian Traditional Medicine.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Apontar as características do paradigma vitalista e a importância de conhecer outras rationalidades médicas.
- 2) Reconhecer as seis dimensões que constituem as diferentes Racionalidades Médicas e como o Ayurveda as apresenta.
- 3) Conhecer a teoria dos cinco elementos, os doshas nos indivíduos e suas principais características.
- 4) Identificar os sistemas de diagnóstico e o sistema de intervenção terapêutica do Ayurveda.

11 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este capítulo tem como objetivo promover a reflexão sobre a Ayurveda como uma medicina tradicional alicerçada na promoção da saúde e na perspectiva da integralidade. Os paradigmas são responsáveis por influenciar a criação de qualquer teoria, ideologia, pensamento ou ação. No ocidente, até o séc. XX prevaleceu o modelo formulado por Descartes que separa o sujeito e o objeto, cada qual na sua esfera própria: A filosofia e a pesquisa reflexiva, de um lado, a ciência e a pesquisa objetiva, de outro. (MORIN, 1921). Esta dissociação é refletida em diversos conceitos, que se tornam antagônicos no paradigma cartesiano: sujeito/objeto, alma/corpo, espírito/matéria, qualidade/quantidade, finalidade/causalidade, sentimento/razão, liberdade/determinismo, existência/essência. O reducionismo como método de conhecimento desse sistema faz com que os saberes passem a estar desunidos, divididos, compartmentados, o todo é reduzido ao conhecimento das partes que o compõem. A lógica mecânica enxerga os problemas humanos e sociais como se observasse o funcionamento de máquinas. Neste discurso, a natureza foi separada do sagrado e do humano, passou a ser objeto de conhecimento, sobretudo com o intuito de ser controlada com fins utilitários (NASCIMENTO, 2013).

É notável que as mudanças em curso no mundo e a transformação cultural resultante inscrevem a necessidade de um outro paradigma, que promova uma reunião de saberes multidisciplinares, transversais, multidimensionais e globais. As informações e os dados passam a ser situados em seu contexto a fim de que façam sentido. Valoriza-se a visão global, que comprehende que o conjunto das diversas partes é mais que a soma de cada uma delas, e, por isso, uma sociedade é mais que a soma de indivíduos que a compõem, sistemas são mais que a soma de seus órgãos, tecidos são mais que a soma de suas células. Reconhece-se assim o todo organizador de que fazem parte.

A transformação de um modelo biomédico para um paradigma vitalista traz a mudança do foco na doença para o foco na saúde na forma de cuidar, acolher, escutar e ensinar, que buscam evidenciar a promoção da saúde e entender o cuidado como um conjunto de ações que visam a integralidade da pessoa. Ferla e Ceccim (2013, p.18), pensadores do campo da saúde coletiva, apresentam o conceito ampliado de saúde definido pela OMS:

Saúde configura um processo associado aos modos de andar a vida das pessoas, diz respeito à qualidade de suas vidas, individualmente e nos coletivos de que fazem parte, diz respeito à capacidade que têm de produzir mudanças no cotidiano para torná-lo melhor para se viver, aos mecanismos que utilizamos para lidar com a dor e o sofrimento causados pelas doenças, aos efeitos das políticas sociais no cotidiano privado, institucional ou coletivo e assim, narrativamente, sobre a vida que levamos e nossa potência de criação e vigor.

O paradigma vitalista, centrado na saúde e na busca de harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social, valoriza a subjetividade individual, a prevenção e a promoção da saúde e a integralidade do cuidado (TESSER, 2008), assume a complexidade do ser humano como um ser multidimensional, sendo ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo, racional e espiritual. Trata-se do paradigma presente nas medicinas tradicionais orientais.

O Ayurveda, sistema de medicina tradicional originado na Índia há milhares de anos, caracteriza-se por uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na unidade individual do doente e suas relações com seu meio (LUZ, 1996, p.23). De acordo com a etimologia da palavra em sânscrito - “Ayus” significa vida, e “Veda” conhecimento, ciência ou sabedoria, portanto o Ayurveda pode ser definido como a ciência da vida. Esta ciência está fundamentada em tratados médicos – os Samhitas (que significa compêndio em sânscrito) - como Charaka, Susruta, Kasyapa, Bhela, Astanga Sangraha e Astanga Hridaya, textos muito antigos que até hoje estão acessíveis. Segundo a literatura clássica do Ayurveda o seu objetivo é o de conhecer a vida. Como aparece no Charaka Samhita (CHARAKA SAMHITA, 2007, p. 26):

A finalidade do Ayurveda: A mente, a alma e o corpo – estes três são como um tripé; o mundo é sustentado por esta combinação. Eles constituem o substrato para cada coisa. Esta (combinação dos três aspectos citados) é Purusha; este é consciente e este é o alvo deste Veda (Ayurveda); é por isso que este Veda (Ayurveda) veio à luz.

Ainda no Charaka Samhita encontra-se a definição do Ayurveda como aquela ciência onde as vantagens e desvantagens, assim como os estados de felicidade e infelicidade, juntamente com o que é bom e mau para a vida, suas dimensões e a vida em si são descritas (CHARAKA SAMHITA, 2007, p.33).

Apesar de ser considerado um sistema médico complexo, é descrito por autores como uma ciência de vida simples e prática, cujos princípios são universalmente aplicáveis à existência diária de cada indivíduo. Lad (2007, p.11) afirma:

Esta ciência fala a cada elemento e aspecto da vida humana, que dá um direcionamento de como cada indivíduo pode gerenciar a sua saúde. Trata-se de uma ciência que se ocupa dos hábitos saudáveis e insalubres, da duração da vida – curta ou longa – e da descrição da vida em si.

Ayurveda é, portanto, a ciência, o conhecimento ou a sabedoria que promove uma vida longa e saudável para a humanidade e está inserido na categoria de rationalidades médicas por ser um sistema lógico e empiricamente estruturado de proposições potencialmente verificáveis dentro de uma rationalidade científica a respeito de intervenções efetivas diante do adoecimento humano.

Rocha (2010, p.11) aponta as seis dimensões que constituem condição necessária e suficiente para estarmos em presença de uma rationalidade médica, sendo base de comparação entre a medicina ocidental contemporânea e o Ayurveda. A seguir definimos as seis categorias, como aparece no dicionário Houaiss da língua portuguesa:

- 1) Cosmologia: Ramo da astronomia que estuda a estrutura e a evolução do universo em seu todo, preocupando-se tanto com a origem quanto com a evolução dele;
- 2) Dinâmica vital humana: Fisiologia, estudo das funções e do funcionamento normal dos seres vivos, processos físico-químicos que ocorrem nas células, tecidos, órgãos e sistemas dos seres vivos sadios;
- 3) Morfologia humana: Estudo da forma, da configuração e da aparência externa da matéria;
- 4) Doutrina médica: Princípio, ponto de vista ou conjunto de princípios adotados num determinado ramo do conhecimento, teoria devidamente formulada que se fundamenta em fatos e que tem o apoio ou a sanção de uma autoridade no assunto;
- 5) Sistema de diagnóstico: Fase em que o profissional procura a natureza e a causa da doença;
- 6) Sistema terapêutico: Arte, ciência de cuidar e tratar de doentes ou de doenças.

Este capítulo tem por objetivo introduzir o leitor a estas seis dimensões, e apresentar as bases conceituais que levam o Ayurveda a ser considerado uma rationalidade médica importante para a mudança de paradigma corrente.

2I DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

2.1 Cosmologia

Toda longa tradição de conhecimentos no Ayurveda tem sua fundamentação teórica influenciada pelo sistema filosófico Samkhya, ou “A Filosofia da Criação do Universo”. O conhecimento adquirido a partir de uma interpretação filosófica é baseado em hipóteses e suposições experimentais e que, inicialmente, não são baseadas em fatos concretos e replicáveis. Entretanto, a filosofia se constitui na base da ciência, e essa, através de metodologias de classificação por ordem e complexidade, acaba por corroborar o que foi uma experiência filosófica, pela possibilidade concreta de experimentação e replicação. “Percepção, inferência e o testemunho válido são os três tipos de provas aceitas na filosofia Samkhya, e para esses pensadores todas as outras formas de provas estão contidas dentro desses três meios de cognição correta.” (Ishvara Krishna, 1995, p. 12-13.).

Os pensadores da filosofia Samkhya estabeleceram a suposição experiencial de que todo o universo, no instante da sua criação, poderia ser identificado segundo dois princípios energéticos: o da consciência maior, sabedoria plena, ou Purusha, e o da materialidade ou Prakriti. Antes da criação, esses dois princípios coexistiram em separado, e, no momento da criação, esses dois princípios energéticos se unem, com suas características e tendências, para a formação do universo (Ibid. p. 64). Ao ser iniciado o processo da criação, o conceito de consciência plena, que por ser plena deve ser imutável e além do conceito de tempo, se une à materialidade, que muda continuamente durante seu processamento.

Com uma imensa possibilidade de resultados dessa união, é correto supor que tudo tenha acontecido por um motivador da criação, e se dado seguindo uma lógica, ou Mahad, e uma razão, ou Ahamkara. Essas possibilidades filosóficas sobre a criação explicariam todas as classes de fenômenos, com movimentos ou formas, que passaram a existir no universo recém-criado. Esses fenômenos seriam reflexos, ou expressões, do motivador da criação, e são a base da cosmovisão do Ayurveda (Ibid. p. 65).

2.2 Doutrina médica

Todas as formas materiais e possibilidades de existências são compostas por uma combinação de três formas de energia relacionadas aos conceitos de materialidade, transformação e consciência. Essas formas de energia estão presentes em cada componente celular do universo e são sujeitas a alterações dimensionais. Ao mesmo tempo, nos intervalos entre essas mudanças, experimentam um estado equilibrado (DASA, 2013).

São denominados Maha Gunas, uma expressão em Sânsrito que pode ser traduzida como “grandes qualidades”, ou “grandes características”. O motivador da criação teria essas três características como referência, podendo manifestar as qualidades de ser sutil (ou Sattva), de ser dinâmico (ou Rajas) e de apresentar formas específicas (Tamas). Essas

três Gunas foram nomeadas como: Sattva, a qualidade da sutileza; Rajas, a qualidade da transformação e; Tamas, a qualidade da forma com estabilidade.

Segundo o Samkhya, as formas específicas e inertes de Tamas, seriam representadas pelos cinco elementos fundamentais, que combinados representam todas as possibilidades da matéria que teriam surgido no instante da Criação. Os cinco elementos receberam o nome de Panchamahabutas, e foram definidos como: Akasha ou éter, Vayu ou ar, Agni ou fogo, Jala ou água e Prithivi ou terra.

Para entendermos o corpo físico devemos antes compreender os 5 grandes elementos. Toda a matéria no universo é feita deles: Éter, ar, fogo, água e terra. Eles não são como os na nossa tabela periódica, mas sim estados da matéria. Éter é o espaço onde a matéria existe, ar representa o estado gasoso, fogo é o poder de mudança, água representa o estado líquido e terra a dimensão sólida das substâncias (SOVODA, 1992). Na Ayurveda, estes 5 elementos se unem para formar os humores biológicos ou Doshas: éter e ar formam o Dosha Vata; fogo e água juntam-se para gerar Pitta e; água e terra se misturam e dão origem a Kapha. Os Doshas são expressões fisiológicas dos 5 elementos e suas qualificações revelam características próprias e importantes de se conhecer (VAGBHATA, 2016. p 53):

O Dosha Vata é leve, seco, frio, áspero, sutil e inicia os processos, movimentos e transformações. O Dosha Pitta é um pouco oleoso, agudo, quente, com odor forte, fluido e móvel, porém o Dosha Kapha é oleoso, frio, pesado, lento, suave, pegajoso e estável.

Estas propriedades, como citado anteriormente, nada mais são que expressões dos dois grandes elementos que formam cada um dos Doshas ou humores. Conhecer a qualidade de cada Dosha auxilia no raciocínio terapêutico, uma vez que os tratamentos em Ayurveda visam o equilíbrio através da atenuação dessas qualidades com seus opostos. Veremos os 10 pares de opostos mais adiante quando abordarmos como o Ayurveda enxerga a dinâmica vital humana.

Sobre os Doshas, o texto clássico Susruta Samhita (2017, p. 224), principal tratado de cirurgia ayurvédica, esclarece:

Vata, Pitta e Kapha são os agentes causais da origem do corpo, no seu estado normal este corpo é suportado por eles, estão localizados respectivamente embaixo (abaixo do umbigo), no meio (entre o umbigo e o diafragma) e em cima (no tórax) e são semelhantes a uma casa com três pilares, por isto alguns dizem que são Tristhuna (aquel que se suporta em três pilares).

A Medicina Indiana explica que os Doshas são funções fisiológicas quando estão em equilíbrio, mas tornam-se a raiz do adoecimento quando estão em desarmonia. O importante é nós entendermos esta visão da fisiologia e patologia dentro da racionalidade médica ayurvédica. Os Doshas ou humores, estão sempre presentes no corpo físico (são formados pelos cinco elementos) quando estes humores estão em um equilíbrio dinâmico

eles cumprem as funções fisiológicas normais, mas no momento que esta harmonia torna-se corrompida os Doshas promovem os distúrbios e as doenças. Apesar do Ayurveda colocar que os Doshas são físicos eles também possuem um efeito na mente, pois toda alteração no corpo leva a um reflexo psicoemocional e todo distúrbio mental leva a uma ressonância na fisiologia. Vejamos as afirmações de Charaka Samhita (2007, p. 346), principal tratado de clínica médica ayurvédica, na tradução para a língua inglesa de Bhagwan Dash e R.K. Sharma:

Os três doshas: Vata, Pitta e Kapha estão presentes no corpo de todas as criaturas. O médico deve tentar saber se eles estão em estado normal ou em condição mórbida. Quando Vata está seu estado normal, reflete-se na forma de entusiasmo, inspiração, expiração, movimentos, transformação metabólica normal dos tecidos e eliminação adequada de excreções. As ações de Pitta no seu estado normal são boa visão, boa digestão, temperatura normal, fome normal, sede, maciez corporal, brilho, felicidade e inteligência. Os efeitos de Kapha no seu estado normal são oleosidade, coesão, firmeza, peso, virilidade, força, paciência e ambição.

O Ayurveda possui diversas ferramentas com as quais podemos fazer a leitura dos desequilíbrios dos Doshas e após este diagnóstico existe um sistema terapêutico complexo que é utilizado nesta racionalidade de forma individualizada. Mais a frente iremos descrever a abordagem diagnóstica e o arsenal terapêutico ayurvédico.

2.3 Morfologia Humana

Um corpo é considerado saudável quando os Doshas estão em equilíbrio, assim como o Agni (fogo digestivo), os Dathus (tecidos), Malas (excreções) e os Srotas (canais). A doença é consequência do desequilíbrio entre Doshas, Dathus e Malas, que são a base do corpo humano. Agni neste contexto quer dizer a capacidade de transformação e digestão, e promove a desintegração do alimento. O corpo humano é capaz de utilizar o alimento ingerido apenas se este for submetido a digestão e metabolismo adequados. Temos 13 tipos de Agni em nosso corpo, e o principal é chamado Jatharagni, que é responsável pela digestão ao longo do trato gastrointestinal. Além deste, temos mais cinco tipos de Agni correspondentes aos cinco elementos, ou Bhutagni; e mais sete, correspondentes a cada tecido corporal, ou Dathuagni, totalizando treze tipos.

Dhatu significa tecido corporal, são sete em número e formam os pilares que garantem nutrição e crescimento promovendo suporte ao corpo e à mente. O alimento é processado pelo Agni para formar os sete Dathus. A partir do alimento ingerido, sua digestão adequada forma o primeiro tecido, Rasa Dathu, que é o fluido nutridor, a essência que inicia o processo para formar os demais tecidos. Então o produto formado é capaz de gerar os próximos, que em sequência serão sustentados pelos anteriores.

A ação do Agni neste tecido faz com que aconteça a digestão e assim forma-se o segundo tecido, Rakta Dathu, ou o sangue, considerado a base da vida. O próximo tecido

a ser formado é Mamsa Dathu, ou o tecido muscular, aquele que promove força física e dá suporte ao próximo tecido: Meda Dathu, tecido adiposo, que fornece lubrificação ao corpo e sustenta o tecido seguinte, Asthi Dathu. Asthi compreende os ossos, cartilagens e ligamentos e sustenta o tecido seguinte: Majja Dhatu, cuja principal função é preencher os ossos e olear o corpo. O último tecido a ser formado é o tecido reprodutor, Shukra Dhatu.

O Agni correspondente a cada tecido sofre um processo de purificação, que ao final tem menos forma e maior potência. Quando o Agni age de maneira correta e forma adequadamente os tecidos, ao final do processo ocorre a formação de Ojas, que pode ser entendido como brilho ou vitalidade. Ojas é a essência substancial de todos os Dathus produzida ao final da formação do Shukra Dhatu, e também é responsável pela imunidade. É o brilho supremo da saúde de todos os tecidos. Está localizado no coração, se espalha por todo o corpo e o mantém. Sua destruição leva à destruição do indivíduo e sua presença mantém a vida (VAGBHATA, 2017, p. 270).

Srotas são os canais que conduzem alimento, ar e água através do nosso corpo. O principal canal é chamado de Koshta, entendido como o trato gastrointestinal. O processo de formação dos tecidos gera partes que serão descartadas pelo organismo, que não foram utilizadas, e são chamadas de Malas. São três os tipos principais de resíduos, ou produtos do metabolismo: suor, fezes e urina. Suor é excretado como resíduo de Rakta Dhatu e tem a função de suporte ao cabelo. As fezes têm a função de prover suporte ao corpo, e a urina ajuda na excreção de metabólitos.

2.4 Dinâmica Vital Humana

Todas as substâncias são classificadas segundo adjetivações, ou características, denominadas Gurvadi Gunas, os dez pares de opostos. Como citado, descrever os desequilíbrios dos Doshas segundo o agravamento dessas qualidades auxilia na escolha da oferta terapêutica mais apropriada, ou seja, que possa atenuar essas características em desequilíbrio ou o estado de agravamento de determinado Dosha.

Convém ressaltar que o Ayurveda sistematiza todo esse conjunto de possibilidades de adjetivações nas três classificações gerais, ou Doshas, descritos anteriormente: Vata, Pitta e Kapha. Estes constituem os princípios que regem a nossa fisiologia. Vaghbhata (2013) ensina uma importante correlação dos Doshas com os ciclos do ser humano.

2.4.1 Vata é predominante nos seguintes momentos

2.4.1.a - Final da vida: Velhice (após os 60 anos).

2.4.1.b - Final do dia: das 14:00h às 18:00h.

2.4.1.c - Final da noite: das 2:00h às 6:00h.

2.4.1.d - Final da digestão: Último estágio do processo digestório associado ao peristaltismo.

2.4.1.e - Intestino (Kostha): Krura Kostha (intestino preso com fezes secas).

2.4.2 Pitta é predominante nos seguintes momentos

- 2.4.2.a - Meio da vida: Idade adulta
- 2.4.2.b - Meio do dia: 10:00h às 14:00h
- 2.4.2.c - Meio da noite: 22:00h às 2:00h
- 2.4.2.d - Meio da digestão: Durante o processo digestório.
- 2.4.2.e - Intestino (Kostha): Mrdu Kostha (intestino solto).

2.4.3 Kapha é predominante nos seguintes momentos

- 2.4.3.a - Início da vida: Infância e adolescência
- 2.4.3.b - Início do dia: 6:00h às 10:00h
- 2.4.3.c - Início da noite: 18:00h às 22:00h
- 2.4.3.d - Início da digestão: Começo do processo digestório com a lubrificação da comida.
- 2.4.3.e - Intestino (Kostha): Madhyama Kostha (intestino moderado; nem solto nem preso).

A partir da teoria dos cinco elementos, e mais as classificações dos Gurvadi Gunas, o Ayurveda apresenta sua conceituação única dos três princípios básicos, ou Doshas. Cada Dosha tem um centro primário, local onde suas qualidades e características são mais evidenciadas.

E ainda, cada Dosha é subdividido em cinco subtipos, ou Subdoshas, com base em suas funções e locais de atuação.

A seguir detalharemos a função dos cinco Subdoshas de Vata, Pitta e Kapha, relacionando sua função e o que indica seu desequilíbrio.

2.4.4 Subdoshas de Vata

2.4.4.a Prana Vata

4.4.a.I - Função: Controla a respiração do ar, os outros quatro Subdoshas de Vata, os cinco sentidos, o pensamento, a saúde, a função hormonal e um crescimento saudável.

4.4.a.II - Indicações de desequilíbrio: Altos e baixos emocionais, distúrbio hormonal, baixa vitalidade, perda dos sentidos, ansiedade e preocupações, insônia, emaciação, desmaios, doenças em geral.

2.4.4.b Apana Vata

4.4.b.I - Função: Controla a eliminação, a função sexual, a menstruação, a função hormonal, e os movimentos descendentes do corpo. Todas as doenças estão geralmente envolvidas com Apana Vata em um certo grau.

4.4.b.II - Indicações de desequilíbrio: Cólicas, dor, constipação, amenorreia, dismenorreia, problemas menstruais, TPM, desequilíbrio hormonal, secura, problemas urinários.

2.4.4.c Samana Vata

4.4.c.I - Função: Controla o movimento do aparelho digestivo, o plexo solar, e equilibra os dois outros Subdoshas de Vata principais: Prana e Apana.

4.4.c.II - Indicações de desequilíbrio: Indigestão, diarreia, má absorção de nutrientes, secura.

2.4.4.d Udana Vata

4.4.d.I - Função: Controla a expiração, a fala, os movimentos ascendentes do corpo, o crescimento na criança e a inspiração na vida.

4.4.d.II - Indicações de desequilíbrio: Problemas de tireoide, de fala e da garganta, falta de força de vontade, fadiga geral, falta de entusiasmo na vida, desinteresse pela vida.

2.4.4.e Vyana Vata

4.4.e.I - Função: Permeia o corpo todo como o sistema nervoso; controla a função cardíaca e a circulação do sangue.

4.4.e.II - Indicações de desequilíbrio: Problemas de lactação, artrite, nervosismo, má circulação, reflexos motores deficientes, problemas nas articulações, doenças ósseas, doenças nervosas.

2.4.5 Subdoshas de Pitta

2.4.5.a Alocaka Pitta

4.5.a.I - Função: Controla a capacidade de ver e a digestão daquilo que vemos e percebemos.

4.5.a.II - Indicações de desequilíbrio: Problemas nos olhos e dificuldade para processar o que vemos, instabilidade mental, falta de discriminação, desordens hormonais.

2.4.5.b Sadhaka Pitta

4.5.b.I - Função: Controla as funções do coração, da circulação, e os hormônios metabólicos, assim como a digestão de pensamentos e emoções.

4.5.b.II - Indicações de desequilíbrio: Insuficiência cardíaca, repressão das emoções e dos sentimentos, raiva excessiva ou sentimentos não processados, desordens hormonais.

2.4.5.c Pachaka Pitta

4.5.c.I - Função: Controla a digestão estomacal.

4.5.c.II - Indicações de desequilíbrio: Úlceras, azia, forte desejo de comer certos alimentos, indigestão, diarreia, leucorreia, candidíase.

2.4.5.d Ranjaka Pitta

4.5.d.I - Função: Controla o fígado e a vesícula biliar, a digestão e o sangue.

4.5.d.II - Indicações de desequilíbrio: Raiva, irritabilidade, hostilidade, excesso de bile, doenças hepáticas, problemas de pele, sangue tóxico, anemia, problemas menstruais (especialmente fluxo excessivo ou diminuído, ou menorragia), endometriose, cistite e prolapsos de disco intervertebral.

2.4.5.e Bhrajaka Pitta

4.5.e.I - Função: Controla o metabolismo da pele.

4.5.e.II - Indicações de desequilíbrio: todos os problemas de pele, acne, inflamações da epiderme, vulvodínia.

2.4.6 Subdoshas de Kapha

2.4.6.a Tarpaka Kapha

4.6.a.I - Função: Controla os fluidos da cabeça, os seios da face e os líquidos cerebrais.

4.6.a.II - Indicações de desequilíbrio: Sinusite, dores de cabeça, perda de olfato, resfriados.

2.4.6.b Bodhaka Kapha

4.6.b.I - Função: Controla o paladar e os desejos ligados ao paladar, a digestão e a saliva.

4.6.b.II - Indicações de desequilíbrio: Comer em excesso, desejo de comer alimentos com paladares específicos, perda do paladar, congestão nas áreas da garganta e da boca.

2.4.6.c Avalambaka Kapha

4.6.c.I - Função: Controla a lubrificação e os líquidos na região do coração, dos pulmões e parte superior das costas.

4.6.c.II - Indicações de desequilíbrio: Congestão nos pulmões ou coração, enrijecimento das costas e parte superior da coluna, letargia, energia diminuída, estagnação emocional, tumores ou cisto de mama.

2.4.6.d Kledaka Kapha

4.6.d.I - Função: Controla a lubrificação do processo digestivo, mantém um equilíbrio com a bile de pitta, proporciona lubrificação interna.

4.6.d.II - Indicações de desequilíbrio: Estômagão intumescido, digestão lenta ou congestionada, excesso de muco, tumores ou cistos uterinos, leucorreia.

2.4.6.e Shleshaka Kapha

4.6.e.I - Função: Controla a lubrificação das articulações no corpo e auxilia todos os movimentos.

4.6.e.II - Indicações de desequilíbrio: Articulações frouxas, inchadas, enrijecidas, dor com movimento.

3 I SISTEMA DE DIAGNÓSTICO

No Ayurveda existem 2 abordagens tradicionais, encontradas nos antigos textos clássicos, para a semiologia (Vaghbhata, trad. Pisharodi, 2016, p. 103-106)

3.1 Exame do paciente¹ (Rogi Pariksha)

3.2 Exame da doença (Roga Pariksha)

Vamos estudar estas abordagens separadamente como está descrito na literatura ayurvédica:

3.1 Exame do paciente

Chamado na literatura de Rogi Pariksha (LAD, 2006. p. 57 e 58), onde usamos 3 abordagens, que foi denominada Trivedi Pariksha, ou seja, observação ou inspeção, interrogatório ou questionamento e palpação ou exame pelo toque:

¹ Ao utilizar o termo “paciente”, os autores desejam resgatar a etimologia primordial que remete à pessoa que passa pelo momento do adoecimento com a paciência e confiança necessária ao seu cuidador, e não somente enquanto um usuário de um determinado sistema de saúde, seja ele público ou privado. Convém ressaltar ainda que a terminologia adotada neste capítulo se aproxima da perspectiva que valoriza o protagonismo dos sujeitos/pessoas, famílias e comunidades no processo do cuidado em saúde.

3.1.a - Inspeção ou Darshana: Durante a observação analisamos a compleição, pele, unhas, edemas, tórax, abdômen, coluna vertebral, membros inferiores e superiores, face, cabeça e pescoço, cabelos, olhos, boca, nariz, língua, movimentos e deambular. Muitas vezes conseguimos apontar o desequilíbrio dos Doshas apenas pela observação e utilizamos o questionamento e palpação para confirmar a suspeita diagnóstica.

3.1.b - Questionamento ou Prashna: O interrogatório é uma arte e deve ser constantemente desenvolvido pelo profissional ayurvédico. O professor Srikata Murthy no seu trabalho “Clinical Methods in Ayurveda” (1983, p. 30-33) propõe uma metodologia para a coleta da história do paciente, que não é a única mas uma forma organizada de pensar a anamnese:

3.1.b.I - Queixa principal: A queixa ou as queixas, na própria linguagem do paciente, que o levaram a buscar ajuda. Deve-se colocar aqui a duração da sintomatologia. Uma pergunta relevante no início do interrogatório é: “o que você sente atualmente?”.

3.1.b.II - História da doença presente: Aqui o profissional faz a coleta da sintomatologia relacionada a patologia ou ao sofrimento atual do paciente, e inclui: inicio, fatores agravantes e atenuantes, natureza, severidade, progresso, tratamentos anteriores e seus resultados.

3.1.b.III - História passada: Região de nascimento, locais onde ele viveu, hábitos das pessoas desta área, condições da sua saúde anterior a sintomatologia atual, doenças antigas, cirurgias, distúrbios emocionais e uso de medicamentos.

3.1.b.IV - História familiar: Saúde e doença dos familiares (pais, irmãos e filhos), doenças contagiosas, óbitos, relacionamento com a esposa/marido.

3.1.b.V - História pessoal, ocupacional e social: História dos hábitos dietéticos, uso de substâncias como café, álcool, drogas não receitadas, uso do tempo livre, sono, profissão e estresse no trabalho, sexualidade, ciclos menstruais, gravidez e menopausa nas mulheres.

3.1.c - Palpação ou Sparshana: O último passo do Trivedi Pariksha é a palpação, normalmente utilizada para confirmar os achados da inspeção e do interrogatório minucioso. Faz-se a palpação do tórax, abdômen, cervical, mamas na mulher, coluna vertebral, membros inferiores e pulso.

3.2 Exame da doença

No Ayurveda, nós examinamos a doença por meio de Nidana Panchaka. Nidana quer dizer etiologia, e “Pancha” significa cinco, ou seja, Nidana Panchaka são as cinco dimensões clínicas através das quais nós tentamos entender o adoecimento do paciente. São elas:

3.2.a - Etiologia ou causa (Nidana): O Ayurveda enfatiza a importância do terreno em relação às sementes, ou seja, do corpo em relação aos micro-organismos: as sementes somente crescem se houver um ambiente favorável. De forma similar os micro-organismos apenas conseguem afligir o corpo se nossa resistência estiver

diminuída. Quando nossa vitalidade e o sistema imunológico estão adequados o fator patogênico não irá produzir o adoecimento. A Medicina Indiana classifica os fatores etiológicos da seguinte forma.

3.2.a.I - Endógenos, que são subdivididos em 3 tipos: Hereditárias, ou seja, transmitidas pelos pais, por exemplo, Diabetes. Congênitas, quando são causadas por distúrbios durante a gravidez, por exemplo, defeito na constituição. E fatores após o nascimento que são comportamentos que levam ao desequilíbrio dos Doshas, exemplo: Estilo de vida e dieta inadequados.

3.2.a.II - Exógenos ou traumatismo físico, exemplo: Ataque de algum animal.

3.2.a.III - Causas naturais que são subdivididas em 3 grupos: sazonais ou doenças relacionadas à estação, por exemplo, doenças respiratórias (Dosha Kapha) no inverno. Sobrenaturais ou doenças causadas por agentes sutis, por exemplo, magia negra. Naturais ou doenças causadas por um efeito considerado natural, por exemplo, fome, sede e envelhecimento.

3.2.a.IV - Sintomatologia prodrômica (Purvarupa): queixas que aparecem previamente à futura doença, exemplo: na enxaqueca o paciente pode sentir alterações do humor e da fome, dor cervical ou até náuseas antes da crise de dor.

3.2.a.V - Manifestação dos sinais e sintomas da doença (Rupa): nesta fase há a completa manifestação clínica do adoecimento. Exemplo: na enxaqueca aparece dor de cabeça moderada a forte, do tipo pulsátil ou latejante, unilateral que pode estar associada a náuseas, vômitos e intolerância à luz e som.

3.2.a.VI - Teste terapêutico (Upashaya): Algumas doenças têm sintomas semelhantes a outras, o que pode causar dúvidas no diagnóstico correto. Por isso, podemos aplicar um teste terapêutico. Exemplo: substâncias ou compressas quentes aliviam distúrbios de Vata, enquanto substâncias ou compressas geladas agravam o Dosha Vata.

3.2.a.VII - Patogênese (Samprapti): Refere-se ao processo de adoecimento com a evolução do desequilíbrio do Dosha para gerar uma patologia. Aqui descreve-se os vários processos que ocorrem no corpo e que levam a doenças. Os seis estágios do adoecimento, relacionados aos Doshas, foram descritos no texto clássico Susruta Samhita com o nome de Sad KriyaKala (GIRI, 2002; MANDIP, 2012). Estes estágios demonstram o desenvolvimento da patologia em relação ao agravamento do desequilíbrio dos Doshas no nosso corpo físico.

4| SISTEMA TERAPÊUTICO

O texto Clássico Charaka Samhita divide a terapêutica em três dimensões, Trivedi Pariksha(GIRI E RAJNEESH, 2012 e LAD, 2005) para evitar a causa do adoecimento e:

4.a - Terapia física ou racional (Yuktivypasraya): utilizar a terapêutica adequada para equilibrar os Doshas no corpo físico.

4.b - Terapia mental (Sattvavajaya): psicoterapia ayurvédica com aconselhamento.

4.c - Terapia espiritual (Daivavyapasraya): atua a nível sutil, utiliza preces, terapia com gemas (usadas junto com astrologia hindu), peregrinações, mantras e rituais.

O Ayurveda tem dois objetivos distintos:

4.1. Preservação da saúde nas pessoas saudáveis.

4.2. Tratamento e cura das doenças dos pacientes.

Importante enfatizar que antes do tratamento deve-se fazer a leitura do desequilíbrio do paciente (diagnóstico). Para atingir estes objetivos colocados acima, o tratamento pode ser dividido em duas dimensões:

4.1 Terapia de promoção da saúde, que é chamada de Urjaskarachikitsa

Em sânscrito, Urjas significa vigor e força; já Kara quer dizer suprir e; Chikitsa é traduzido como terapêutica. Urjaskara é a terapia que promove saúde, força e vitalidade nos indivíduos saudáveis. Esta terapêutica atenua os efeitos deletérios do envelhecimento, melhora saúde e promove potência sexual. Apesar de ser prescrita, principalmente, para preservação e promoção da saúde em pessoas saudáveis, também pode ser utilizada por pacientes para gerar vitalidade tecidual e acelerar a melhora no processo de cura do adoecimento. Esta terapia utiliza, principalmente, três abordagens do Ayurveda tradicional:

4.1.a - Rasayana: terapia do rejuvenescimento com a promoção da saúde física e mental

4.1.b - Vajikarana: terapia da virilidade com promoção da vitalidade e da sexualidade

4.1.c - Dinacharya e Rtucharya: rotina diária e sazonal com recomendações para um estilo de vida saudável para a preservação e promoção da saúde física e mental.

4.2 Tratamento e cura das doenças, que é denominado em sânscrito de Roganutchikitsa

Roga quer dizer doença; Nut significa curar e; Chikitsa traduz-se como terapêutica. O Ayurveda é uma racionalidade médica complexa e completa, apresenta várias ferramentas terapêuticas para o tratamento dos desequilíbrios e enfermidades. Abaixo citamos as mais importantes (MANDIP, 2012, p. 5-6; LAD, 2005, p. 20-24):

4.2.a - Snehana (oleação): os óleos são utilizados internamente e externamente.

4.2.b - Udwartana (aplicação de pó de plantas medicinais): as ervas em pó são utilizadas externamente.

4.2.c - Swedana (sudação): várias formas de promover sudorese no corpo são utilizadas após a oleação. Oleação com sudação ajudam a retirar toxinas do corpo.

- 4.2.d - Agnidipana: promove a função digestória (agni).
- 4.2.e - Ama pachana: atua na eliminação de toxinas (ama).
- 4.2.f - Ahara (dieta): a alimentação ayurvédica é selecionada de acordo com a capacidade digestória (agni) e o desequilíbrio dos doshas.
- 4.2.g - Kshutnigraha: limitação da ingestão de comida e até jejum.
- 4.2.h - Vyayama (exercícios): como por exemplo a prática de Yoga.
- 4.2.i - Dravya Guna (farmacologia ayurvédica): utilização de medicamentos de origem animal (ex. ghee), mineral (ex. mercúrio) e vegetal (ex. gengibre).
- 4.2.j - Panchakarma: “Pancha” significa cinco, e Karma quer dizer ações. São as cinco ações depuradoras dos Doshas, também chamadas de terapias bio purificadoras. Na Índia, estes procedimentos são realizados pelos médicos indianos, em hospitais ayurvédicos, com pacientes internados. São tratamentos complexos e se assemelham a uma cirurgia, o que envolve pré-procedimentos, o procedimento em si e o pós-procedimento. Possuem indicações, contra-indicações, efeitos colaterais, e idealmente devem ser realizados por profissionais capacitados em ambiente hospitalar. São eles:
- 4.2.j.I - Vamana: vômito terapêutico
 - 4.2.j.II - Virechana: purgação terapêutica
 - 4.2.j.III - Basti: enema terapêutico
 - 4.2.j.IV - Nasya: terapia nasal
 - 4.2.j.V - Raktamoksha: sangrias

5) TECENDO ALGUMAS APROXIMAÇÕES DA MEDICINA AYURVÉDICA COM A APS

As PICS podem ser inseridas na APS para potencialização do arsenal terapêutico, assim como em equipes interdisciplinares e serviços especializados que interagem com as unidades básicas de saúde por meio das atividades de matriciamento. Com isso as perspectivas e experiências permitem uma contribuição efetiva para a oferta de oportunidades de ensino-aprendizagem no contexto das PICS, tanto no nível de graduação como na pós-graduação da área da saúde (TESSER et al., 2018).

Esta discussão torna-se presente uma vez que as PICS, dentre as quais a Medicina Ayurvédica parecem estar presentes no cotidiano da APS, mas não sabemos ao certo de que forma e em que magnitude essa inserção acontece na dinâmica assistencial no campo da atenção básica. O seu incremento nos dados oficiais do país parece estar atrelado muito mais à possibilidade atual de registro dessas práticas, até então invisíveis para os gestores, e à forma de divulgação dos seus conceitos, do que a um movimento consistente de sua inserção institucional na APS (TESSER et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos neste capítulo noções básicas sobre a racionalidade médica ayurvédica a luz dos seus conceitos clássicos. Observamos que esta arcaica medicina pode ser adaptada à nossa realidade e ser utilizada no Sistema Único de Saúde. Em especial, deve ser colocada dentro da prática dos cuidados primários em saúde, uma vez que traz uma abordagem respaldada por milhares de anos de prática, com caráter preventivo, tecnologias de cuidado leve e de baixo custo, seguindo, portanto, as indicações do Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Por fim, vale destacar que o conhecimento do Ayurveda está alinhado aos atributos essenciais e derivados da APS, tais como integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural. Recomendamos, por isso, que seja amplamente estudado por profissionais da saúde que atuam na atenção básica.

EXERCÍCIO DE FIXAÇÃO DE APRENDIZAGEM

- 1) Por que o Ayurveda pode ser considerado uma Racionalidade Médica?
- 2) De que forma os cinco elementos se combinam para formar os Doshas?
- 3) Por que a teoria dos cinco elementos é importante dentro da racionalidade médica Ayurvédica?
- 4) Quais aspectos são considerados no Sistema Diagnóstico do Ayurveda?
- 5) Por que o sistema terapêutico do Ayurveda pode ser considerado um sistema de cuidado integral?
- 6) Quais as diferenças que você consegue apontar entre as seis dimensões da racionalidade médica ocidental e da racionalidade médica indiana?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CHARAKA Samhita. Tradução de Dash, V.B. e Sharma, R.K. em 7 volumes. Varanasi: Chowkhamba Sanskrit Series Office, 2007. Volume 1. p. 26- p33.

DASA, **As Três Forças do Universo**, 2013, São Paulo, Sankirtana Books, p 21

FERLA, A.A, CECCIM, R.B. **A Formação em Saúde Coletiva e as Diretrizes Curriculares Nacionais da Área da Saúde: Reflexões e um Começo de Conversa**. 2013. p.18

GIRI e RAJNEESH, Synopsis of Susruta Samhita, 2002 p. 49 GIRI e RAJNEESH, Synopsis on Charaka Samhita, 2002 p. 3

HOUAIS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. P 853, 1030, 1081, 1350, 1961, 2699.

ISHVARA KRISHNA, Samkhya Karika, 1995, p 12-p13. Ibid. p.64 Ibid p.65 Lad, Textbook of Ayurveda, Fundamental Principles. 2002. p 25 a 27

LAD, Textbook of Ayurveda, A Complete Guide to Clinical Assessment, 2006. p. 57 e 58 LAD, V. Ayurveda, a ciência da autocura. São Paulo: Ground, 2007. p.

LAD, Textbook of Ayurveda, General Principles Of Management and Treatment, 2012. p. 28.

LAD, Textbook of Ayurveda, General Principles Of Management and Treatment, 2012 p. 20 a 24. LAD V. Ayurveda, a ciência da autocura. São Paulo: Ground, 2007. p.

LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: MS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996. p.23. [Série Estudos em Saúde Coletiva, 62]

MANDIP, Ayurveda, Principles and Pancha Karma Practice, 2012 p. 207 a 213

MANDIP, Ayurveda, Principles and Pancha Karma Practice, p. 5 e 6. 2012.

MORIN, EDGAR, 1921- **Os sete saberes necessários à educação do futuro** / Edgar Morin ; tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya ; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. – 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000. p 26

MURTY, K.R. Srikantha. 1^a ed. Varanasi: Chaukhambha Orientalia; janeiro 2017. p. 224

NASCIMENTO, M. C. do et al. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 12 [Acessado 22 Agosto 2021], pp. 3595-3604. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>>. Epub 19 Nov 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.

ROCHA, A Tradição do Ayurveda, 2010 p.15 ROCHA, A Tradição do Ayurveda, 2010, p.11

SRIKANTA MURTHY, Clinical Methods in Ayurveda, 1983. p. 30 a 33

SUSHRUTA Samhita Ilustrado Vol-1 cap Sutra Sthana 2 /3 - traduzido e comentado por KR SVOBODA, Ayurveda: Life, Health and Longevity, 1992. p. 45.

TESSER, C. D. , SOUSA, I. M. C. e NASCIMENTO, M. C. N.. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira**. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 9 Setembro 2021] , pp. 174-188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>.)

TESSER, C.D, LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e integralidade**. Cien Saude Colet 2008; 13(1):p.195-206

Vagbhata, Astanga Hrdayam, trad. Vidyānātha, 2013. p. 8 e 9.

Vagbhata, Astanga Hrdayam, trad. Pisharodi, 2016. p. 53 a 59.

Vagbhata, Astanga Hrdayam, trad. Pisharodi, 2016. p. 103 a 106 Vagbhata, Astanga Hrdayam, trad. SreeKumar, 2017. p. 270.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde [Internet]. Alma Ata;** 1978. Acessado em 07 de set. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.

CAPÍTULO 6

SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: FORTALECENDO O VÍNCULO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/03/2023

Julio Cesar Quaresma Magalhães

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Eny Marcia Ruggerini

Ricardo Monezi

“Sem o transcendente e o transpessoal, ficamos doentes, violentos e niilistas, ou então vazios de esperança e apáticos”

Abraham H. Maslow

RESUMO: Fato bastante conhecido e relevante é a procura de instituições religiosas em caso de sofrimento intenso, quer seja, de ordem física, mental, emocional ou espiritual. Em muitos casos o conforto imediato que se obtém, advém do acolhimento inclusivo que confere uma importante sensação de cuidado e pertencimento. O suporte religioso pode ser particularmente importante em momentos de doença crônica ou grave e

se constitui num recurso frequentemente utilizado. Contudo, durante muito tempo, a espiritualidade e a religiosidade estiveram fora dos limites de conversas em contextos acadêmicos e no campo da saúde. Por conseguinte, muitos profissionais de saúde não se sentem à vontade para discutir tais questões e os pacientes reconhecem, se ressentem e sofrem com isso. Oferecemos ao leitor definições e conceitos advindos de diversas tradições espirituais, enfatizando que espiritualidade é uma dimensão humana que deve ser experienciada, podendo isso se dar a partir de práticas religiosas formais, ou mesmo por uma *espiritualidade laica*, onde conectividade e transcendência são vivenciadas em relação com a natureza, a arte, o encontro e o culto. Este trabalho propõe uma importante reflexão acerca do papel da espiritualidade e religiosidade como recurso salutogênico e gerador de vínculo, no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ademais, o leitor encontrará diversas referências científicas que suportam a proposição de que o profissional de saúde, já na graduação, comece a trabalhar com o tema em atendimento supervisionado na Atenção Primária à Saúde, avaliando as necessidades espirituais do paciente e

suas implicações diagnósticas e terapêuticas diretas. O contato com o sofrimento humano, a partir de uma dimensão espiritual, pode suscitar os mais profundos sentimentos de respeito e alteridade sobre a espiritualidade e a religiosidade de cada pessoa e de cada comunidade e também despertar a compaixão. Esperamos contribuir para a humanização do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Religião e ciência; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT: A well-known and relevant fact is the search for religious institutions in case of intense suffering, whether physical, mental, emotional or spiritual. In many cases, the immediate comfort that is obtained comes from the inclusive reception that gives an important feeling of care and belonging. Religious support can be particularly important in times of chronic or serious illness and is a frequently used resource. However, for a long time, spirituality and religiosity were outside the limits of conversations in academic contexts and in the health field. Consequently, many health care professionals are uncomfortable discussing such issues and patients recognize, resent and suffer from it. We offer the reader definitions and concepts from various spiritual traditions, emphasizing that spirituality is a human dimension that must be experienced, and this may occur from formal religious practices, or even through a lay spirituality, where connectivity and transcendence are experienced in relation with nature, art, encounter and worship. This work proposes an important reflection on the role of spirituality and religiosity as a salutogen icresource and a generator of bonds, in the context of health promotion, prevention and recovery. In addition, the reader will find several scientific references that support the proposition that the health professional, already in graduation, start working with the topic in supervised care in Primary Health Care, evaluating the patient's spiritual needs and their diagnostic and therapeutic implications direct. The contact with human suffering, from a spiritual dimension, can arouse the deepest feelings of respect and otherness about the spirituality and religiosity of each person and each community and also arouse compassion. We hope to contribute to the humanization of care.

KEYWORDS: Spirituality; Primary Health Care; Empathy; UserEmbracement; Religionand Science;Integrality in Health.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Conhecer os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade.
- 2) Identificar a espiritualidade e a religiosidade como dimensões experienciais do humano.
- 3) Identificar o papel da espiritualidade e religiosidade como recursos salutogênicos e geradores de adesão e vínculo em todos os níveis de atenção à saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS).
- 4) Reconhecer as necessidades espirituais do paciente e suas implicações diagnósticas e terapêuticas diretas.
- 5) Perceber a espiritualidade e a religiosidade das pessoas e dos profissionais da saúde, como recursos terapêuticos potentes na geração da compaixão e humanização do cuidado.

6) Reconhecer a importância do tema saúde e espiritualidade no ensino e pesquisa no âmbito das diversas áreas de graduação em saúde e a necessidade de implementação do levantamento do histórico espiritual dos pacientes como prática de ensino-aprendizagem orientada para a integralidade do cuidado na APS. Perceber o franco desenvolvimento das pesquisas em ciência e espiritualidade publicadas em diversos periódicos indexados.

7) Refletir sobre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, bem como seus contextos social, cultural e comunitário, a partir de duas tradições religiosas específicas.

1 | INTRODUÇÃO: UM CONVITE À REFLEXÃO...

Deus não existe! ... Eu rezo para Ele todos os dias... Todos os dias eu recito o Pai-nosso da minha infância, que não quer dizer nada para mim. Nenhuma palavra faz sentido e, no entanto, isso me faz bem, sou fiel a essa prática desde sempre... (LELOUP, 2008, p. 9)

Eu havia ido ver o monge, em busca de consolo, sofrendo pela morte do meu filho... O monge começou a fritar dois peixes. Eu esperava um sábio discurso sobre a morte: Não se nasce, não se morre... A vida é uma ilusão... Deus dá, Deus tira, bendito seja Deus... Não pense na sua ausência, dê graças pelos 24 anos durante os quais alegrou sua vida... A gota divina regressou ao oceano original... Sua consciência se dissolveu na feliz eternidade... Tudo isso eu já havia dito a mim mesmo, mas o consolo que buscava nessas frases não acalmava meu coração. Ejo, o monge, só pronunciou uma palavra, Dói, e com uma reverência serviu os peixes. Comemos em silêncio. Compreendi (JODOROWSKY, 2016, p. 17).

Certa vez num encontro entre dois amigos um deles confessou sua profunda admiração pela felicidade que o outro demonstrava a todo instante e perguntou: "qual o segredo para ser feliz?" Com um sorriso estampado no rosto o amigo respondeu: "como não gostaria de ser julgado, não julgo ninguém. Como gostaria de ser sempre perdoado, perdão a todos. Como gostaria de ser amado, busco sempre amar. Como gostaria de ser aceito como sou, procuro sempre aceitar os outros como são. Como gostaria de ser ajudado sempre que necessário, ajudo sempre que posso..." Então, maravilhado com a resposta que acabara de receber, comentou com o amigo: "para viver com tanta nobreza e sabedoria você deve ter estudado muitos livros". E ouviu a seguinte explicação: "Não li muitos livros, mas apenas uma frase: - Tudo quanto, pois, quereis que os homens vos façam, assim fazei-o vós também a eles (Mt 7:12). (VIARD JR, 2018, pp. 16-17).

O que essas histórias têm em comum? Todas elas apontam para uma busca incessante de algo além. Algo que nos ajude a viver bem e ser feliz – a espiritualidade. O desejo de ser feliz e evitar o sofrimento faz parte da nossa própria natureza. Durante muito tempo, a espiritualidade e, também, a religiosidade estiveram fora dos limites de conversas em contextos da área da saúde. Por conseguinte, muitos profissionais não se sentem à vontade para discutir tais questões e os pacientes¹ reconhecem e se ressentem disso.

¹ Ao utilizar o termo "paciente", os autores desejam resgatar a etimologia primordial que remete à pessoa que passa

As necessidades espirituais, ainda hoje, são frequentemente colocadas debaixo do tapete, como se não tivessem impacto algum, fossem apenas reflexo da ignorância, fundamentalismos, fontes de conflito, algo não científico ou território apenas do profissional religioso.

Diversas evidências científicas (KOENIG, 2012; ROSMARIN; PARGAMENT; KOENIG, 2021; LUCCHETTI *et al.*, 2018; ADDISS, 2018; WEBER; PARGAMENT, 2014) contudo, apontam que o cuidado da dimensão espiritual é preponderante para que uma pessoa tenha vida longa e saudável.

Não é escopo das profissões da saúde colocar em questão a existência ou não de uma divindade ou a origem e natureza do sagrado. Isso não quer dizer que a espiritualidade e a religiosidade não sejam temas de alta relevância em relação ao processo saúde-doença-cuidado.

O ser humano, sujeito e objeto de nossa prática diária, é um ser multidimensional que se expressa, na saúde e na doença, também em sua dimensão espiritual. Como criação eminentemente humana, a religião é um fenômeno complexo, a um só tempo experiencial, psicológico, antropológico, sociológico, histórico, político, teológico e filosófico. Nas palavras de Eliade, citado por Dalgalarondo (2008, p. 17), para o homem religioso, o mundo existe porque foi criado pelos deuses e a existência mesma do mundo quer dizer *alguma coisa*. Para o *Homo religiosus*, o mundo *não é mudo, nem opaco*, não é uma coisa inerte, sem objetivo e sem significado; o *Cosmos vive e fala*. Para muitos que nunca viveram as experiências íntimas, pessoais e altamente emocionais da fé religiosa, o mundo pode ser fundamentalmente opaco, provavelmente sem objetivo e cujo significado é duramente construído e destruído por nós mesmos a cada minuto.

O vocábulo “fé” é a tradução do grego *pistise* do hebraico *aman*, amém, que remonta à raiz semítica *a-m-n*, com o sentido genérico de “merecer confiança”, “confirmar”, “apoiar” (GONÇALVES, 1966). A nossa palavra “fé” vem do termo em latim *fides*, radical de fidelidade. Fé é, pois, uma atitude de fidelidade e sintonia, como um aparelho de rádio sintonizado em alta fidelidade com a estação transmissora.

A “crença”, porém, substantivo derivado do verbo crer, não é, necessariamente, a mesma coisa que a fé. Entretanto, o substantivo latino *fides* não tem verbo e, assim, em português, temos que empregar um verbo de outro radical. Do latim *credere* fizemos “crer”, “crença” (ROHDEN, 2016). Diferentemente da fé, crenças podem ser limitantes e o que acredito posso também desacreditar.

A ausência de fé em uma divindade pessoal e providente, contudo, não exclui a possibilidade de outras formas de religiosidade. Dalgalarondo (2007, p. 17) chama atenção para a forma de se pensar a religião e a religiosidade de modo mais amplo:

pelo momento do adoecimento com a paciência e confiança necessária ao seu cuidador, e não somente enquanto um usuário de um determinado sistema de saúde, seja ele público ou privado. Convém ressaltar ainda que a abordagem do termo adotada nesse capítulo se aproxima da perspectiva que valoriza o protagonismo dos sujeitos/pessoas, famílias e comunidades no processo do cuidado em saúde.

A religiosidade laica seria análoga ou comparável a uma profunda admiração pelo mistério, uma atração indefinida pela dimensão poética da vida e do universo, uma percepção clara da insignificância do próprio eu e um desejo obscuro de transcendência, seja lá o que isso signifique.

Conceitualmente, parece que a “religiosidade laica” está mais próxima da noção de espiritualidade do que de religião propriamente dita. Para Dürckheim (1978), citado por Dalgalarondo (2007, p. 22), a *religião* é um conjunto de práticas e representações revestidas de um caráter sagrado, “*um sistema solidário de crenças e práticas relativo a entidades sacras, quer dizer, separadas, proibidas; crenças e práticas que unem em uma mesma comunidade moral, chamada igreja, a todos que aderem a ela*”.

Georg Simmel (1909/1997), filósofo e sociólogo alemão, citado por Dalgalarondo (2007), define religiosidade como um “estado” ou “necessidade” interna, assim como o conjunto de crenças ou conhecimentos que a tradição oferece na tentativa de satisfazer tal necessidade. Já o termo *espiritualidade*, segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), tem sido usado como um constructo com dimensão mais pessoal e existencial, tais como a conexão (ou uma relação) com Deus ou um poder superior e a busca individual do sagrado – um ser divino ou um senso de verdade e realidade última.

Fazem parte da espiritualidade as noções de *transcendência* e *conexidade*. *Transcendência* refere-se à ideia de um campo experiencial fora da existência material do dia a dia. *Conexidade* tem a ver com a percepção e a experiência de ligação – vínculo, com as pessoas (vivas ou mortas), com a natureza, com o cosmos, ao longo do tempo e do espaço.

A espiritualidade é uma das dimensões mais significativas da experiência humana subjetiva e cotidiana. Segundo Dürckheim, citado por Leloup (2003) , em sua abordagem terapêutica, além do consciente e inconsciente, é necessário também contemplar o supraconsciente, hoje chamado transpessoal, que integra e transcende os anteriores. Para tanto, ele sugere considerar os instantes privilegiados e transcendentais de nossa existência e incluí-los desde o início na anamnese:

– Para Leloup (2003, p. 28), quais foram os momentos privilegiados de sua vida?

Há instantes [denota DÜRCKHEIN] em que nos sentimos levados para fora da realidade familiar. O que experimentamos, então, parece não ser “deste” mundo. Trata-se de momentos singulares, marcados por algo maravilhoso que de repente nos toca. Tudo que vivemos está impregnado de uma qualidade particular. Uma espécie de encantamento nos torna ao mesmo tempo estranhos e absolutamente nós mesmos. É impossível dizer o que é e, aliás, se isto não fosse indizível, não seria mais “isto”.

Mesmo tratando-se de um sentido desconhecido, este inapreensível, este Totalmente Outro, é, entretanto, real, porque dele emana ‘uma força que lhe é própria. Ela banha com uma claridade e um calor singulares nossa consciência de viver. Por um instante, desligados dos poderes cotidianos, experimentamos uma impressão de extraordinária liberdade.

Dürckheim, Jung e Otto falarão, ainda, do “numinoso”: conceito derivado do latim *numen* significando emoção espiritual ou religiosa despertadora, misteriosa ou inspiradora. Designa uma qualidade de vivência em que nos é revelado o afloramento de uma outradimensão, de uma realidade que transcende a nossa consciência trivial. O que é vivido como numinoso, luz ou trevas, ameaça (ou transcende) a existência que vivemos e nos faz tremer. Nas palavras de Leloup (2003, p. 29), “do tremer erótico até o frêmito diante de Deus”.

A Espiritualidade como dimensão essencial humana pode ser experienciada, conforme apontado por Eliade (2010, p.232), citando o Purusa do Rig Veda, X, 90 “[...] como *Atman*, ele (Brahman) habita o coração do homem, o que implica a identidade entre o verdadeiro “Eu” e o ser universal.”

E também afirma *Sri Sathya Sai Baba* (2008) no discurso em Brindavan, Índia, 27 de maio de 1992:

Quando a investigação sobre a natureza do “Eu” for realizada, será descoberto que o “Eu” é a entidade onipresente, presente em cada ser vivo. Esta é a verdade da declaração védica: “Aham Brahmasmi” (Eu sou o Ser Supremo).

A Espiritualidade em seu aspecto vivencial evidencia que você, eu e o universo somos o mesmo. Dürckheim, segundo Leloup (2003), distingue quatro lugares privilegiados de *conectividade* e *transcendência*: a natureza, a arte, o encontro, o culto. Quase todos já experimentamos momentos de unidade com a “Mãe Natureza”, essa profunda “interconexão de todas as coisas” que nos revela a física contemporânea e que podemos experimentar quando somos arrebatados pela contemplação de um pôr do sol, de um céu estrelado ou de uma tempestade. A consciência dual que nos coloca insistenteamente na percepção sujeito/objeto parece momentaneamente se extinguir e se revela, então, a percepção de unidade, onde o “eu”, o sol, o céu estrelado ou a tempestade somos um.

Para muitos de nós é na linguagem da arte que se manifesta o numinoso. Podemos ser então tocados pelos acordes de uma sinfonia, pelas cores e traços harmonizados numa tela ou pelo movimento contagiate de uma coreografia. Contemplando, tocando, pintando ou dançando nos tornamos um com a realidade (LELOUP; BOFF, 2012).

Há também o encontro em que o homem e a mulher se desvelam para outro ser humano. O encontro numinoso pode se iniciar apenas com um olhar. Pode começar simplesmente no nível erótico do encantamento e da sedução e ir galgando os degraus do amor, de *porneia* a *agapé*. Somos únicos e somos um, nos reconhecemos desde a eternidade num primeiro encontro no aqui e agora. E o encontro se aprofunda no vazio de si mesmo quando o Ser que nos habita saúda o Ser que habita o outro.

Para muitos, o numinoso se presentifica mais intensamente no culto e seus rituais. A beleza das imagens dos santos ou do canto litúrgico; das deidades e seus mantras; dos orixás, a dança e o som dos atabaques; das palmas e os cânticos; dos testemunhos de fé; da palavra de um texto sagrado que parece sob medida para nós; da qualidade impactante

do silêncio. A oração como atitude do coração. O numinoso também se revela nos fatos cotidianos. Num olhar ou num sorriso de criança, no brilho de um cristal, no perfume de uma flor, no milagre da crisálida, no canto de um pássaro, nas cores do arco-íris, na paz de um bebê dormindo...

Leloup (2003) enfatiza que o sofrimento, o absurdo, a solidão, a doença e a morte, contudo, são também situações existenciais numinosas, propícias à revelação do Ser. A não-dualidade com o inevitável pode transformar-se em aceitação positiva que traz em si a potência de transformar o impasse em “passagem”. Podemos passar para um lugar em nós mesmos que não sofre e que está sempre aberto e disponível para nós.

Tudo que sabemos de Deus é sempre um ser humano que o diz a partir de sua experiência descrita nas diversas tradições e culturas. Podemos ir além das linguagens das tradições e buscar vivenciar a experiência que elas nos transmitem. É dessa forma que se diferencia a via iniciática da via mística. No caminho iniciático, a graça é um estado de ser e de relação com o real absoluto, em que a experiência numinosa pode não ser apenas aleatória, mas cultivada pelo exercício e pelo trabalho bem ordenado sobre si mesmo, obtido a partir das diversas práticas e exercício da espiritualidade e/ou da religiosidade.

O caminho iniciático pode oferecer os meios concretos de conexão com o Ser essencial, a partir de exercícios indicados nas diversas tradições e parte integrante das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): uma meditação sentada (*zazen*), o desenho meditativo, o trabalho com mandalas, o canto, a dança, as artes marciais, o yoga, a ikebana, as práticas de imposição de mãos, os mantras, mindfulness, o serviço altruísta, e tantas outras *práxis*. Podemos ainda citar os efeitos enteógenos do uso ritual da Ayahuasca (LABATE; ARAÚJO, 2009) e de outras *plantas de poder* utilizadas em grupo de forma ritual com o potencial de facilitar a conexão com o sagrado (GROF, 2020a).

Não existe um mapa ideal do terreno do crescimento pessoal, mas existem caminhos universais pelos quais os indivíduos viajaram para atingir a felicidade. A partir de uma perspectiva espiritual, existem, essencialmente, dois caminhos para o desenvolvimento: o caminho da sabedoria e o caminho do amor. O caminho da sabedoria envolve o discernimento e a renúncia estrita. Discernimento significa decifrar entre a

verdade e a falsidade e aplicar essa percepção de acordo com o tempo e as circunstâncias (LELOUP, 2003b).

O caminho do amor requer autorrendição àquilo que É – um caminho de humildade, serviço e alegria. Ser um e o mesmo com o que é, com “Aquele que É”, com o “Eu sou” que está no mais íntimo de nós. Qualquer um desses caminhos é uma senda genuína a ser percorrida; um desafiador percurso onde terapeuta (etimologicamente, aquele que cuida), qualquer profissional ou estudante da área da saúde que se coloque neste espaço, e paciente podem se tornar companheiros evolutivos na Grande Vida que os atravessa.

A qualidade essencial de um terapeuta é saber escutar. Mais do que alguém “supostamente sábio”, o terapeuta é “supostamente capaz de ouvir”. Uma escuta

acolhedora, atenta e inclusiva, fundamento do vínculo, despertará o paciente àquele nível de escuta de si mesmo, de seu próprio mistério e potência de auto-cura – seu *mestre interior*. A este respeito, Dürckheim citado por Leloup (2003, p. 46) escreve: “O médico que é, ou gostaria de ser uma pessoa integral e deseja, por conseguinte, tratar o paciente como um ser integral, deve aprender a criar também no doente as condições que lhe permitam curar-se a partir de seu ser essencial e de testemunhá-lo no mundo”.

Estamos falando da possibilidade de cuidar da saúde; de cuidar também do que não é doente em nós. Cuidar da multidimensionalidade e complexidade que somos. Espiritualidade, saúde e bem-estar têm caminhado juntos ao longo do tempo e são inerentes à própria busca do autoconhecimento, do autocuidado e da autocura da espécie humana e confunde-se com a própria busca da felicidade.

2 | DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO BIOPSICOSSOCIAL-ESPIRITUAL

Desde a década de 60 existe uma extensa discussão a respeito dos conceitos de “saúde e cuidado” que, por séculos, permaneceram arraigados e centralizados na questão da doença em detrimento do ser humano em sua integralidade. Em sua publicação, Engel (1977) nos apresenta o início de uma revolução conceitual com a proposição do modelo biopsicossocial, enfatizando o bem-estar psicossocial como um fator fundamental no desenvolvimento do que seria uma saúde integral, que para ser estabelecida exigiria o desenvolvimento de uma proposta de cuidado e autocuidado ampliadas a todos os setores da vida humana.

Corroborando as ideias de Engel (*op. cit.*), observa-se um movimento de deslocamento da ideia de que o ser humano deveria buscar “sobreviver às doenças” para viver bem: inicia-se o processo de pensamento sobre o conceito de que o modelo biomédico – centrado no materialismo, no organicismo, no reducionismo e no cartesianismo – deveria avançar à direção do exercício da Promoção de Saúde, assim conceituada pela Carta de Ottawa em 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 19):

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Dentro deste contexto ampliado, diversas pesquisas já apontavam para a necessidade da inclusão de mais um aspecto crucial no entendimento de saúde, cuidado

e promoção de saúde: a espiritualidade. Assim, de Oliveira; Junges (2021, p. 469) afirmam que: Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Para ela, a espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido.

A partir do posicionamento favorável de muitas instituições e pesquisadores a difundir o modelo biopsicossocial e espiritual, verificamos um redirecionamento em relação ao entendimento da importância da espiritualidade no autocuidado e cuidado ao próximo, como elemento fundamental de salutogênese (MARÇAL *et al.*, 2018), sendo um elemento facilitador no estabelecimento do chamado “senso de coerência na promoção de saúde” (JONAS *et al.*, 2014, p. 83):

O senso de coerência, considerado o ponto central da resposta para a questão salutogênica de manter a saúde é composto teoricamente por três variáveis que atuam conjuntamente, permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida cotidiana: compreensibilidade (capacidade de compreender um evento), maneabilidade (percepção do potencial de manipulá-lo ou resolvê-lo) e significância (significado que se dá a esse evento).

No amplo entendimento da espiritualidade aplicada aos processos de promoção de saúde, podemos exemplificar o quanto esta dimensão pode ajudar, por exemplo, pacientes de doenças crônicas a compreender seu adoecimento, buscando dentro das práticas espirituais ferramentas de manejo dos sintomas e de sua situação perante a doença, desencadeando processos internos que podem levar a pessoa à diferentes significados e ressignificados diante da sua condição.

Dessa maneira, podemos inferir que a espiritualidade, enquanto recurso de cuidado e autocuidado, além de elemento salutogênico e de promoção de saúde, pode ser uma via de acesso a elaborações de movimentos profundos de autoconhecimento (ESPIRITO SANTO, 2010), o que por si só, podem se configurar como elementos curativos, especialmente em relação às questões psíquicas que permeiam a saúde do ser humano, como a compreensão de si mesmo e de seu papel no mundo, e do quanto a espiritualidade e sua prática efetiva, são segundo Pierre (2017, p. 40), caminhos a serem constantemente perscrutados:

A forma como se vive a espiritualidade decorre da compreensão de cada um. (...) a espiritualidade está ligada ao autoconhecimento que nos leva a conhecer a dinâmica do ego, o ser com o qual nos identificamos e cuja pedra angular se baseia na ideia de separação da Fonte. A crença que estamos separados uns dos outros e de nossa divindade, é origem de todo sofrimento. Cumprê-nos então, detectar os fatores que constituem obstáculos para que a paz e a alegria sejam uma realidade em nossa vida.

Ainda corroborando a ideia da espiritualidade enquanto um ente dinâmico na constituição do ser humano Pinto (2009, p. 77) afirma que:

O autoconhecimento é construção-desconstrução-construção paulatina e cotidiana do reconhecimento dos limites, pessoais e exteriores, sempre móveis. A autoconfiança se fundamenta na sensação de se estar em casa no mundo e se fundamenta também na autonomia e no autoconhecimento, levando à fé, matriz do sentido e do sentido último, finalidade limite da espiritualidade. Autoconhecimento, autonomia, autoconfiança e fé só são possíveis e só têm sentido no contínuo contato e na contínua troca com os outros.

É notável a importância do autoconhecimento dirigido pela espiritualidade no resgate dos vínculos próprios e internos que muitas vezes o adoecimento fragiliza; também denota-se o quanto este movimento nato do aforismo grego - “Conhece-te a ti mesmo”, talhado no pronau do Templo de Apolo em Delfos, pode propiciar o fortalecimento e formação de novos vínculos interpessoais, como por exemplo – o vínculo “profissional de saúde-paciente”, que facilitariam a elaboração e execução de estratégias de promoção de saúde, especialmente na esfera da atenção primária à saúde, coerentes com a definição estabelecida pela Declaração de Alma-Ata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; CORRÊA; MÁRCIA; GUIMARÃES MOROSINI, 2008), que na ocasião a denominou como “cuidados primários de saúde”. Neste sentido, de acordo com o Ministério da Saúde (2002, p. 33), os cuidados primários em saúde:

são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam

o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Somente por meio da educação formativa e informativa dos diferentes profissionais de saúde, especialmente os envolvidos na APS, sobre o significado da abrangência da espiritualidade como elemento de conhecimento, autoconhecimento e reconhecimento, de cuidado e autocuidado, promoção de cura e formação de vínculos amplos intra e interpessoais, é que teremos a possibilidade real da consolidação de um modelo de promoção de saúde integral e de irrestrita abrangência. É nosso dever observar que a demanda pela incorporação da dimensão espiritualidade já é fato notório e corrente entre

os usuários do SUS, o que é corroborado por diversas publicações, como a de Pinheiros e colaboradores (2019, p.72) que ressaltam:

a imprescindibilidade da inclusão da espiritualidade na avaliação clínica dos usuários das Unidades de APS, tendo por pressuposto que o preconizado vínculo “médico-paciente” poderá otimizar o acolhimento, a escuta qualificada, a compreensão pelo profissional do significado do adoecer para o paciente, bem como o estabelecimento de um plano terapêutico capaz de considerar as especificidades espirituais e religiosas do paciente, favorecendo dessa forma, o prognóstico e o enfrentamento das adversidades, somáticas ou não, decorrentes do adoecimento.

2.1 Emergência espiritual – além do “*ego encapsulado na pele*”

A compreensão da espiritualidade como dimensão do humano, permite também corrigir os equívocos da civilização ocidental e da psiquiatria tradicional sobre o que é normal e o que é “louco”. Experiências transpessoais como reviver episódios da vida pré-natal ou do próprio nascimento, memórias ancestrais, filogenéticas e de vidas passadas, ou encontro com seres arquetípicos e visitas a reinos arquetípicos são aspectos perfeitamente normais do espectro experiencial dos estados holotrópicos de consciência. Experienciá-los pode expandir nossa visão de mundo e eles podem ser componentes importantes no processo de abertura espiritual e transformação interior (GROF, 2020a).

Jung foi o cientista que trouxe para os círculos acadêmicos o problema das coincidências significativas que desafiam as explicações lineares do rígido determinismo da visão científica ocidental. Descreveu suas observações inovadoras em seu famoso ensaio “*Sincronicidade: um princípio de conexão acausal*”, onde discorre sobre fatos determinados pelos instintos ou pelos arquétipos e que não podem ser compreendidos mediante o princípio da causalidade (JUNG, 1952).

Jung definiu sincronicidade como “uma ocorrência simultânea de um certo estado psíquico em um ou mais eventos externos que aparecem como paralelos significativos para o estado subjetivo momentâneo”. Em sua obra, ele descreve diversas coincidências notáveis em que vários eventos da realidade estavam significativamente ligados a experiências intrapsíquicas, como sonhos e visões. Situações assim, assinala (GROF, 2020a) mostram que nossa psique pode entrar em interação lúdica com o que parece ser o mundo da matéria.

O fato de que algo assim é possível obscurece efetivamente as fronteiras entre as realidades subjetiva e objetiva. Isso pode ser muito perturbador para pessoas que têm uma grande sensação de conforto e segurança proveniente da crença de que vivem em um mundo previsível regido por leis; quaisquer experiências que desafiem essa crença podem desencadear o medo da insanidade. Tal compreensão é condição *sine qua non* para abordagem dos estados de expansão da consciência, bem como das situações de emergência espiritual.

O termo emergência espiritual cunhado por Grof e Grof (1995) alude positivamente à palavra latina *emergere* que significa “emergir”; mas, se uma situação crítica se desenvolve subitamente, é referida como uma “emergência”. Nesse contexto podemos nos referir à emergência espiritual no sentido do ideograma chinês para crise, composto por dois pictogramas – perigo e oportunidade. Uma das mais importantes implicações da pesquisa dos estados holotrópicos da consciência é a constatação de que muitas das condições atualmente diagnosticadas como psicóticas e tratadas indiscriminadamente com medicação supressiva, são na realidade estágios difíceis de uma transformação radical da personalidade e evolução da consciência. Elas também tem grande potencial heurístico (GROF; GROF, 1995).

A literatura mística em todo o mundo descreve essas crises como importantes indícios do caminho espiritual e confirma seu potencial de cura e transformação que podem ser encontradas nas histórias de vida de místicos, santos, iogues e xamãs. Desse modo, é essencial o correto diagnóstico diferencial entre as crises psicoespirituais e estados místicos descomplicados, e os fenômenos psicopatológicos. As experiências de emergência espiritual possuem o potencial de nos ajudar, nas palavras de Alan Watts, citado por Grof (2020a), a romper o “*tabu de conhecemos quem somos*” e perceber que não somos “*egos encapsulados na pele*” e que, em última análise, somos equivalentes ao princípio cósmico criativo em si e a espiritualidade um aspecto vital, que dá sentido a existência humana.

Precisamos ir além da suposição metafísica básica de que a consciência humana é apenas o produto de processos neurofisiológicos no cérebro e está totalmente contida dentro do crânio. Até hoje essa pressuposição herdada da filosofia e ciência do século XVII, tem sido imune às diversas descobertas das pesquisas da consciência da psicologia transpessoal e mesmo da física quântica relativista (GROF, 2020b).

A incorporação à academia do tema saúde e espiritualidade, felizmente vem mudando esse paradigma em todo o mundo, considerando que preconceitos e dogmas não devem mais existir na ciência. No estado ordinário (“normal”) de consciência, experimentamos a nós mesmos como existindo dentro dos limites do corpo físico (a imagem corporal), e nossa percepção de mundo externo é restrita ao alcance de nossos órgãos sensoriais. Nossa percepção de realidade também é claramente definida pelas categorias de espaço tridimensional e tempo linear. Experienciamos, assim, somente a nossa situação atual e ambiente físico imediato; recordamos eventos passados e antecipamos ou fantasiarmos sobre o futuro. No estado ordinário de consciência, experimentamos a nós mesmos como objetos materiais separados do resto do mundo pela nossa pele – identificação com o *ego encapsulado na pele*.

Habitualmente não podemos sem utilizar a tecnologia, ver objetos dos quais estamos separados por uma sólida parede opaca, ouvir o que nossos amigos estão conversando em outra cidade, descrever com detalhes os eventos do centro cirúrgico se estamos em coma, ou durante uma experiência de quase morte.

Nos estados transpessoais de consciência, nenhuma das limitações acima é absoluta; qualquer uma delas pode ser transcendida. Segundo Grof (2020b), o espectro de experiências transpessoais é extremamente rico e inclui fenômenos de vários níveis de consciência diferentes, como Transcendência de Barreiras Espaciais, Transcendência de Barreiras Temporais, Exploração Experiencial do Micromundo, Extensão Experiencial além do Espaço-Tempo e da Realidade Consensual e Experiências Transpessoais de Natureza Psicóide.

As necessidades humanas incluem mais do que necessidades materiais e só poderão ser satisfeitas a partir de uma mudança radical na forma de perceber e viver no mundo. A sensação de conexidade e pertencimento à natureza, e a incorporação de experiências que transcendem a realidade consensual está presente na raiz de todas as tradições espirituais. É urgente reconhecer, resgatar e experienciar a interconexidade de toda a teia da vida, onde a humanidade faz parte de uma totalidade viva mais ampla. Nós não existimos, apenas coexistimos junto com outros seres com os quais mantemos relações de troca de inter-retro-dependência no micro e no macrocosmo. Nas palavras de Hanh (2000, p.14) nós *inter-somos*:

Se você for um poeta, verá claramente que há uma nuvem flutuando nesta folha de papel. Sem uma nuvem, não haverá chuva; sem chuva, as árvores não podem crescer e, sem árvores, não podemos fazer papel. Se olharmos mais profundamente ainda, vamos poder ver os raios de sol, o lenhador que cortou a árvore, o trigo que o alimentou na forma de pão e o pai e a mãe do lenhador. Sem todas essas coisas, esta folha de papel não pode existir. Na verdade, não podemos apontar para nada que não esteja aqui – tempo, espaço, a terra, a chuva, os minerais e o solo, os raios de sol, a nuvem, o rio, o calor e a mente. Todas as coisas co-existem com esta folha de papel. Assim podemos afirmar que a nuvem e a folha de papel “intersão”. Nós não podemos ser apenas nós mesmos; nós temos de intersetar com todas as demais coisas.

2.2 Espiritualidade como Recurso Terapêutico e Objetivo de Ensino-Aprendizagem

Entre as possibilidades de aplicações práticas da espiritualidade no contexto do tratamento, reabilitação, prevenção e promoção de saúde poderíamos pensar em sua inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente pelo seu posicionamento privilegiado dentro do SUS e também por se configurar como fundamental no empoderamento da atenção básica (AB).

Pragmaticamente, a espiritualidade, em seu senso mais amplo e com bases científicas, respeitando todas as crenças e ritos, valorizando seus potenciais terapêuticos, poderia ser mais bem explicada e exemplificada aos profissionais da linha de frente da AB, que a partir de um maior conhecimento e valorização deste constructo poderiam estabelecer um ambiente otimizado de atendimento e relação com a população alvo de

seus cuidados. Com a finalidade de corroborar esta ação também poderiam ser pensadas atitudes proativas e convergentes entre os equipamentos de saúde e unidades religiosas pertencentes a uma determinada região, de modo que todos pudessem se sentir mais seguros de que o cuidado espiritual e o cuidado à saúde estão alinhados e mutuamente se apoiam, configurando-se também, como exemplos de alteridade e cooperação no estabelecimento de práticas efetivas de promoção de saúde integral e potentes agentes transformadores das realidades, tanto nos âmbitos micro quanto macrorregionais.

Ao se pensar em tecnologias de cuidado à saúde que poderiam ser empregadas e ensinadas como elementos terapêuticos aos profissionais de saúde componentes da ESF e usuários do sistema, poderíamos cogitar um emprego mais amplo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), incluindo a Espiritualidade/Religiosidade na construção de um sentido de cuidado e autocuidado.

Nesse contexto, verificamos que estudos, como os conduzidos e descritos por Koenig (2012), sugerem que a avaliação das necessidades espirituais do paciente tem implicações diagnósticas e terapêuticas diretas, que justificam que o profissional de saúde tome um certo (e pequeno) tempo para a atender a essa necessidade - o que traz um grande alento e aumento do vínculo e da confiança na relação profissional-paciente. Koenig (2012) aponta que os motivos são diversos:

- pacientes religiosos quando enfermos e com grande sofrimento, tendem a vivenciar, caladamente, diversos conflitos religiosos, perguntando-se por que Deus não estava respondendo às suas preces, por que permitia que sofresse tanto, se tinha feito algo de errado para merecer isso, por que seus amigos de igreja pararam de ligar? (nada disso é mencionado se não existe abertura para o tema)
- Pesquisas pós-hospitalização revelam que o lapso em atender a necessidades emocionais e espirituais é uma das mais frequentes reclamações.
- A religião influencia a capacidade do paciente de enfrentar a doença, podendo ser importante aliada na tomada de decisão de cooperar com o tratamento planejado e aderir às terapias médicas, principalmente nas enfermidades crônicas.
- Considerando os efeitos adversos do estresse e suas repercussões imunológicas, endócrinas e cardiovasculares, verifica-se que a religião através de suas práticas, possa reduzir bastante esses danos.
- As crenças e os rituais religiosos podem entrar em conflito com ou de alguma maneira influenciar as decisões profissionais tomadas pelos pacientes, sobretudo quando estão com doenças graves.

Como profissionais de saúde podem integrar espiritualidade no atendimento ao paciente de forma sensível e sensata? Aprendendo a lidar com esse tema! Propomos que no âmbito da APS, os alunos no início das diferentes graduações em saúde, possam ser orientados por seus professores/tutores a fazer o levantamento do *histórico espiritual*,

a fim de valorizar e aprender a lidar com esse tema, fortalecendo o vínculo e criando disponibilidade para uma escuta inclusiva e acolhedora contemplando a dimensão espiritual do humano.

Segundo Koenig (2012), o histórico espiritual pode ser bastante breve e não deve levar mais do que dois ou três minutos. Para tanto, desenvolveu uma avaliação do histórico espiritual para pacientes clínicos (chamado CSI-MEMO) que consiste das seguintes questões:

Suas crenças religiosas/espirituais oferecem conforto ou são uma fonte de estresse?

Você tem crenças espirituais que possam influenciar suas decisões médicas?

Você é membro de alguma comunidade espiritual, e ela oferece suporte a você?

Você tem alguma outra necessidade espiritual que gostaria de ser atendida por alguém?

As respostas do histórico espiritual devem ser documentadas e fazer parte da narrativa do estudante em sua prática de campo. Além disso, devemos levar em conta que esse levantamento histórico espiritual, tem um alto potencial terapêutico, seja por meio da escuta qualificada do paciente, seja da retomada através da memória de que a espiritualidade que se volta ao cuidado apresenta raízes profundas.

Fundamentada nos saberes populares, muitos deles advindos dos primórdios da construção da sociedade brasileira e sua miscigenação, não apenas étnica e cultural, mas também de suas tradições e práticas espirituais, onde o catolicismo dos colonizadores europeus se integrou às práticas oriundas do continente africano através dos povos escravizados e que, mais tarde, se somou às crenças de diversos grupos imigrantes, especialmente os de origem oriental, como os japoneses (ROMÃO, 2018).

Levando em conta a natureza reflexiva e exploratória deste capítulo, convidamos o leitor a conhecer um pouco mais sobre como duas dessas vertentes religiosas, expressivas em relação ao número de seus adeptos/praticantes que trabalham dentro de seus respectivos contextos o binômio saúde-espiritualidade. São elas, as religiões de matriz africana, em especial o Candomblé e a Umbanda, e a religião Messiânica, praticada pela Igreja Messiânica Mundial (IMM).

2.3 Avivência individual do divino e os desafios da dimensão sociocomunitária e cultural de sua manifestação: a igreja messiânica e as religiões afro-brasileiras na rede básica de saúde

O Brasil é um país que se caracteriza pelo profundo espírito religioso de sua população, pela pluralidade religiosa em seu momento atual e pelo fenômeno do sincretismo religioso em função de sua história. No último censo de 2010, observamos a quantidade de diferentes religiões estabelecidas e o grande número de adeptos de cada uma delas.

Quadro 1: Dados sobre número de adeptos religiosos segundo religião extraído do censo demográfico IBGE 2010. (IBGE, 2010):

Religião	Número de pessoas
Igreja Católica	123.972.524
Igrejas Evangélicas	42.275.440
Espírita (kardecista)	3.848.876
Umbanda	407.331
Budista	243.966
Candomblé	167.363
Judaísmo	107.329
Igreja Messiânica Brasileira	103.716
Outras religiões orientais	52.235
Islâmica	35.167
Outras religiões afro-brasileiras	14.103
Múltiplo pertencimento religioso	643.598
Sem religião	15.335.510

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>(IBGE, 2010).

Como pode ser observado, as três religiões que possuem mais de um milhão de adeptos são, respectivamente, a católica, a evangélica e o espiritismo, o que condiz com os aspectos históricos, sociais e econômicos do país. As religiões obedecem a ações litúrgicas e as leituras sagradas para despertar nos fiéis o fortalecimento de fé e a crença em seres superiores invisíveis. Várias tem em sua essência orientações que contribuem para uma mudança no estilo de vida, adquirindo assim mais saúde além do fortalecimento religioso/espiritual.

Dados do IBGE (2010) apontam que, juntando a umbanda e o candomblé sob o guarda-chuva de religiões afro-brasileiras, chega-se ao montante de 574.694, ao mesmo tempo em que se considerar as demais religiões que assim se denominam alcança-se o número de 588.797.

Por sua vez, a Igreja Messiânica possui 103.716 e se somar este número às outras religiões que possuem proximidades geográficas de origem e alguma relação filosófica,

como o budismo e outras de origem oriental, chega-se a 399.917 fiéis. Em publicação recente a Igreja Messiânica Mundial do Brasil (2021) informa a existência de cerca de 1 milhão e oitocentos mil seguidores, sendo 500.000 ministrantes de Johrei.

Neste capítulo vamos nos ater em especial a duas vertentes religiosas, a saber: as Novas Religiões Orientais (NRO) e as religiões afro-brasileiras, por representarem um número considerável de adeptos que podem procurar a APS e ainda porque ambas se baseiam em orientações práticas de conhecimentos tradicionais e ações que constituem elementos terapêuticos para a promoção de saúde e prevenção de doenças, além dos cuidados para elevação da espiritualidade e o fortalecimento da fé.

2.4 A Igreja Messiânica e as Religiões Afro-brasileiras: suas definições e histórias

Oficialmente, as religiões japonesas são divididas em dois grandes grupos, quais sejam, as religiões estabelecidas e oficiais, Budismo e Xintoísmo, e as chamadas novas religiões orientais (NRO), que surgiram a partir do final do séc. XIX e início do séc. XX. O movimento de expansão das novas religiões japonesas no Brasil teve início com a vinda dos primeiros migrantes japoneses para o país. Muitos dos migrantes e seus familiares eram membros de grupos das novas religiões, tais como Omotokyo, Tenrikyo, Seicho-nole, Igreja Messiânica e SokaGakkai, entre outras (GODOY; CASTILHO, 2007).

A partir da década de sessentado mesmo século, as novas religiões japonesas iniciaram o processo de expansão de suas atividades para além dos limites da comunidade nipo-brasileira. Desde então, os grupos têm alcançado adeptos e seus elementos doutrinários foram incorporados ao cenário da diversidade religiosa brasileira. A Igreja Messiânica surgiu no Japão em 1935 através de seu fundador Mokiti Okada. No Brasil foi iniciada em 1955 por meio do trabalho de divulgação de pioneiros japoneses e era restrita inicialmente aos descendentes da comunidade japonesa. Em 1962, instala-se a Sede Central e então a expansão da doutrina para os brasileiros.

No que tange às religiões afro-brasileiras, deve-se destacar que, sob este nome, têm-se um conjunto de grupos e comunidades religiosas que possuem, em maior ou menor grau, relação com a África e, simultaneamente com o Brasil, o que traz, para a análise, uma complexidade considerável e de não fácil enfrentamento. Esta complexidade se refere tanto ao fato desta nomenclatura conter radicais que não expressem necessariamente totalidades (religiões, afro e brasileira), quanto expressar um encontro entre realidades distintas, o que sempre significa a incidência de questões como diálogo, poder, cultura, ideologia, organização social, violência física, violência simbólica e evolução histórica, dentre outras questões que poderiam ser apontadas (AMARAL; SILVA, 2006).

Logo, deve ser ressaltado que sob este manto, encontram-se um conjunto variado de grupos religiosos, de histórias institucionais, de maior proximidade ou afastamento à

religiosidade popular ou à religiosidade hegemônica, de tentativa de reafricanização de suas práticas, de superação de preconceitos e de enfrentamento da sociedade e do próprio Estado como possibilidade de continuidade de professar e de praticar sua religião. Como exemplos destas religiões, podem ser citadas o Candomblé, em suas diferentes nações, como a Ketu, a Jeje e a Angola, a Umbanda, também com suas diferentes facetas, como as Bantus, a Omolokô, a Sagrada e as que se denominam como ligadas à tradição do Zélio de Morais, dentre outras que poderiam ser citadas, além do Xangô, em Pernambuco, do Tambor de Mina, no Maranhão, e do Batuque, no Rio Grande do Sul, por exemplo (CARNEIRO, 2008; OLIVEIRA, 2008).

Para os efeitos deste texto, serão abordadas somente o Candomblé, com maior ênfase na nação Ketu, e a Umbanda, de modo que se possa ser o mais específico possível, embora ambas já se configurem como um vasto universo. A partir deste momento, então, quando este texto utilizar a expressão *religiões afro-brasileiras* está se referindo, especificamente, à nação Ketu do candomblé e à umbanda, ainda que se reconheça que sob estes títulos há um universo que não será completamente abordado aqui ou que se reconheça, ainda, que diferentes aspectos abordados podem ser aplicados a outras religiões desta matriz.

2.5 Potencialidades e desafios da inclusão da Igreja Messiânica e das Religiões Afro-brasileiras no sistema de saúde: crenças e aspectos a serem observados e respeitados

2.5.1 Igreja Messiânica – um exemplo das novas religiões orientais

De um ponto de vista sociológico, a bibliografia acadêmica assinala o caráter atrativo das NRO por não enfatizarem a culpa e o pecado, fato também frequentemente mencionado pelos fiéis. As NRO são consideradas como o principal e mais forte movimento religioso de seu país de origem (Japão) e a mais influente contribuição espiritual da colônia japonesa à sociedade brasileira (TOMITA, 2016).

Consideram-se fundamentais as crenças sobre o destino, as relações humanas e o bem-estar pessoal centralizados na concepção de um poder espiritual e moral que deriva das próprias capacidades dos indivíduos mediante a concepção de um eu interior, eu divinizado. A natureza humana é entendida por um substrato divino que se torna a base e também o incentivo para que, através de um esforço consciente, o homem possa revelar suas inerentes capacidades espirituais. Estas considerações implicam em uma ênfase dada na cura pela fé e no destaque do papel do pensamento positivo em transcender a matéria.

Duas abordagens decorrem desta faceta. A primeira é a visão do homem ter em si uma natureza boa e ser o mal uma impureza. Na segunda, ordena-se um sentido de orientação na mudança de atitudes e de pensamentos do adepto, relacionado à sua participação em cerimônias que centralizam valores de purificação.

Segundo Okada (1996, p. 3) a missão da sua filosofia está contida no texto que segue:

Ao longo de três mil anos, a humanidade veio se afastando cada vez mais da Lei da Natureza (...). Movido pelo materialismo, que o faz acreditar apenas naquilo que vê, e pelo egoísmo, que o leva a agir de acordo com sua própria conveniência, o homem tornou-se prisioneiro de uma ambição desmedida e inconsequente e vem destruindo o equilíbrio do planeta, criando para si e seu semelhante, desarmonia e infelicidade. As graves consequências do desrespeito às Leis Naturais podem ser verificadas na agricultura, na saúde, na educação, na arte, no meio ambiente, na política, na economia e em todos os demais campos da atividade humana. Essa situação já chegou ao seu limite. Se continuar agindo assim, é certo que o homem acabará destruindo o planeta e a si mesmo. A Filosofia de MokitiOkada tem objetivo de despertar a humanidade, alertando-a para essa triste realidade. Ela cultiva o espiritualismo e o altruísmo, faz o homem crer no invisível e ensina que existem espírito e sentimento não só no ser humano, mas também nos animais, nos vegetais e nos demais seres. A Difusão do Johrei, o desenvolvimento da Agricultura Natural e a divulgação do Belo são práticas básicas da filosofia de MokitiOkada, capazes de transformar as pessoas materialistas em espiritualistas e as egoístas em altruístas, restituindo ao planeta seu equilíbrio original. Seu objetivo final é reconduzir a humanidade a uma vida concorde com a Lei da Natureza e construir uma nova civilização, alicerçada na verdadeira saúde, na prosperidade e na paz.

2.5.2 Religiões Afro-brasileiras: o candomblé e a umbanda em questão

Frente a isto, qual é o primeiro desafio no acolhimento das pessoas destas religiões, independente de qual seja, nas unidades básicas de saúde? Aponta-se, sem medo de equívocos, que é a superação do preconceito religioso por parte dos profissionais de saúde e das pessoas que as frequentam, em especial se os fiéis utilizarem vestuários e objetos que os identifiquem como tais, o que é frequente. Limitando-se a uma análise rápida e restringindo-se à cidade do Rio de Janeiro, pode-se observar uma crescente hostilidade a estas religiões nos últimos anos, com destaque para dois eventos.

O primeiro se refere à violência perpetrada através de uma pedra contra a menina Keylane Campos, de 11 anos e candomblecista, na saída de um ritual religioso no dia 14/06/2015. A vítima, além do ferimento físico resultante da situação, descreveu que será difícil esquecer a situação e que a revive constantemente (G1 - MENINA VÍTIMA DE INTOLERÂNCIA RELIGIOSA DIZ QUE VAI SER DIFÍCIL ESQUECER PEDRADA -

NOTÍCIAS EM RIO DE JANEIRO, [s. d.]. O segundo, publicado pelo jornal Extra (2021) nos primeiros dias do ano em curso, mostra o crescimento do Complexo de Israel, conjunto de favelas da Zona Norte do Rio controlado por traficantes e milicianos que se dizem evangélicos e proíbem a prática das religiões afro-brasileiras (SOARES, 2021).

Além disto, ao lado de ações como as citadas no parágrafo anterior e também levada a cabo pelos organismos do Estado até um passado bem recente, Silva e Serejo

(2017) julgado pelo Tribunal Regional Federal da 1^a Região, no campo jurídico brasileiro e na reafirmação de formas de intolerância religiosa praticadas pelo neopentecostalismo contra as religiões afro-brasileiras. Para tal, descreve um breve histórico da perseguição às religiões afro-brasileiras e conduz a uma reflexão sobre o subjetivismo dos julgadores diante da apreciação dos casos concretos como vetor do agravamento de desigualdades substanciais. Utiliza-se a abordagem de avaliação qualitativa de um estudo de caso e como procedimento metodológico a análise documental de peças judiciais constante dos autos eletrônicos do sítio do Ministério Público Federal e Justiça Federal (petição inicial do MPF, decisão liminar da 4^a Vara Federal da Bahia e os votos da 6^a Turma do TRF-1 apontam, baseando-se em Prandi, que estas religiões são alvo de desconfiança por parte das pessoas e que ocupa um lugar secundário e desprezado na organização social, ganhando, ainda, os adjetivos de cultos bárbaros, primitivos e ameaçadores. Em função de todo este quadro complexo e mesmo considerando a religiosidade dos profissionais de saúde, torna-se necessário a construção de um espaço de liberdade e de ação laica em que se permita que os religiosos de matriz africana tenham o direito de frequentar as unidades de saúde sem nenhum tipo de constrangimento.

Deve-se, ainda, problematizar com os profissionais o sentido de frases ditas de maneira frequente, mas que se constituem como racismo religioso, como “chuta que é macumba”, “sua macumba não pega”, “se macumba funcionasse campeonato baiano só terminava empatado”, “Exu é diabo”, “vocês não fazem o mal, não é?” e por aí em sequência. Esta problematização tem o objetivo de impedir o uso de tais expressões na sociedade de um modo geral, mas em especial nos contextos institucionais.

Frente a este contexto, considera-se importante apresentar dois marcos legais no que tange à proteção do pensamento, da prática e das comunidades religiosas, sendo o primeiro a própria Constituição Federal de 1988 (ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1988, 1988) que inclui a liberdade religiosa como um dos seus princípios, nos incisos VI, VII e VIII do artigo 5º, prevendo três dimensões principais desta liberdade, quais sejam, a de crença, a de culto e a de organização religiosa. O segundo refere-se à lei 9.459, de 13/05/1997 (BRASIL, 1997), que trata de situações de discriminação, ofensa e injúria em função da raça, cor, etnia, procedência nacional ou religião. A punição estabelecida nesta lei é de um a três anos de reclusão e aplicação de multa.

Os profissionais de saúde devem estar atentos em função das recurrentes situações de intolerância com pessoas que compõem, em especial, religiões afro-brasileiras, bem como as também recurrentes situações de destruição de seus locais de culto. A unidade de saúde pode se constituir como um espaço de cidadania e de construção do respeito às diferenças como forma de convivência social, valorizando a cultura afrodescendente e resgatando a dívida histórica que se tem com a população negra, sua religião, sua história e sua cultura.

A segunda questão que se coloca neste processo de acolhimento e criação de vínculo na rede básica, é a clareza de que estas religiões podem ser consideradas como

integradoras do homem ao seu ambiente natural e espiritual, assim como elas superam, em grande parte, a clássica separação religiosa ocidental entre o sagrado e o profano. Neste sentido, há uma globalidade da concepção do homem e do seu desenvolvimento em sua história de vida e no da humanidade, em que o Divino, a natureza, o humano e a cultura interagem como forma de manutenção de equilíbrio que promove a saúde, o bem-estar, a esperança e a possibilidade de viver e de deixar viver.

A terceira é que, desta forma, o acolhimento e o atendimento devem incluir um diálogo que absorva, além das queixas objetivas, uma profunda abertura para as construções simbólicas e religiosas que as pessoas possuem, inclusive aquelas em que se crê na interferência do mundo espiritual na realidade concreta humana. No caso das religiões afro-brasileiras em que se tem preceitos importantes a serem obedecidos, acessos a oráculos em que os deuses são consultados, possibilidades de diálogo com pessoas em transe em que se acredita serem entidades que ajudam na construção de sentido diante da realidade e as crenças em um encontro importante entre a realidade transcendente e os desafios da vida humana. Estes aspectos possuem importância porque aumenta a possibilidade de adesão à terapia, da construção de aliança de saberes e de melhor possibilidade de êxito na educação em saúde.

Este diálogo e esta aliança de saberes, entre os profissionais e os fiéis de religiões afro-brasileiras no âmbito das unidades de saúde, devem se dar no reconhecimento de duas lógicas distintas que consolidam dois universos diferentes: o primeiro universo é organizado pela lógica científica e técnica, mas reconhece que os profissionais também possuem suas crenças próprias e são perpassados pelo senso comum que o circundam, enquanto o segundo se organiza ao redor da teológico-experiencial, mas também é atravessado pela ciência e pela técnica, na dependência da formação acadêmica ou profissional ou do acesso à difusão científica, tão comum nos dias atuais.

Por isto, é fundamental um encontro e a construção de uma relação em que cada ator social exponha as potencialidades de ambas em uma determinada situação e consiga, sobre elas, construir uma síntese criativa e plural para os dramas da existência humana.

Na esteira desta discussão, Ferretti (2003) aponta que é necessário atentar para a lógica da explicação das situações de saúde e da doença no seio destas religiões que, de maneira muito sintetizada, referem-se ao físico ou ao espiritual. As doenças físicas são aquelas que possuem diagnóstico na comunidade biomédica e científica e requerem atenção especializada, embora sua solução nem sempre prescinda de outras formas de saber, mas sem o abandono dos recursos e da eficácia do sistema de saúde oficial. A espiritual, por sua vez, possui as manifestações somáticas ou psicológicas que nem sempre possuem correspondência com o funcionamento sistêmico do organismo, mas que é compreendida por seus códigos simbólicos, religiosos e espirituais pelos sacerdotes de uma comunidade religiosa que, para ela, possuem indicações e encaminhamentos de resolução.

Esta autora ainda complementa, tornando a situação um pouco mais complexa, ao dizer que “as doenças nunca são consideradas exclusivamente físicas ou espirituais, os

doentes que procuram os terreiros [...] podem ser tratados ao mesmo tempo por clínicos e por especialistas religiosos" (p. 1). Desta maneira, reforça-se, ainda mais, a necessidade do diálogo e da construção da síntese entre os profissionais e os fiéis para conseguirem oferecer respostas complexas para o complexo fenômeno do processo saúde-doença.

2.5.3 Os aspectos práticos de ambas as comunidades religiosas que os profissionais de saúde devem ficar atentos para inclusão no cotidiano das unidades

Com relação à Igreja Messiânica destaca-se a importância do Johrei. O Johrei é um método de canalização de energia espiritual (Luz Divina), para purificação do espírito, capaz de transformar as desarmonias espiritual e material em harmonia. Quando o homem tem pensamentos, palavras e ações que contrariam sua verdadeira natureza altruísta e espiritualista, ele acumula impurezas em seu corpo e em seu espírito, fazendo com que as doenças, os conflitos e as dificuldades financeiras aumentem.

De acordo Okada (2018a, p. 152), o Johrei purifica o espírito e desperta a verdadeira natureza divina do homem, restabelecendo seu equilíbrio original. Logo, dizemos que o Johrei é um método de criar felicidade:

Embora possa parecer que o Johrei da nossa religião tem por objetivo a cura das doenças, na verdade, não é só isso. Ele tem um significado muito maior... Em poucas palavras, poderíamos dizer que ele é um método de criar felicidade.

O messiânico qualificado para ministrar Johrei, transmite a energia espiritual ao seu semelhante por meio da imposição das mãos. A vibração do Johrei atua no espírito e se reflete no corpo trazendo bem-estar espiritual, mental e físico, independentemente da crença do recebedor.

Em uma revisão sistemática (SOUZA ALVES; OLIVEIRA CRUZ; VALADARES TRIPPO, 2017) foram encontrados efeitos terapêuticos do Johrei sob o estresse, ansiedade, depressão, sensação de bem-estar, na modulação da função imunológica, nos sintomas dolorosos, no incremento das ondas α no córtex frontal e central do cérebro e na melhora da condição do sono; bem como efeitos físico-químicos e fisiológicos relacionados à cristalização de cristais de sacarose, ao comportamento hidrodinâmico da água e à viabilidade de células cancerígenas de diferentes linhagens. Dessa forma, o Johrei pode vir a contribuir como uma terapia complementar e integrativa na fisioterapia e demais áreas da saúde. (NAITO *et al.*, 2003; REECE *et al.*, 2005; TAFT; MOORE; YOUNT, 2005).

Além do Johrei, podem ser ressaltadas o papel da agricultura e alimentação natural, que tem seu fundamento na Verdade da Lei da Natureza e caracteriza-se por dar vida à missão do solo, mantendo-o puro. É justamente a pureza do solo que lhe permite produzir alimentos saudáveis com elevada energia vital. Para Mokiti Okada, o termo "agricultor" significa "tesouro", realçando, dessa forma, a importância do agricultor para a sociedade.

Afinal, se os agricultores não produzissem os alimentos, os consumidores estariam em apuros. Ele ensina que é a energia vital dos alimentos que sustenta o espírito do homem; analogamente, a parte material deste é que sustenta o corpo. Portanto, a fonte da vitalidade humana está no provimento da energia vital: a força ou a fraqueza do corpo estão relacionadas ao maior ou menor fornecimento desta energia.

A prática da Agricultura Natural contribui para o consumo de produtos com elevada energia vital, fundamentais para preservar e melhorar a saúde do ser humano. Associado ao estudo e prática da agricultura natural, existe o incentivo do consumo desses produtos, na adoção de hábitos saudáveis que promovam a verdadeira saúde. É um estilo de vida que proporciona um olhar abrangente para os vários aspectos relacionados à alimentação. Além dos já citados, pode-se apontar ainda uma dimensão estética, através do belo.

“O Belo não é simplesmente uma satisfação individual, mas também o que causa uma sensação agradável aos outros; assim, podemos dizer que é uma espécie de boa ação” (OKADA, 2018B, p.90).

Ou seja, a arte, que é uma manifestação do Belo não é apenas um deleite para os olhos do ser humano, mas também a materialização da sensibilidade espiritual humana e expressão dos sentimentos de bem por meio das composições que o artista cria.

Independentemente dos métodos anteriores - Johrei e Agricultura natural -, é de extrema urgência elevar o espírito das pessoas através do Belo. Quando falamos sobre o conceito de Arte, não podemos segregá-lo dos conceitos religiosos, pois essa transcendência está intimamente relacionada com o sentimento de salvação e construção de um mundo livre dos males que agridem o ser humano. É importante esclarecer que a Arte, apesar de sua íntima ligação com a religião, não se limita a artigos religiosos ou símbolos sagrados. Antes, Meishu-Sama procura, por meio da espiritualidade, elevar os sentimentos e o caráter do ser humano.

Neste sentido, destaca-se a importância de se “enobrecer os sentimentos do homem e enriquecer-lhe a vida, proporcionando-lhe alegria e sentido, é a missão da Arte, a qual assume uma posição na sociedade até hoje inimaginável”(OKADA, 2018b).

No que tange às religiões afro-brasileiras, os aspectos que devem ser abordados e enfocados pelos profissionais se referem a algumas questões práticas que serão colocadas a seguir:

É importante que as unidades básicas de saúde conheçam de maneira importante os pontos de apoio da comunidade onde se inserem, e isto inclui, de maneira privilegiada, os templos religiosos, como os terreiros de candomblé e de umbanda (ou os espaços de outras religiões afro-brasileiras);

Neste mesmo sentido, as hierarquias religiosas são relações importantes que devem ser mantidas com vistas à colaboração mútuas e à possibilidade de auxílio em sínteses pertinentes diante de casos concretos de adoecimento de pessoas que confessam o mesmo credo;

A verificação da possibilidade de inclusão de uso de ervas no tratamento estabelecido, de modo que se permita a criação de uma familiaridade em sua introdução no cotidiano, superando as características que às vezes apresenta, como as de invasores simbólicos e culturais;

A atenção aos preceitos alimentares que são frequentes nestas religiões, de modo que não se indique o que não é permitido ou se desestimule o que é autorizado;

A construção de uma agenda de consultas e atendimentos que possam ser negociados com o calendário da comunidade religiosa, de modo que o paciente possa ter melhores possibilidades de aproveitamento em ambos os locais;

o estímulo à cultura religiosa com matriz africana e a valorização de seus vestuários, adereços e costumes, como forma de diminuir o preconceito e a discriminação; e

a construção de uma equipe multiprofissional, que inclua as lideranças religiosas, para se discutir os principais problemas de saúde da comunidade e a construção de soluções comunitárias e coletivas, dentre outras que poderiam ser citadas.

Há muitos desafios no atendimento às pessoas que professam as religiões de matriz africana no Brasil e estes desafios são históricos, sociais, culturais, simbólicos, políticos e pessoais. Tudo isto atravessando dois sujeitos (usuários e profissionais) que se encontram no âmbito da unidade de saúde para olharem para a realidade humana da saúde, da doença e da morte, ambos com suas construções singulares e suas visões de mundo. Mesmo se caracterizando como um desafio complexo e bastante amplo, o diálogo franco, a capacidade de ouvir, a abertura ao outro e à sua alteridade e o respeito irrestrito como a base de um acordo de convivência podem ser pontapés iniciais promissores para maior nível de saúde, elevação da qualidade de vida e diminuição das agressões e agravamentos dos processos mórbidos, além de representar um crescimento subjetivo e intersubjetivo para ambos.

Ambas as comunidades religiosas possuem uma visão integral e integralizante do ser humano, inserindo-o em seu meio natural, espiritual, cosmológico e ancestral. Elas mantêm forças espirituais e psíquicas a partir do passado de suas comunidades, bem como de suas origens, permitindo uma ressignificação do presente e do futuro a partir da esperança e das crenças em suas divindades e nas relações que elas estabelecem com o ser humano.

Outros aspectos comuns em ambas é a importância da alimentação, a consideração da energia ou do axé como elementos importantes da cosmologia e cosmogonia religiosas e a inclusão do belo como uma visão divina que perpassa a realidade e a eleva ao grau de místico e de divino. Estes são também aspectos que os profissionais devem considerar quando atender os pacientes que as professam no contexto das unidades básicas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA CONCLUSÃO PARCIAL E MUITAS PROVOCAÇÕES

A espiritualidade e a religiosidade efetivamente se constituem como elementos salutogênicos que podem ser exercidos tanto nos âmbitos pessoais como coletivos, nas esferas familiares e institucionais, sobretudo na APS. Os constructos espiritualidade e religiosidade são geradores de saúde multidimensional (biológica, psicológica, social e espiritual) e atuam não apenas para oferecer possibilidades alternativas e complementares de atenção à vida, mas também podem e devem ser utilizados como recurso terapêutico, preventivo, paliativo e na promoção da saúde integral.

A espiritualidade e a religiosidade oferecem, em suas essências, a oportunidade da reflexão para todos, de um modo geral, e para os profissionais de saúde, em específico, sobre perguntas que constantemente surgem na vida do ser humano, sobretudo no transcorrer da formação e cotidiano dos profissionais de saúde e de cada ser que, em sua paciência de ser paciente, passa pelo processo do adoecimento: “O que é realmente a vida?”; “Qual o seu sentido e significado?”; “Quem sou eu, quem somos nós, o que somos?”; e, talvez, a mais angustiante de todas as indagações existenciais: “Para onde vou ou para onde desejo ir?”.

Tais inquietações tem a capacidade de promulgar, para além da vontade do conhecimento e autoconhecimento, um conhecer a si mesmo que por uma rota natural desperta o sentimento de autocuidado e cuidado ao próximo.

É notório o quanto a espiritualidade e a religiosidade, em seus múltiplos exercícios, formas e aplicações se constituem como uma fonte, quase inesgotável, de significados e sentidos aos acontecimentos da vida. Esses significados podem ser qualificados como “bons” ou “ruins”, ou mesmo danosos, quando produzem agravamento das entidades clínicas; porém, na maioria das vezes, manifestando-se como elementos curativos. Além disso, não podemos desconsiderar como causa de grande sofrimento, os aspectos da intolerância e violência religiosa em suas diferentes facetas.

Dessa maneira, é mister o estudo aprofundado e a abertura do profissional de saúde à temática da espiritualidade e religiosidade inseridas no contexto da saúde e do cuidado integral, não apenas por ser um tema de recorrente interesse por parte dos pacientes, mas sobretudo para que se possa compreender seus potenciais, tanto terapêuticos, quanto iatrogênicos. Somente a compreensão, o entendimento, o respeito e os mais profundos sentimentos de alteridade e empatia sobre a espiritualidade e a religiosidade de cada pessoa, de cada comunidade, poderão conduzir o profissional de saúde à utilização mais apropriada dessas dimensões no apoio ao desenvolvimento e promoção de saúde integral.

Frente a isso, destaca-se que a inserção da espiritualidade nas unidades de saúde se apresenta como uma tecnologia inovadora, relacionando-se à produção de bem-estar, ao equilíbrio emocional, à construção de sentido diante dos momentos difíceis inerentes ao

processo de viver, à melhora de diferentes indicadores clínicos e a uma maior abertura de diálogo entre profissionais e pacientes, uma vez que se penetra em um universo essencial da dimensão humana. A utilização das terapias complementares e integrativas com a adoção de práticas como preces, meditação e leitura de textos sagrados permitem práticas documentadas como eficazes por uma vasta literatura e que podem ser implementadas de maneira relativamente simples.

Há um caráter de inovação nestas práticas porque se permite oferecer caminhos terapêuticos ao mesmo tempo objetivos e simples que possuem resultados nas dimensões concretas e subjetivas das pessoas e de suas existências. De certa forma, a inclusão da espiritualidade torna a unidade de saúde mais familiar e aconchegante, bem como a terapêutica envolvida atravessada por sentidos que tendem a gerar maiores níveis de adesão, vínculo e qualidade de vida.

O contato com o sofrimento humano, a partir de uma dimensão espiritual é capaz de despertar a mais humana e a mais elevada de todas as virtudes humanas – a compaixão. Segundo Boff (2009), a compaixão é uma atitude fundamental, e como tal geradora de atos compassivos. Os enormes desafios na área da saúde vêm apontando fortemente na direção do resgate do humano nas relações interpessoais, sejam elas entre professores e estudantes, profissionais de saúde e usuários, profissionais de saúde entre seus pares ou trabalhando em equipe multiprofissional.

Equipes multi, inter, trans, ou simplesmente agrupamentos de profissionais, se fazem de pessoas que tem crenças e se constroem diariamente em relação a partir da experiência - ensaio e erro. Aí se encontram todos os problemas e também as soluções. O princípio equivocado e perverso de antagonismo entre ciência e consciência, matéria e espiritualidade que ainda norteia nosso sistema de crenças fragmentado, inclusive na saúde, no trabalho e no ensino e que era sustentado elegantemente pela academia através de suas belas teses, está mudando.

Diversos trabalhos científicos vêm resgatando a importância de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença-cuidado, onde a espiritualidade como dimensão humana não pode ficar de fora. Resgatar a dimensão espiritual na saúde é resgatar a própria saúde em si mesma, no que ela tem de melhor - a arte, o belo, o humano.

As necessidades humanas incluem mais do que necessidades materiais e só poderão ser satisfeitas a partir de uma mudança radical na forma de perceber e viver no mundo. A sensação de conexão e pertencimento à natureza está presente na raiz de todas as tradições espirituais. É urgente reconhecer e resgatar a interconexidade de toda a teia da vida, onde a humanidade faz parte de uma totalidade viva mais ampla. Nós não existimos, apenas coexistimos junto com outros seres com os quais mantemos relações de troca de inter-retro-dependência no micro e no macrocosmo. Nas palavras de Thich Nhat Hanh, nós *inter-somos*. Presente na natureza, a experiência do sagrado está sempre disponível e cada vez mais urgente para cada um de nós.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Qual ou quais os conceitos de espiritualidade estão presentes no texto?
- 2) Quais as abordagens de fé e crença são apresentadas pelos autores?
- 3) Quais são os motivos ou justificativas para que os profissionais de saúde realizem a avaliação espiritual dos seus pacientes?
- 4) Descreva a estrutura do histórico espiritual para pacientes clínicos, também conhecido como CSI-MEMO.
- 5) Aprofunde a importância do Johrei na qualidade de vida e no nível de saúde das pessoas.
- 6) Pontue pelo menos quatro ações de cuidado individual ou coletivo que os profissionais de saúde podem realizar com relação aos fiéis das religiões afro-brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDISS, D. G. Spiritual Themes and Challenges in Global Health. **Journal of Medical Humanities**, v. 39, n. 3, p. 337–348, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10912-015-9378-9>. Acesso em: 29 jun. 2021.

AMARAL, R.; SILVA, V. G. Da. Religiões afro-brasileiras e cultura nacional : uma etnografia em hipermeia. **Revista pós ciencias sociais**, v. 3, n. 6, p. 107–130, 2006. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/812>. Acesso em: 1 jul. 2021.

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1988. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**[S. l.: s. n.] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 jul. 2021.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado: Encontro entre Ocidente e Oriente**. 4^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

BRASIL, P. da R. **LEI N° 9.459, DE 13 DE MAIO DE 1997.**[S. l.: s. n.] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9459.htm. Acesso em: 1 jul. 2021.

CARNEIRO, E. Candomblés da bahia. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2008.

CORRÊA, G.; MÁRCIA, M.; GUIMARÃES MOROSINI, V. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. [S. l.: s. n.], p. 478. E-book. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: A visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469–476, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.847460>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ESPIRITO SANTO, R. C. do. Autoconhecimento e consciência. **Interdisciplinaridade. Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade. ISSN 2179-0094.**, v. 1, p. 64–72, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/interdisciplinaridade/article/view/16150>. Acesso em: 19 jan. 2021.

FERRETTI, M. M. R. Religiões Afro-Brasileiras e Saúde: diversidade e semelhanças 1. In: 2003, São Luís do Maranhão. **Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde**. São Luís do Maranhão: [s. n.], 2003. p. 1–4.

G1 - Menina vítima de intolerância religiosa diz que vai ser difícil esquecer pedrada - notícias em Rio de Janeiro. [s. l.], [s. d.]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/06/ menina-vitima-de-intolerancia-religiosa-diz-que-vai-ser-dificil-esquecer-pedrada.html>. Acesso em: 1 jul. 2021.

GODOY, M. G. G.; CASTILHO, G. B. Espiritualidade e Cura nas Novas Religiões Japonesas. **Revista Caminhos - Revista de Ciências da Religião**, v. 5, n. 1, p. 201–218, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.18224/CAM.V5I1.446>. Acesso em: 11 set. 2021.

GONÇALVES, F. R. **Vocabulário da Língua Portuguesa**. Coimbra: Coimbra Editora, 1966. GROF, C.; GROF, S. **A Tempestuosa Busca do Ser**. São Paulo: Cultrix, 1995.

GROF, S. **O Caminho Do Psiconauta. Enciclopédia Para Jornadas Internas (volume 2)**. Rio de Janeiro: Capivara, 2020 a.

GROF, S. **O Caminho Do Psiconauta. Enciclopédia Para Jornadas Internas (volume 1)**. Rio de Janeiro: Capivara, 2020 b.

HANH, T. N. **O CORAÇÃO DA COMPREENSÃO - Comentários ao Sutra do Coração Prajnaparamita Sutra**. Porto Alegre: Bodigaya, 2000.

IBGE. **IBGE | Cidades@ | Brasil | Pesquisa | Censo | Amostra - Religião**. [s. l.], 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>. Acesso em: 1 jul. 2021.

JODOROWSKY, A. **A Jornada espiritual de um mestre**. Rio de Janeiro: Gryphus Editora, 2016.

JONAS, W. B.; CHEZ, R. A.; SMITH, K.; SAKALLARIS, B. Salutogenesis: The Defining Concept for a New Healthcare System. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 3, n. 3, p. 82–91, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.005>. Acesso em: 19 jan. 2021.

JUNG, C. G. (Carl G. **Sincronicidade**. [s. l.]: Vozes, 1990.

KOENIG, H. G. **MEDICINA, RELIGIÃO E SAÚDE: O ENCONTRO DA CIÊNCIA E DA**

ESPIRITUALIDADE. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012. *E-book*. Disponível em: https://www.lpm.com.br/site/default.asp?Template=..//livros/layout_produto.asp&CategoriaID=615261&ID=492220. Acesso em: 29 jun. 2021.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. ed. London: Oxford University Press, 2001.

LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. **O Uso Ritual da Ayahuasca**. Campinas: Mercado das Letras, 2009.

LELOUP, J.-Y. **Enraizamento e abertura: Conferências da Sainte Baume**. 1a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

LELOUP, J.-Y. **Deus não existe! ... Eu rezo para Ele todos os dias**. 2a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

LELOUP, J.-Y.; BOFF, L. **Terapeutas do deserto: de Fílon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Dürckheim**. 16a edição ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

LUCCHETTI, A.; BARCELOS-FERREIRA, R.; BLAZER, D. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Spirituality in geriatric psychiatry. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 373–377, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000424>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MARÇAL, C. C. B.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; FERNANDES, G. C. M.; RUMOR, P. C. F.; DE OLIVEIRA, L. S. **The salutogenesis in health research: An integrative review**. [S. I.]: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.37954>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MARIA MOURA PIERRE, C. Para que Espiritualidade ? Luminar REVISTA DE CIÊNCIAS E HUMANIDADES Universidade Regional do Cariri-URCA. **Luminar Rev Ciên. e Human.** V.1, n. v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/BDCC/article/view/1361>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. de P. de S. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: [s. n.], 2002.

NAITO, A.; LAIDLAW, T. M.; HENDERSON, D. C.; FARAHANI, L.; DWIVEDI, P.; GRUZELIER, J. H.

The impact of self-hypnosis and Johrei on lymphocyte subpopulations at exam time: A controlled study. **Brain Research Bulletin**, v. 62, n. 3, p. 241–253, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2003.09.014>

OKADA, M. A Missão da Filosofia de Mokiti Okada. Jornal Messiânico. São Paulo, 1996.

OKADA, M. **Alicerce do Paraíso - Volume 1**. 6ª Edição ed. São Paulo: Igreja Messiânica Mundial Do Brasil, 2018 a.

OKADA, M. **Alicerce do Paraíso - Volume 5**. 6ª Edição ed. São Paulo: Igreja Messiânica Mundial Do Brasil, 2018 b.

OLIVEIRA, J. H. M. Das macumbas à Umbanda. Uma análise da construção de uma religião brasileira. Limeira (SP): Ed. do Conhecimento, 2008.

PINHEIRO, LAA; VILAGRA, SMBW; PINHEIRO, CFA; ALMEIDA JUNIOR, EHR; DE SOUZA, M. A espiritualidade no cuidado em saúde na Atenção Primária. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 2, p. 70–74, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.2053>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PINTO, É. B. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. **Revista de Estudos da Religião - REVER**, v. 4, p. 68–83, 2009. Disponível em: www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf68. Acesso em: 19 jan. 2021.

REECE, K.; SCHWARTZ, G. E.; BROOKS, A. J.; NANGLE, G. Positive well-being changes associated with giving and receiving Johrei healing. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 11, n. 3, p. 455–457, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.455>. Acesso em: 11 set. 2021.

ROHDEN, H. **Sabedoria das Parábolas**. 2ª edição ed. São Paulo: Martin Claret, 2016. ROMÃO, T. L. C. **SINCRETISMO RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE SOBREVIVÊNCIA**

TRANSNACIONAL E TRANSLACIONAL: DIVINDADES AFRICANAS E SANTOS CATÓLICOS EM

TRADUÇÃO. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 57, n. 1, p. 353–381, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/010318138651758358681>. Acesso em: 11 set. 2021.

ROSMARIN, D. H.; PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G. **Spirituality and mental health: challenges and opportunities**. [S. I.]: Elsevier Ltd, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30048-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30048-1). Acesso em: 29 jun. 2021.

SILVA, A. D. S. e; SEREJO, J. A. M. A Intolerância Religiosa Contra as Religiões Afro-Brasileiras e os Impactos Jurídicos do caso “Edir Macedo”. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir/UFRGS**, v. 12, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2317-8558.72817>. Acesso em: 1 jul. 2021.

SOARES, R. Traficantes evangélicos fecham pacto com milícia para expandir “Complexo de Israel”. **Jornal Extra**, Rio de Janeiro, 3 jan. 2021. Disponível em: <https://extra.globo.com/casos-de-policia/traficantes-evangelicos-fecham-pacto-com-milicia-para-expandir-complexo-de-israel-24821015.html>

SOUZA ALVES, N. J.; OLIVEIRA CRUZ, L. R.; VALADARES TRIPPO, K. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DOS EFEITOS TERAPÉUTICOS DO JOHREI: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p. 332–341, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1448>

SRI, B.; SAI BABA, S. **SUTRA VAHINI**. Rio de Janeiro: Fundação Bhagavan Sri Sathya Baba do Brasil, 2008.

TAFT, R.; MOORE, D.; YOUNT, G. Time-lapse analysis of potential cellular responsiveness to Johrei, a Japanese healing technique. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 5, p. 2, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-5-2>. Acesso em: 11 set. 2021.

TOMITA, A. **Religiões japonesas e a Igreja Messiânica no Brasil: Integração religiosa e cultural**. 2. ed. São Paulo: Fundação Mokiti Okada, 2016.

VIARD JR, C. H. **Nascemos para Amar-Reflexões e Técnicas de Meditação**. Niterói: Arthe Comunicação Gráfica, 2018.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358–363, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>. Acesso em: 29 jun. 2021.

YOGA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA: UMA VISÃO GERAL

Data de aceite: 01/03/2023

André De Rose

RESUMO: Este capítulo visa elucidar principalmente aos profissionais da saúde a aplicabilidade da prática de yoga, abordando inicialmente a sua introdução na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e sua procura no Sistema Único de Saúde. Sugerindo a criação de uma comissão de profissionais de yoga e a área de saúde para a elaboração de um protocolo que irá orientar a dinâmica entre os profissionais do SUS e professores de Yoga. Outro objetivo é explicitar que a prática de Yoga não é inócuia, ela tem efeitos intensos e, por esse motivo, existem contraindicações que precisam ser observadas com atenção. Foi objeto desse artigo também, expor um brevehistórico da gênese do Yoga e suas diversas manifestações ao longo de uma curta cronologia histórica, visando definir o que é o yoga e todas as suas nuances e métodos, para em seguida, discorrer sobre as técnicas de forma sucinta. A apresentação das técnicas visa muito mais o conteúdo do que sua forma, pois o mesmo exercício pode ser apresentado em diversos contextos dentro da mesma

escola, como também, pode mudar totalmente de uma escola para outra. Assim sendo, escolhemos pela apresentação objetiva de cada prática, sem adentrar os aspectos subjetivos, míticos ou espirituais que algumas possuem. Igualmente foi objeto deste capítulo, mostrar, por meio de um mapa de evidências, a efetividade da prática com relação às suas indicações. Terminamos o texto com a conclusão de que o yoga pode sim ser usado dentro do contexto terapêutico, mesmo que em suas origens ele não tenha sido criado com esta função, podendo ser um excelente coadjuvante como prática integrativa em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Ioga, Risoterapia, Terapias Complementares, Atenção Primária à Saúde, Área de Saúde.

ABSTRACT: This chapter aims to elucidate mainly the applicability of the yoga practice to health professionals, initially addressing its introduction in the National Policy on Integrative and Complementary Practices in Health and its search in the Unified Health System. Suggesting the creation of a committee of yoga professionals and the health area for the elaboration of a protocol that will guide the dynamics between SUS

professionals and Yoga teachers. Another objective is to clarify that the practice of Yoga is not innocuous, it has intense effects and, for this reason, there are contraindications that need to be carefully observed. It was also the object of this article to expose a minimum of the history of the genesis of Yoga and its various manifestations a long a short historical chronology, aiming to define what yoga is and all its nuances and methods, and then discuss the techniques succinctly. The presentation of techniques is aimed much more at the content than its form, as the same exercise can be presented in different contexts with in the same school, as well as it can change completely from one school to another. Therefore, we chose the objective presentation of each practice, with out going into the subjective, mythical or spiritual aspects that some have. It was also the object of this chapter to show, through an evidence map, the effectiveness of the practice in relation to its indications. We end the text with the conclusion that yoga can indeed be used within the therapeutic context, even if in its origins it was not created with this function, and it can be an excellent support as an integrative practice in health.

KEYWORDS: Yoga, Laughter Yoga, Complementary Therapies, Primary Health Care, Catchment Area.

No final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Compreender o que é Yoga;
- 2) Identificar os períodos históricos mais relevantes do Yoga;
- 3) Conhecer o arcabouço ferramental de cada escola ou método de Yoga e suas respectivas limitações de técnicas;
- 4) Entender que o termo Yoga remete à um conjunto de práticas diferentes entre si, que atendem as necessidades diversas dos seus praticantes,
- 5) Conhecer as técnicas de Yoga, seu uso e principais indicações práticas.

1 | I CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em 2017, aos 34 anos de ensino do *Yoga*, eu André De Rose, fui convidado como palestrante do 11º Encontro Holístico Brasileiro.¹ Presenciei o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, na frente de um público superior a 4 mil pessoas, assinar uma Portaria que ampliava a PNPI (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde)² na rede do SUS (Sistema Único de Saúde), incluindo irrevogavelmente o *Yoga* como parte do seu escopo. Nesse momento, soubemos que não teria mais volta. Como a profissão de professor de *Yoga* ainda está tramitando em um projeto lei de regulamentação (PL-4282/2016), podemos dizer que a profissão ainda não existe, apesar de ser praticada há quase um século no Brasil³. Disse a mim mesmo: “*agora definitivamente, um órgão oficial do governo reconhece a prática do Yoga, existimos!!!*”.

¹ <https://aps.saude.gov.br/noticia/2331>

² https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

³ “*Esoterismo: Tattwa Nirmanakaya*” O Jornal, Rio de Janeiro, 12 de novembro de 1926, p.8.

O evento contou com o apoio do governo da Índia, que enviou o secretário adjunto do Ministério do AYUSH⁴ (Ayurveda, Yoga, Naturopatia, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa e Homeopatia), ŚrīAnurāgŚrīvāstava. Ao conversar com o Sr. Anurāg , percebi um grande interesse deste ofício dentro do contexto terapêutico. Portanto, a prática de *Yoga* está institucionalizada pelo Ministério da Saúde (MS) desde 27 de março de 2017 pela portaria nº 849, como modelo de cuidado e prioritariamente na Atenção Primária em Saúde.

Desde então, a procura por *Yoga* no SUS só cresceu.^{5, 6} Segundo informações do Ministério da Saúde, mais de 117 mil serviços de *Yoga* foram ofertados pelo Sistema Único de Saúde, sendo que em 2017, alcançou a marca de 35.747 atendimentos; em 2018, 27.019; em 2019, foi ampliado para 40.304 e em 2020, 14.314. Vale ressaltar que os números só vinham subindo até a pandemia.

No Brasil, existem muitos trabalhos de excelentes profissionais nesta área, contudo um se destaca desde 1960: o José Hermógenes de Andrade Filho, mais conhecido como professor Hermógenes, foi um Major do exército, escritor, professor brasileiro, divulgador do *Hatha Yoga*. O Professor foi um dos pioneiros em *yoga* no nosso país, escrevendo mais de 30 livros, sendo a primeira obra a “Autoperfeição com *Hatha Yoga*” (1960). Considerado um dos precursores da medicina holística no Brasil, fez doutorado em Yogaterapia pelo World Development Parliament da Índia e é Doutor Honoris Causa pela Open University for Complementary Medicine (HERMÓGENES, 2014). O campo do *yoga* no Brasil se deve muito ao trabalho dele, cabendo aqui uma menção honrosa ao seu pioneirismo. Guardo com carinho seu apadrinhamento, com o privilégio de ter um prefácio dele no meu livro⁷.

São muitos os motivos para implementar atividades com *Yoga*, pois a prática incrementa a promoção, prevenção e cuidado integral à saúde da população, como também beneficia os cofres públicos, por ser uma técnica econômica e resolutiva, mediante que necessita apenas de recurso humano capacitado, o que demanda baixo investimento financeiro por parte da gestão. ⁸Também não necessita de instalações especiais ou aparelhos e, em muitos casos, nem mesmo banho após a prática, como uma aula de ginástica ou equivalente necessitaria.

Sugiro uma ampla discussão de classe, reunindo as principais lideranças e

professores para que possa ser melhor elaborado um futuro protocolo, mas isso precisa ser feito com a ajuda de todos os profissionais de *yoga* juntos, eticamente não é algo que possa ser feito por uma pessoa sozinha. Podemos no máximo recomendar uma direção, mas lembrando enfaticamente que todos devem responsavelmente estar mobilizados nesta iniciativa.

⁴ A Índia tem um Ministério inteiro dedicado ao *Yoga*, dada a reconhecida importância que esta prática tem para esta nação.

⁵ <https://www.istoedinehiero.com.br/dia-mundial-da-yoga-atividade-terapeutica-melhora-qualidade-de-vida/>

⁶ <https://www.vidaeeacao.com.br/reconhecido-pelo-sus-yoga-dispara-no-brasil/>.

⁷ Hermógenes “é uma obra que merece um destaque na história do *Yoga* no Brasil” se referindo ao LIVRO DE OURO DO *YOGA*, 2007

⁸ <https://aps.saude.gov.br/noticia/2423>

Encaixar o *Yoga* em um modelo de atendimento terapêutico é um empreendimento trabalhoso, mas tenho plena convicção de que não apenas é viável, como também pode ser útil, de baixo custo, seguro e com pouquíssimos efeitos colaterais (DOCUSSE, 2017).

Quando falo em efeitos colaterais, muitas pessoas questionam e perguntam: “como poderia um relaxamento, meditação ou prática respiratória ter contraindicações?” Entretanto, não devem fazer exercícios de relaxamento mental pessoas que sofram de: psicose; perda de contato com a realidade; depressão profunda; medo excessivo de perda de controle; obsessão; compulsividade ou tendência a fugir das situações concretas da vida (DE ROSE, 2001). Nestes casos a prática de *viśrāma*(relaxamento Yogi) é contraindicada, pois o relaxamento pode agravar consideravelmente cada um destes problemas (DE ROSE, 2001).

Não é aconselhado utilizar o *viśrāma*(relaxamento) também para quem faz uso de medicamentos para dormir (benzodiazepínicos) (DE ROSE, 2001); logo que o médico seja avisado e faça monitoramento da dosagem dos medicamentos, poderá fazer, sem problema algum (DE ROSE, 2001). O mesmo se aplica para quem faz uso de insulina ou medicação para hipertensão (DE ROSE, 2001). Essa cautela se deve ao fato de que o relaxamento potencializa os efeitos desses remédios, de modo que a medicação necessita ser readequada. Relaxar também não é indicado para pessoas com sintomas crônicos de atonia muscular, isto que isso lhe causaria um aumento considerável de sensação de fraqueza (DE ROSE, 2001).

Isso que descrevi acima se refere a um (aparentemente) inocente exercício de relaxamento, que dirá uma meditação oferecida para alguém que possua alguma condição psicológica em que a aplicação dessa técnica não é aconselhada ou mesmo um exercício respiratório mais forte para um hipertenso ou cardíaco?

Acreditar que a prática de *Yoga* pode ser feita por todo mundo, sem contraindicações, é um pensamento arriscado, pois estaríamos dizendo, então, que esta seria uma prática inócuas e, se assim for, não tem efeitos. Por que alguém se daria ao trabalho de fazer algo que não tem resultados? Contudo, para nossa sorte, *Yoga* tem efeitos muito fortes e, se tem resultado, significa que possui contraindicações também; na mesma proporção que faz bem, pode, sem o devido cuidado, fazer mal. Talvez esse pensamento recorrente de que *Yoga* seja para todos tenha se consolidado décadas atrás e, de tanto ser reproduzido, mesmo os profissionais da saúde acabam não dando atenção a isso e repetem no automático, sem pensar.

2 | MAS YOGA NÃO É TUDO UMA COISA SÓ?

Quando nos referimos ao termo *Yoga*, precisamos pensar que estamos falando de um movimento cultural imensamente diverso. São inúmeras maneiras de pensar, que abrangem não somente as aulas que encontramos em academias, com seus variados

exercícios corporais, mas também movimentos espiritualistas, outros filosóficos, alguns científicos, e existe até mesmo o *yoga* religioso, expresso tanto pelo hinduísmo, como por sincrétismos brasileiros, a exemplo do *yoga* cristão (RAHM et al., 2007) o *yoga* umbandista (MOREIRA, 2009)⁹, *yoga* xamânico (FORNARI, 2010) e o *yoga* daimista ou ayahuasqueiro (LANI, 2019)¹⁰.

Mesmo os estilos de *Yoga* que poderiam contribuir com as práticas integrativas em saúde, têm diversas linhas, métodos e subgrupos. Uma perspectiva ponderada seria um trabalho baseado em uma abordagem espartanamente técnica, levando em consideração muito mais as “ferramentas” que o *yoga* possui, do que a “caixa” que seria usada para carregá-las. Assim poderemos ter professores das mais diversas linhas e métodos, todos oferecendo seus trabalhos no SUS, sem precisar mexer em suas metodologias.

Ainda assim, teremos que selecionar as práticas regionais, oriundas da Índia, para separar formalidades meramente reverenciais do que poderia ser aproveitado como um tratamento à luz da ciência, pois nem todas as práticas de *Yoga* visam à saúde; algumas estão profundamente enraizadas em crenças regionais dentro da cultura indiana, obviamente qualquer tipo de *yoga* está dentro do pensamento hindu, aliás é um *darśana* (ponto de vista) para compreender o hinduísmo, mas alguns usam práticas específicas dentro daquele contexto e narrativa, nem sempre concordando com outras escolas e métodos, sendo comum encontrar elementos de automutilação como o *khecarīmudrā* (MALLINSON, 2007, p.119) e até exercícios que podem prejudicar a fertilidade a exemplo do *mahamudrā* (MALLINSON & SINGLETON, 2017) e *mahavedha* - (SVĀTMĀRĀMA, séc. XV).

Claro que alguns poderiam dizer que um *Yoga* sem esses elementos regionais e míticos não seria mais *Yoga*, ou mesmo que estaria desfigurado e distante da sua “tradição”. Contudo, se tivermos diretrizes claras, e ainda, for produzido um bom protocolo para aplicação de cada ferramenta (técnica), poderemos deixar que cada ator social escolha como trabalhar dentro da sua metodologia (seja ela tradicional ou não). Esse protocolo não será abordado aqui no volume I, é o tema a ser desenvolvido no volume II da coletânea.

Sendo este futuro protocolo¹¹, apenas um trilho que deverá orientar os profissionais de *Yoga*, qual direção a seguir como modelo dessa Prática Integrativa em Saúde, saindo assim do viés “alternativo” e pseudocientífico que foi incluído durante as décadas de 1980 até 2017 quando foi finalmente aceito com a alcunha “Prática Integrativa” (SIEGEL, 2010)¹². Além disso, servirá como parâmetro para entenderem o alcance dessa atividade para poder indicá-la corretamente em cada caso, facilitando assim o atendimento PICS, que é desenvolvido pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

⁹ Uma das afirmações que deram origem a esse tipo sincrético de *yoga* foi a afirmação de que o termo Umbanda veio na realidade de “aum bandha” Ligiero 1998.

¹⁰ Allowah Lani, I Am Love: *Yoga*, Ayahuasca, A Course in Miracles and the Journey Back to the Place We Never Left, 2019.

¹¹ Montado por uma comissão de professores de *Yoga* através de suas associações.

¹² A portaria nº 849, de 27 de março de 2017 incluiu o *Yoga* na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde é saber o que cada instrutor e professor de *Yoga* oferece em seus métodos. Um texto explicativo com um resumo das ferramentas existentes é uma forma de oferecer ao profissional de saúde um vislumbre das possibilidades técnicas do *Yoga* como um todo, uma visão geral, se preferir, para que esse profissional, sabendo que existe uma técnica, por exemplo, para auxiliar no tratamento da bronquite por meio de um exercício respiratório que promova broncodilatação, possa fazer a indicação ao profissional de *Yoga* que efetivamente dê este exercício em seu método.

Para exemplificar: se este médico indicar uma prática de *Aṣṭārīga Vinyāsa Yoga* a um aluno com questões respiratórias, que precisa especificamente deste exercício ventilatório, não irá encontrá-lo neste método; o ideal é que procure uma aula de *Hāṭha Yoga*, *Ghastastha Yoga*, *Chikitsa Yoga* ou o tipo de *Yoga* que for indicado por uma equipe multidisciplinar que irá definir como será feita esta indicação. Por isso é necessário clareza de quem vai indicar *Yoga*, para saber a qual profissional encaminhar o paciente. Seria muito bom que se formassem professores especialmente para o SUS, mas, até o momento, isso não acontece. Enquanto isso, sugiro que cada profissional deixe claro quais ferramentas seu método utiliza, para facilitar também o trabalho do profissional de saúde. É bom lembrar que *Yoga* não é tudo igual, tem estilos de *Yoga* que só fazem meditação, outros que cantam mantras, outros só tem uma única posição...

É muito importante que, caso o praticante seja atendido por um profissional exclusivamente de *Yoga* e não um profissional da área da saúde, seja também assessorado por um laudo médico, que, por meio de exames médicos específicos para a prática, poderá indicar ou contraindicar alguns exercícios e técnicas, personalizando o atendimento que será oferecido ao paciente.

Geralmente, professores de *Yoga* são capacitados a atender pessoas com necessidades específicas (Embora a falta de regulamentação acabe permitindo que nem todos os professores de *Yoga* tenham uma formação mínima sobre anatomia), mas precisam de orientação de um profissional de saúde para exercer sua função. Assim como outros profissionais da área da saúde também precisam de um laudo médico para poder orientar e atender adequadamente seu paciente.

Entre os principais benefícios do *yoga* para o campo da saúde observam-se três áreas distintas:

A primeira é uma significativa contribuição física, como a promoção da saúde, o câmbio de estilos de vida sedentários e estressados, o encorajamento de dietas mais saudáveis e a consciência corporal, especialmente para o envelhecimento e as doenças crônicas (SIEGEL, 2010).

A segunda é a contribuição filosófica desenvolvendo a capacidade contemplativa, aguçando a compreensão de si mesmo com relação ao seu entorno, constituindo a base do movimento holístico ou a noção do cuidado integral, sobre cuja estrutura as dimensões biológica, psicológica, sociológica e espiritual estão construídas. (SIEGEL, 2010).

A terceira é a contribuição social relacionada à construção de uma nova sociabilidade:

a) desenvolvimento de cultura de paz (prática da não violência ou ahimsā) e estilos de vida e valores que promovem uma maior tolerância entre grupos étnicos, gêneros e classes sociais; b) reeducação de hábitos associados com os vícios em geral, sejam eles legais (medicação, alimento, álcool, tabaco, trabalho, etc.) e os ilegais (drogas ilegais, jogo, etc.) (SIEGEL, 2010). Deixando clara a ação da prática de yoga principalmente para pessoas hígidas, sendo uma excelente ferramenta preventiva.

2.1 O que é Yoga?

Querer uma resposta objetiva a esta pergunta pode não ser tarefa fácil, é uma prática multimilenar e, portanto, ganhou muitas vertentes. Olhar o que cada um diz sobre *Yoga* expõe certa aparência de desorganização, mas não é, apenas está fora do contexto e do país que foi criado.

O termo *Yoga* significa adequação ou ajustamento (MONIER-WILLIAMS, 1899), ou seja, adequação à sua natureza. “Essa conexão, que se obtém pelo caminho da meditação, é o *Yoga* – o ajustamento do ‘eu’ ao si-mesmo (ātman).” (BARBOSA, 2020). E mais de 300 anos antes da era comum, já era visto dessa forma mais meditativa; com o passar do tempo, ganhou outros contornos, todavia sem perder essa característica principal.

Yoga, cuja possível origem é anterior à existência da nação Indiana, foi criada geograficamente onde hoje está o Paquistão, embora seja pleiteado como propriedade intelectual pelos indianos, sua gênese parece estar ligada aos povos indo-iranianos. E eu me refiro a dúvida quando digo que “parece estar ligada”, pois conclusões fechadas sobre as origens do *Yoga* precisam ser vistas com boas pitadas de ceticismo, dada a grande quantidade de teorias a respeito de sua gênese, mas uma destas teorias apontam neste sentido (ZIMMER, 2008)¹³. É uma prática que trabalha vários níveis do ser humano, sendo considerada uma prática de corpo, mente e coração.

Contudo, *Yoga* não é uma coisa só, pois, dependendo do tempo, local e circunstância, ele se apresenta com grandes modificações. Ao longo dos milênios, foi agregando práticas de outros sistemas oriundos de diferentes nações e etnias, de uma forma parecida àquilo que hoje chamamos copy/paste. Trazendo práticas do Jainismo (ZYDENBOS, 2006)¹⁴, Budismo (FEUERSTEIN, 1998), faquirismo, ginástica cristã, ginástica sueca, musculação, calistenia e, até mesmo, arte marcial Indiana (SINGLETON, 2010).

Originalmente *Yoga* era apenas meditação e prática (abhyasa), no texto clássico *BhagavadGītā* (verso 3,3) encontramos: “*O yoga é a excelência nas ações* (verso 2,50), ou

¹³ “Estas ideias não pertencem ao tronco original da tradição vedico-bramânica. Tampouco encontramos entre os ensinamentos básicos do Sāmkhya e do *Yoga* alguma alusão à existência daqueles deuses olímpicos – que estão além das vicissitudes da escravidão terrena – como no panteão védico. Ambas as ideologias têm origem diferente [...] estão relacionados com sistema mecânico do jainismo que, como vimos, pode remontar [...] até a longínqua antiguidade Indiana aborigêne, não-vedica. Portanto, as ideias fundamentais do Sāmkhya e do *Yoga* têm de ser antiquíssimas” (Heinrich Zimmer).

¹⁴ “*Yoga* reconhece plenamente sua dívida para com o jainismo e retribui fazendo a prática de *yoga* e parte integrante da vida.”

seja, é o ajustamento” (BARBOSA, 2019, p. 101), com uma prática conceitual relativamente ampla, “Aquele que fez uso da inteligência descarta, aqui mesmo, tanto as boas ações quanto as más ações. Por isso, ajusta-te ao yoga: o yoga é a excelência nas ações”. Verso II, 50 (BARBOSA, 2019). Segundo o Professor Barbosa, no livro BhagavadGītā “Este verso é de suma importância, pois estabelece uma conexão entre a ação ritual oficiada pelos sacerdotes (*Brahmakarma*) e a ação desapegada, realizada fora do contexto do ritual. Ele se pauta no paralelo entre *Brahma* e o si-mesmo (*atma*), que nas *upaniṣadassão* declarados idênticos, para mostrar que, tomados pela perspectiva correta, uma ação dedicada ao si-mesmo tem o mesmo valor que a ação ritual da tradição vedica” (BARBOSA, 2019).

Temos também a definição de Patañjali que é considerada erudita, contudo, antes de falar sobre a sua definição, cabe uma pequena apresentação deste autor e sua obra. Patañjali, no século III AEC compôs a obra conhecida como *Yoga Sūtra*, ela foi escrita em um momento que o sânsrito vedico (um conjunto de línguas do ramo indo-iraniano muito semelhantes entre si) havia sido “reunido” na gramática de Pāṇiniinaugurando assim o sânsrito clássico. Como o *Yoga Sūtra* foi escrito em sânsrito clássico, acabaram nomeando o *Yoga* de Patañjali como clássico também, apesar do único “elemento” clássico neste tipo de *Yoga* ser o sânsrito que o escreve.

Esse escrito é composto por “costuras” (*sūtras*) que vão dando sentido ao texto conforme o desenrolar das alíneas. Sūtrassão comumente confundidos com aforismos, mas um aforismo se caracteriza por ser uma máxima ou afirmação axiomática. Entretanto, se o trabalho de Patañja lifor lido dessa forma, ele carecerá de logicidade. Torna-se imperativo que o texto seja lido na sua forma original ou “corrida” onde um sūtra está irrevogavelmente atrelado ao seguinte, desvelando gradualmente o seu sentido numa sucessão de “parágrafos” co-dependentes até o final da obra.

Conforme o que foi exposto acima podemos agora citar a definição de Patañjali que necessita de ao menos 2 sūtras para sua total compreensão. योगश्चतित्वत्तनिरिधः॥१.२॥, *yogaścitta-vṛttinirodhaḥ*, “*Yoga* é o *recolhimento das agitações da mente*” (Patañjali. 360 AEC, cap. 1, *sūtra2*); तदादर्शतः स्वरूपेऽवस्थानम्॥१.३॥, *tadādraśṭuḥsvarūpe'vasthānam*, “*Então o observador se revela na sua natureza autêntica*” (Patañjali. 360 AEC, cap. 1, *sūtra3*). Em apenas dois sūtrastemos a definição de *Yoga*. Ou seja, *Yoga* é o ato de controle mental para que, aquele que vê, ou o observador (*draśṭuḥ*), se revele em toda a sua autenticidade. Para isso, Patañjali propõe um caminho até a emancipação (*mokṣa*), que veremos mais abaixo. Patañjali sistematizou o *yoga* em oito aṅgas(partes), a saber: 1) *yama*, as proscrições (não violência, autenticidade, não roubar, castidade, desapego); 2) *niyama*, as prescrições (pureza, alegria, autodisciplina, auto-estudo, entrega ao si-mesmo); 3) *āsana*, o assento; 4) *prāṇāyāma*, o controle do *prāṇa*; 5) *pratyāhāra*, o controle das percepções; 6) *dhāraṇā*, a concentração; 7) *dhyana*, a meditação; e 8) *samādhi*, o ajustamento (MONIER-WILLIAMS. 1899). Ou seja, pratica-se tudo isso para conquistar *mokṣa*(a emancipação).

Levando em consideração que essa prática é linear, podemos dizer que fazemos um aṅga após o outro até chegar em *samādhi*(que é um sinônimo de *Yoga* [ajustamento])

sendo cada um deles um ítem a se praticar para alcançar *mokṣa*, que em sânscrito significa emancipação (MONIER-WILLIAMS, 1899). A conclusão a que chegamos é que “*yoga* é a prática do *samādhi* para atingir *mokṣa*”. Com o passar do tempo, o *yoga* foi recebendo preciosas influências, mas, historicamente, é uma prática ainda em construção. A cada dia que passa, aparecem mais vertentes e métodos.

2.2 Períodos históricos do *Yoga*

Segundo Gharote (2000) dividem os momentos históricos do *Yoga* (SIEGEL, 2010) em sete períodos¹⁵, contudo elegi 3 para discorrer:

- **Período Doutrinário do *Yoga*** (360 AEC-400 EC) com a sua sistemática ordenação óctupla;
- **Período Medieval do *Yoga*** (1200-1600 EC) com sua prática utilitária e mítica;
- **A primeira fase do Período Moderno do *Yoga*** (1920-1950 EC), que deu origem a combinações que podem ser muito úteis para aplicação prática e introdução ao viés científico e corporal;
- **A terceira fase do Período Moderno do *Yoga*** (1990-2020 EC), ainda em construção ou, como alguns historiadores classificam, Período Contemporâneo do *Yoga*, com uma imensa explosão de novas possibilidades e práticas híbridas, sincréticas e adaptadas à cultura local.

2.2.1 *O que cada divisão cronológica tem a nos oferecer?*

2.2.1.1 Período Doutrinário do *Yoga*

Este hiato histórico é marcado por ser mais meditativo (BARBOSA, 1999), mas também é aquele que possibilitou a construção de um modelo fácil de transmitir (BARBOSA, 1999), ou, como é comum falar hoje em dia, viral. Por esse motivo é chamado de doutrinário, pois possui fundamentos, normas e regras (FERNANDES, 1956). Foi desenvolvido por *Patañjalina* forma de um modelo literário chamado ‘*Sūtra*’, que segundo o dicionário de sânscrito, significa costura, aquilo que, como um fio, atravessa ou mantém tudo unido, regra, conexão. (MONIER-WILLIAMS, 1899). possuindo 8 passos a seguir. Podemos dizer que o *Yoga*, com o perdão da palavra “viralizou” naquela época justamente por causa dessa característica.

2.2.1.2 Período Medieval do *Yoga*

A entrada nas práticas familiares (*kula*), popularizou o *Yoga* entre as camadas mais diversas da população (FLOOD, 1996)¹⁶ e a busca por uma vida mais longeva, criam o

¹⁵ 1. Pré-Védico ou Proto-Yoga – período: 3.000 A.E.C. a 1.500 A.E.C.; 2. Período Védico – período: 800 A.E.C. a 200 A.E.C.; 3. Yoga Épico – período: 500 A.E.C. a 200 A.E.C.; 4. Período dos Sūtras – período: séculos II ao III A.E.C.; 5. Período Smṛti – período: 200 A.E.C. a 1.900 E.C.; 6. Yoga Medieval – período: séculos VII ao XVII E.C.; 7. Yoga Moderno – período: séculos XVII ao XXI E.C.

¹⁶ Shaivismo da Caxemira produziu a introdução do yoga aos chefes de família e a linguagem crepuscular (Sān-

mito da vida eterna (MALLINSON, e SINGLETON, 2017)¹⁷, fazendo a prática se espalhar como um método para poucos bravos praticantes. Suas práticas são cheias de poesia e simbolismo, criando uma estética única.

2.2.1.3 Período Moderno do *Yoga*

A corporificação do *yoga* ganha força¹⁸ e em 1924, em *Lonavla*, na Índia, foi fundado pelo *Swāmī Kuvalayānanda* o primeiro Centro de Pesquisa científica sobre *Yoga*, chamado *Kaivalyadhamā Yoga Institute* (SINGLETON, 2010). Ele é considerado o pioneiro da yogaterapia no mundo (ALTER, 2004). A partir daí, a prática do *Yoga* começou a ser usada como coadjuvante dentro da medicina indiana, *Ayurveda*, que atualmente foi separada como uma prática terapêutica independente no governo indiano com a criação do ministério do AYUSH¹⁹. Vale lembrar que *Yoga* não começou como uma prática terapêutica, mas pode ser usado terapeuticamente sem nenhum problema. E nunca é demais dizer que todos esses períodos coexistem na atualidade.

Retirar uma prática de seu contexto cultural tem também suas consequências. Quando a primeira leva de *yogis* veio para o ocidente, dependendo de onde aportou, ganhou contornos muito diferentes. Nos Estados Unidos, a prática ganhou uma forma mais corporal, influenciado principalmente pelas demonstrações e palestras de *Bishnu Charan Ghosh* (SINGLETON, 2010), o irmão do famoso *Paramahansa Yogananda*²⁰. *Bishnu* foi o mestre do *Bikram Choudhury*²¹, fundador do *Bikram Yoga*²² que também trouxe o viés mais físico aos estadunidenses.

Por sua vez na Alemanha, o *yoga* foi adotado um tipo de autocontrole e fortalecimento da vontade, promovido principalmente pelas apresentações feitas por *Mirin Dajo* pseudônimo de *Arnold Gerrit Henskes* (WUNDER, 2004), que demonstrava imenso controle sobre adorando transpassado no tórax (perfurando pulmões), abdome (perfurando vísceras) e braços por floretes, facões e espadas.

Yoga no Japão, se materializou como uma prática terapêutica corporal meditativa (OKI, 1979), pois *Masahiro Oki* insistia que o *yogasozinho* não era completo e ofereceu uma prática que incluía *Zen* budismo em suas aulas, ficando muito conhecida por lá.

Já no Brasil, durante as décadas de 1960 até 1990, era associado frequentemente ao relaxamento influenciado por *Caio Miranda* que havia escrito o livro *Laya Yoga* (1969), onde ele descrevia técnicas de relaxamento e também o livro *Yoga-Nidrā* do *Satyānanda* (1976), que usava o relaxamento profundo para produzir estados meditativos.

¹⁷ dhyabhāṣā), Flood, Gavin D. (1996), *An Introduction to Hinduism*, Cambridge: Cambridge University Press, ISBN 0-521-43878-0

¹⁸ O mito da vida eterna é recorrente na literatura do *yoga* do período medieval, tendo como principais livros a *Hatha Yoga Pradipikā* de *Svātmārāma* do séc. XV EC e a *Gheranda Saṁhitā* de *Gheranda* do séc. XVII EC.

¹⁹ Faz-se necessário examinar o trabalho de *Elizabeth de Michelis* (2004) e *Mark Singleton* (2010) para a compreensão do período moderno, como a introdução do neo-Vedânta e a cultura física, que moldaram fortemente o *yoga*.

²⁰ *Ayurveda*, *Yoga*, *Naturopatia*, *Unani*, *Siddha*, *Sowa-Rigpa* e *Homeopatia*.

²¹ *Paramahansa Yogananda. Autobiography of a Yogi*, 1946

²² *Newcombe, Suzanne (2017). "The Revival of Yoga in Contemporary India". ISBN 9780199340378.*

²² Que atualmente é conhecido por *Hot Yoga*, praticado em um ambiente quente de 40°C.

Contudo, pouco a pouco, a prática foi sendo nivelada no mundo todo, ficando mais parecida, embora ainda prevaleça um certo tempero de cada local. Além disso, até 1930 *Yoga* era uma prática exclusivamente masculina, com todos os seus exercícios, práticas e técnicas sendo descritas apenas aos homens, e hoje é justamente o oposto.

2.3 Por que escolhemos estes períodos?

Foram escolhidos pensando em três pontos principais: eficiência, variedade e simplicidade. Cada uma destas eras criou e usou com superlativo sucesso as ferramentas descritas a seguir, muitas delas usadas até hoje por uma grande quantidade de escolas e métodos como é o caso do *Patañjala Yoga* (FEUERSTEIN, 1978) e também o *Hatha Yoga*. A sugestão aqui é a criação de uma ficha master de uso das técnicas, onde cada professor poderá marcar quais as porcentagens destas técnicas seu método possui. Isso é particularmente importante, pois evitaria que um profissional da saúde recomendasse *Yoga* a um professor que não dá exercícios respiratórios, justamente para um paciente que necessita fundamentalmente disso.

A prática de *Yoga* pode conter diversos feixes de técnicas²³ dependendo de sua escola, tradição, cultura e época, resumindo abaixo algumas delas²⁴:

- 100 técnicas reflexivas (*hasta mudrā*) (Kupfer, 1999)
- 127 técnicas respiratórias (*prāṇāyāma*) (DE ROSE, 2006);
- 67 técnicas de limpeza e purificação das mucosas (*sātkarma*) (DE ROSE, 2007);
- 2000 técnicas corporais (*āsana*) (DE ROSE. 1997);
- 5000+ técnicas de relaxamento (*viśrāma*); 1000+ técnicas meditativas (*dhyāna*);
- 70 técnicas de *Yoga* do Riso (*hāsyā Yoga*) (KATARIA, 2020).

Numa próxima edição, poderemos nos deter nas minúcias e descrever detalhadamente cada técnica, cabendo nesta edição apenas citar quantidades e seus nomes.

2.4 Nomenclatura

Para facilitar a utilização dos termos técnicos, precisaremos escolher qual a nomenclatura sânscrita que será utilizada, uma vez que existem diversas formas diferentes, todas originárias da Índia. Contudo existem duas que são as mais usadas e elas se destacam por sua posição geográfica. Uma está no norte e outra no sul da Índia. Para fins meramente didáticos dada a diversidade encontrada, e como não podemos citar todas as dezenas de possibilidades, usaremos apenas uma, portanto a nomenclatura do norte será usada neste artigo pela grande quantidade de livros escritos com essa vertente.

²³ Um feixe de técnicas consiste na utilização conjunta do desdobramento de técnicas contidas em uma prática específica.

²⁴ Podendo conter mais técnicas após um concílio de professores delinear quais serão as práticas que deverão constar no protocolo e ficha master.

2.5 Apresentação das Técnicas

Abaixo vou elencar alguns dos procedimentos que merecem atenção, por estarem presentes em muitos tipos de *Yoga*, com o objetivo de aplicação no SUS, serão descritos para que os profissionais da saúde possam compreender o alcance e versatilidade da prática de *Yoga*²⁵, como também se familiarizar com os termos técnicos usados.

As ***hasta mudrās*** são posições específicas das mãos e dedos, visando o cancelamento da divagação mental e a utilização de símbolos para orientar a mente do praticante reforçando pensamentos por intermédio de imagens. Uma das inúmeras funções das *mudrās* é a materialização de um pensamento através do símbolo, pensando na afirmação: “uma imagem vale mais do que mil palavras”.

Os ***prāṇāyāmas*** são compostos por duas fases, uma é objetiva e outra, subjetiva. A objetiva é a aplicação de exercícios respiratórios visando a ampliação da capacidade respiratória, tanto no seu volume quanto em força, cujo propósito principal é o controle da mente e da vontade.

Após conquistar esta etapa, o aprendiz é levado ao treinamento mais subjetivo, com a criação de ‘espaços’ e ‘caminhos’ dentro de seu corpo, levando em consideração uma característica marcante do período medieval, que traz para o corpo do praticante todas as características geológicas e climáticas do terreno ao seu redor, dando a gênese ao corpo mítico, com rios, vales, montanhas, cidades e pessoas. Esse corpo ganha contornos que deixam o praticante adequado ao seu meio e sua cultura (DE ROSE, et al., 2007).

Os “espaços” citados acima, são chamados *cakras*²⁶ (*chakras*) e os “caminhos” são chamados *nādīs*.²⁷ Os *cakras* são pós-existentes, ou seja, não existem até que alguém os imagine naquela coordenada e imprima ali (*upādhī*)²⁸ qualidades reforçadas pelo grupo ou família (*kulam*) que ele pertence.

Até porque, cada escola tem a sua própria quantidade de *cakras* escolhidos por cada família para fazer suas práticas meditativas. A escolha destes centros que podem variar de 5 a 16 deles, como no texto *Yoga Viṣaya* que aborda apenas 6 *cakras* (KALYANI,

²⁵ Relembrando que poderá conter mais técnicas após um concílio de professores delinear quais serão as práticas que deverão constar no protocolo e ficha master.

²⁶ Padrão IAST que é o sistema de transliteração mais difundido para a romanização do sânscrito.

²⁷ *nādī* significa veia, artéria ou canal, geralmente são descritos como ligações entre partes do corpo e *cakras* ou até mesmo entre um *cakra* e outro.

²⁸ *upādhīs* são superposições de campos (*kṣetram*) e símbolos para a meditação.

1954)²⁹, *HarishJohari*, em seu livro sobre cakras explana sobre 8 centros³⁰, a tradição do *SiddhaSiddhāntaPaddhati* (o método da doutrina *Siddha*) que fala sobre 9 cakras (KALYANI, 1954)³¹, o *Yoga Makaranda* que propõe um modelo com 10 cakras (KRISHNAMACHARYA, 2013)³², ou o *Laya Yoga* que por sua vez, apresenta um modelo com 13 chakras (GOSWAMI, 1999).³³

O mesmo acontece com as cores, formas, símbolos e sons que são extremamente diferentes entre cada família. À primeira vista, parece dissonante, mas isso acontece porque pensamos nesse sistema da forma ocidental e por aqui (Brasil) virou consenso em dizer que eles “existem” num tipo de “fisiologia” util.

Mas para nós que fazemos *Yoga*, isso é irrelevante, pois os cakras apesar de não serem pré-existentes, eles podem ser considerados pós existentes, ou seja, a partir do momento que você os imprime (*upādhi*) na estrutura corporal eles passam a “existir” e cumprem uma função dentro da narrativa da prática.

Upādhi, que é o nome dado a essa impressão, corresponde a uma procuração! Sabe quando você assina um papel, dando poderes de representação a uma pessoa ou advogado? O papel passa a ter um valor, correto? Ou seja, a outra pessoa poderá, com aquele pedaço de papel, representar você. O mesmo acontece com os cakras, eles irão representar determinados valores dentro de cada *kṣetram*(campo). Em outras palavras, seria como o papel moeda, onde uma simples folha de papel, corresponde o valor impresso nela, dizendo que aquilo vale tantos dinheiros.

Além dos cakras, os textos fazem menção de caminhos ou como são chamadas, *nāḍī* (veias, artérias ou vetores) que fazem a ligação desses espaços abstratos construídos apenas na mente do praticante, criando na verdade um mapa muito interessante a seguir. Contudo, com a aproximação do *yoga* a práticas tribais, religiosas e familiares, acaba ganhando um contorno mágico, que foi assimilado erroneamente pelo ocidente que passou a considerar estes centros como “coisas” físicas. Quando os cakras foram transplantados daquela cultura, trazida por ninguém menos que os ocultistas, magistas, esotéricos e místicos ocidentais, fazendo com que estes elementos, antes vistos como fenômenos psíquicos, ou melhor dizendo, só existem dentro da mente daqueles que os utilizam, passassem a ser considerados pré-existentes (LEADBEATER, 1980), sendo mais tarde incorporados pela linguagem espírita kardecista e o conceito depois foi devolvido para o *Yoga* no ocidente como se fosse uma prática “legitimamente” Indiana.

²⁹ O *Yogaviṣaya* aborda 6 chakras no cap.I vers VIII - “Os seis Kaula Chakras auspiciosos são ādhāra, svādhiṣṭhāna, maṇipūra, anāhāta, viśuddhi e ājñā.” citado no livro SIDDHA - SIDDHANTA - PADDHATI AND OTHER WORKS OF THE NATHA YOGIS By SMT. KALYANI MALLIK, M.A., B.T., Ph.D - ANO 1954. P.43.

³⁰ JOHARI, HARISH. 2010, Chakras - Centros de Energia de Transformação - ISBN: 8531516366.

³¹ O *Siddha-siddhanta-paddhati* de Nityanath aborda 6 chakras no cap.II vers LXI onde há uma definição do verdadeiro Yogi: “ou seja, deve-se estar familiarizado com os nove cakras, dezesseis adhara, três laksyas e vyomans vivos adequadamente para seja um Yogi no verdadeiro sentido” citado no livro SIDDHA - SIDDHANTA - PADDHATI AND OTHER WORKS OF THE NATHA YOGIS By SMT. KALYANI MALLIK, M.A., B.T., Ph.D - ANO 1954. p. 39

³² Krishnamacharya, Tirumalai (2013). *Yoga Makaranda* - O Néctar do Yoga. Traduzido por Kausthub Desikachar e TKV Desikachar. ISBN 978-81-926674-1-6.

³³ GOSWAMI, SHYAM SUNDAR. 1999, LAYAYOGA: THE DEFINITIVE GUIDE TO THE CHAKRAS AND KUNDALINI - ISBN 9780892817665 p. 182 - 284

Isso é bastante flagrante quando analisamos a linguagem adotada pelos textos de *Yoga* do século passado em comparação com os textos da atualidade: é comum os textos mais antigos se referirem aos *cakras* como centros psíquicos quando, repentinamente, lá pela década de 1980, começaram a ser referidos como centros espirituais e, mais recentemente, convencionou-se chamá-los de centros energéticos. Estes não serão nosso foco no estudo por serem extremamente subjetivos e difíceis de mapear, pois dependem da tradição direta ao qual o ministrante estiver vinculado ou alguma crença new age do *yoga* moderno, portanto nos limitaremos apenas ao trabalho ventilatório que essa prática tem sobre o aparelho respiratório.

Os *ṣatkarma* (leia-se *shatkarma*) são procedimentos de controle dos diafrágmas corporais com o fortalecimento de músculos pélvicos, abdominais e faríngeos. Ação direta e indireta em todo o aparelho digestório, com técnicas de limpeza profunda do corpo, agindo também nos olhos, nariz e boca (DE ROSE, et al., 2007);

Āsana é o nome dado aos exercícios corporais. Sua prática tem como principal objetivo, o controle da mente e da vontade por meio de uma disciplina corporal intensa. É dividido em duas classificações principais, uma chamada cultural e a outra, meditativa, sendo que as culturais servem de infraestrutura às meditativas. Dependendo do estilo de *Yoga*, os exercícios no jargão ocidental são dedicados muito mais ao trabalho isométrico do que isotônico, quase sempre prescrevendo permanências longas em detrimento da repetição; contudo, isso não é um padrão e há inclusive sistemas que fazem justamente o oposto disso (DE ROSE, et al., 2007).

Viśrāma é a prática do controle do relaxamento físico, mental e emocional, com práticas discursivas de reconhecimento do esquema corporal em forma de rodízio de concentração. A prática é recomendada para insônia, stress, ansiedade e fobias. Suas práticas podem ser acompanhadas de visualização criativa, buscando criar novos padrões de comportamento mental (DE ROSE, et al., 2007, p. 161).

Segundo Simões (2020), o relaxamento (ou serenamento) é um estado psicofísico, naturalmente, oposto ao estresse. O pesquisador ainda afirma que seriam 4 os gatilhos que agenciariam a resposta do relaxamento: coragem, amor/compaixão, saciedade (ou sensação que nada falte) e bem-estar, pois os opostos as acionadores do estresse (medo, raiva, fome e dor). Aqui, o relaxamento vai além do senso-comum de associar relaxamento com letargia, torpor, sono ou cansaço; mas, outrossim, a cartografias corporais de atenção-plena, presença ou estar à espreita, como ele afirma. “Relaxados, por fim, encontramos tempo para responder de forma assertiva ao que nos aflige, mesmo que seja o silêncio, o nada-fazer ou *dolcefar ciente*” (SIMÕES, 2020, p.92).

Outro ponto interessante, é que o relaxamento descrito pela biologia científica não é o mesmo produzido pelos yogas modernos. Dito mais simples, há uma subjetividade singular que cresce, como processo mítico dentro das narrativas modernas yoguicas, próximas aos descritos pela clássica Resposta do Relaxamento de Herbert Benson, mas estruturado numa perspectiva estritamente espiritual.

“Relaxamento no campo espiritual yoguico vem conquistando matizes de corpos yoguicos ‘purificados’, onde o estresse adquire nuances de mal (ou obstáculos espirituais ou *kleśas*)” (SIMÓES, 2020). Assim, pensar relaxamento dentro do escopo terapêutico-espiritual não corresponde diretamente ao campo terapêutico-científico, e a todos os professores de *yoga* que desejam atuar como medicina integrativa, tradicional e/ou complementar precisa levar em consideração não só a biomedicina ou as escrituras antigas yoguicas, mas interagir dialogicamente entre os saberes nas entrelinhas de campos que estão ainda em definição na geografia espiritual yoguica brasileira.

As meditações (*dhyāna*) são divididas em dois grupos: externa e interna, sendo que as externas são de cinco tipos e as internas são três tipos, cada uma delas compondo diversos feixes de técnicas, proporcionando uma variedade de combinações extremamente grande, podendo ser aplicadas quase que de forma personalizada. A prática se destina a controlar a mente e gerenciar o stress, controle da raiva e do medo (DE ROSE, et al., 2007).

E, por último, o *hāsyā Yoga* (Yoga do Riso), usado há mais de 30 anos no Brasil como prática de relaxamento emocional, ajudando a aumentar o bom humor e a felicidade, com grande impacto corporal.

2.6 Qual a Abrangência das Técnicas?

2.6.1 *Hasta Mudrā*

O conjunto de exercícios que executa símbolos com as mãos é conhecido pelo nome técnico *hasta mudrā* ou simplesmente *mudrā*. Elas são usadas para acalmar a mente, criando uma ponte entre as mãos e o cérebro. Pelo fato de as mãos estarem diretamente relacionadas à comunicação não verbal, diversos grupos de gestos foram criados para manter esse diálogo sob controle e os símbolos por eles executados auxiliam na reprogramação e controle mental (DE ROSE, et al., 2007).

2.6.2 *Prāṇāyāma*

Existem tradicionalmente pouco mais de 15 técnicas desenvolvidas no período medieval. Com a diversificação de escolas e métodos na década de 1980 chegavam a centenas. No Brasil, temos muitos livros de autores nacionais com excelentes descrições, em especial uma publicação de minha autoria com 127 descrições de exercícios chamado *Prāṇāyāma- Muito Além da Respiração* (DE ROSE, 2006).

Esta técnica é largamente usada por atletas de alto rendimento como: natação, mergulho livre, boxe, MMA, remo e até corredores. Mas não se engane se acredita que se trata apenas de uma prática ventilatória, ela é importante para o fortalecimento do aparato respiratório, bem como a ampliação do volume, resistência e potência. A respiração ajuda também a controle metabólico de forma direta, imediata e fácil por meio do estímulo

vasovagal, produzindo queda dos níveis de tensão corporal, diminuição da pressão sanguínea e estabilidade cardíaca (DE ROSE, 2006).

Pela respiração podemos alterar o estado emocional de uma pessoa. Basta controlar três coisas: ritmo, profundidade e duração. Quando, por exemplo, alguém está ofegante, sem ritmo, perguntamos se algo a incomoda; quando estamos antecipando um desastre, retemos o ar; quando esperamos notícias, a respiração fica contida; quando a notícia chega, suspiramos aliviados, tirando o peso que aperta o coração; quando a notícia é ruim, deixamos o ar sair em sícopes de choro; quando é boa, gargalhamos, soltando um monte de ar; quando nos assustamos, ela acelera; quando estamos enrascados e não queremos ser percebidos, seguramos o ar (DE ROSE, 2006).

2.6.2.1 Ritmo

- O ritmo lento seda

Essa respiração tende a diminuir o ritmo das atividades biológicas e a temperatura corporal. A mente fica mais clara e contemplativa, tende a ver as coisas com maior profundidade; promove o autoconhecimento.

- O ritmo acelerado agita:

A mente perde a consistência, produzindo mudanças bruscas de comportamento e humor; torna-se mais subjetiva, tem reações inesperadas e mais instintivas; o estado de alerta proporciona uma visão mais imediata e detalhada das coisas.

2.6.2.2 Profundidade

A respiração profunda gera saciedade

A pessoa se sente nutrida e satisfeita, gerando com isso autoconfiança, força interior, garra, capacidade de realização e criatividade; emocionalmente se torna estável, com uma enorme capacidade de expressão. Aquele que se utiliza dessa respiração alcança facilmente um sentimento de amor indiscriminado.

A respiração superficial gera carência

Como não supre as necessidades orgânicas de oxigênio, ela deprime o sistema e automaticamente se reflete no estado emocional. Os reflexos psicológicos se alternam entre a angústia e a depressão; instala-se o medo e a insegurança.

2.6.2.3 Duração

Longa duração concentra

Respirar dessa forma produz uma mente disciplinada e focada. Os detalhes perdem a importância para dar lugar à consciência do todo. Produz uma espécie de antevisão, pois

a mente torna-se mais estratégica, capaz de jogar o jogo da vida com mais chances de sucesso; desenvolve uma visão antecipada das coisas, trazendo consigo paciência, calma e tolerância.

Curta duração dispersa

É uma das piores formas de respirar; gera impaciência, é a respiração do predador, da pessoa má, fria e calculista. Sem moral, suas ideias se alteram com frequência e são comuns ataques de mau humor. Baixa capacidade adaptativa, sempre em conflito, ele se apegue mais aos detalhes que ao todo. Mais abaixo farei uma relação dos mais impactantes e fortes exercícios, embora existam centenas. (DE ROSE, et al., 2007)

bhastrikāprāṇāyāma

Um poderoso broncodilatador, podendo mesmo ser usado para substituir o uso da bombinha por um asmático sem a necessidade de remédios e com grande ação fortalecedora. Se feito em excesso, pode produzir certa alcalose respiratória, consequência da hiperventilação pulmonar, que leva a tonteiras ou desmaios, sem maiores consequências. O que ocorre é a grande eliminação de dióxido de carbono (CO₂) no sangue, bem como a quantidade reduzida de ácido carbônico, tornando o sangue alcalino.

kumbhakaprāṇāyāma

A respiração com ênfase na exalação produz um fortíssimo estímulo no nervo vago. Fazendo diminuir os níveis da pressão sanguínea e batimentos cardíacos, tal procedimento pode ajudar imensamente no controle da hipertensão arterial, ansiedade, fobias, problemas cardíacos, controle da raiva, síndrome do pânico e estresse crônico.

Nādīśodhanaprāṇāyāma

Respirações alternadas produzem um estímulo nos centros simpático e parassimpático, agindo diretamente no funcionamento do corpo, podendo agitar, tranquilizar ou mesmo equilibrar.

Bhramarīprāṇāyāma

É um excelente desobstrutor dos seios frontais e nasais através de vibração sonora, evitando assim o uso de medicamentos ou aparelhos.

2.6.3 *Ṣaṭkarma*

Os *ṣaṭkarma*(leia-se: *shatkarma*) são práticas com uma abrangência de aplicações muito grande e em múltiplos sistemas corporais, podendo ajudar consideravelmente problemas visuais, corrigindo com muita facilidade miopia, vista cansada e astigmatismo, limpando a mucosa ocular e fortalecendo seus músculos.

Agem também sobre a desobstrução nasal, promovendo facilmente a eliminação de inflamações nos seios nasais e frontais; massageamentos viscerais que melhoram o tônus do movimento peristáltico, limpando o sistema digestório com muita eficiência, podendo mesmo fazer uma total limpeza intestinal profunda sem o uso de aparelhos invasivos, usando somente água e exercícios para desobstrução do intestino grosso, delgado, cólon e reto.

Fortalecimento dos músculos acessórios da respiração e eliminação de inflamações; lavagem vaginal com ervas que podem aliviar significativamente inflamações e dores; exercícios executados com músculos pélvicos que podem evitar incontinências, além de aumentar significativamente a libido e o controle da ereção; fortalecimento da estrutura da laringe, faringe e língua, evitando o laceamento destes órgãos, reprimindo roncos e a apneia noturna.

Cuidado com os dentes e higiene da língua e raiz dos dentes; indicações de alimentação adequada, com a recomendação de atos simples, como a mastigação, calma e frugalidade, como também a recomendação aos produtos integrais e naturais em detrimento dos processados e beneficiados.

Tudo isso descrito nos parágrafos acima, pode ser executado com apenas essa única técnica do *Yoga*, mostrando eficiência, facilidade de uso e baixíssimo custo, tanto na prevenção, como na ação mais direta de diversos problemas de desordens nos sistemas supracitados. (DE ROSE, et al., 2007)

Trāṭaka e dṛṣṭi

Os *trāṭakas* fortalecem a musculatura ocular, deixando os olhos mais saudáveis. Embora não seja o objetivo curar problemas oculares, recebemos o tempo todo relatos de diversas pessoas que chegam em alguns casos a amenizar miopia ou astigmatismo.

Kapālabhāṭī e vāṭakrama

A finalidade do *kapālabhāṭī* é a diminuição da mucosidade nasal e a desobstrução das vias aéreas por meio de vigorosas expirações.

Naulī e uḍḍīyanabandha

Movimentação dos músculos reto-abdominais, com massageamento visceral e estimulação peristáltica. O objetivo é com esse movimento estimular o funcionamento digestório e de vários órgãos, provocando a limpeza das mucosas e a liberação de partículas acumuladas no sistema, que são fruto tanto de uma má alimentação, quanto do processo natural de trabalho de qualquer máquina, que acaba se sujando com a liberação de partículas que surgem do atrito entre suas engrenagens. Se não houver uma manutenção constante, o aparelho acaba travando. Este exercício fortalece o abdome e tonifica o sistema digestório, com a subida do diafragma massageando o coração e os pulmões.

Netī

Netīkriyā é a atividade de purificação e limpeza das narinas do excesso de mucosidade acumulado nos seios nasais e frontais. Ela pode ser executada com água, com leite, com ghee (manteiga clarificada) ou com uma sonda especial. É usado com frequência para combater a poluição dos centros urbanos e como preventivo à sinusite, rinite, coriza, enxaqueca ou resfriado.

Vasti (basti)

Ou enema, clister medicamentoso, ducha higiênica, canudo anal de borracha. *Vasti* significa baixo abdome e compreende os vários métodos de purificação dos intestinos e órgãos genitais, tendo como um dos principais efeitos sobre a pele. Basta lembrar que, como essa região é bastante vascularizada, muitos remédios são administrados por via anal por entrarem diretamente na corrente sanguínea. Se a digestão fica muito tempo parada, o organismo inteiro acaba sendo intoxicado com as próprias fezes, motivo pelo qual passaram a denominar as pessoas que estão com prisão de ventre, “enfezadas”, ou seja, cheios de fezes, referindo-se ao humor característico das pessoas constipadas.

Jalavasti ou sukhavasti

Limpeza do reto e do cólon com água para desintoxicação e como auxiliar nos tratamentos para combater a constipação intestinal.

Yonīvasti ou yonīprakṣālana

Lavagem vaginal com óleos de ervas e infusões administrados por uma ducha higiênica no combate às desordens menstruais e problemas ginecológicos em geral.

Vārīsaradhautī

Limpeza do estômago com água, para tonificação da parede abdominal e dos músculos de sustentação. Auxilia em casos de intoxicação alimentar.

Agnisaradhautī

Massageamento visceral profundo ao executar um vácuo estomacal, produzindo um controle fora do comum e auxiliando na eliminação de toxinas das paredes dos intestinos.

Sāṅkhaprakṣālana

O mais evidente é de ordem eliminatória, tanto das fezes normais, quanto pela evacuação dos sedimentos incrustados que a água salgada retira da mucosa intestinal. É impressionante a variedade de coisas que obstruem os intestinos e, à medida que a água é eliminada, essas partículas responsáveis por fermentações pútridas e irritações frequentes ao sistema vão saindo. São elas que produzem uma sensação de peso constante causado

por essa constipação crônica, ao qual acabamos por nos acostumar, e só percebemos a diferença após o śāṅkha. Mesmo pessoas que julgavam ter seu sistema funcionando normalmente perceberam a impactante diferença até mesmo no humor: sensação de leveza, bem-estar e melhora da disposição geral.

Uma das principais causas do envelhecimento prematuro é a auto intoxicação, que pode ser observada na pele, no cheiro do corpo e no hálito. O motivo desse envenenamento é a lentidão do aparelho digestório, motivada por uma alimentação pobre em fibras e rica em refinados. O corpo não sabe lidar com substâncias tão pequenas e acaba formando uma argamassa difícil de processar. Essas toxinas acabam sendo absorvidas pelo cólon, que é extremamente vascularizado e permeável.

Tudo isso acaba no sistema circulatório, produzindo erupções cutâneas, halitose, insônia, câncer, hemorroidas e anemia, ou seja, o sistema gasta toda a sua energia no processo de eliminação, sobrando poucos recursos para a regeneração das células ou no combate a um simples resfriado.

O śāṅkhaprakṣālana não tem somente efeito eliminatório, ele estimula o fígado, basta observar a cor das primeiras evacuações, o pâncreas, tonifica as paredes intestinais, fortalece o peristaltismo. A limpeza também proporciona a correta assimilação dos nutrientes e ajuda a regular o peso.

Dantadhautī

Purificação dos dentes com escovação, cuja orientação se fazia muito necessária 2 mil anos atrás, mas que se tornou hábito na atualidade.

Dantamūladhautī

Purificação da raiz dos dentes; *mūla* significa raiz e limpar a raiz dos dentes consiste em incentivar o massageamento natural das gengivas, adotando a mastigação de alimentos duros como a cenoura, frutas secas, maçã, castanhas, nozes e todo um universo de alimentos integrais não cozidos.

Outra forma não convencional é morder fortemente, contraindo bem a musculatura mandibular, ou então fazer por cima das bochechas pequenos e suaves movimentos e pressionamentos para agir sobre as gengivas.

Jihvāśodhinīdhautī ou jihvāśodhanadhautī

Limpeza da língua, ainda pouco utilizada, contudo, podemos encontrar em farmácias raspadores feitos de plástico e metal para a purificação da língua, melhorar o halito e manutenção da higiene bucal.

Kārṇadhautī

Limpeza da orelha interna e externa, pouco usado na atualidade, sendo mais seguro fazê-la com um otorrinolaringologista.

Cakṣudhautī

Purificação dos olhos através da estimulação do próprio canal lacrimal.

Jaladhautī, vamanadhautī ou kuñjala

Vômito terapêutico para produzir a limpeza do estômago com água, com tonificação da parede abdominal e músculos de sustentação. Auxilia em casos de intoxicação alimentar.

Yogānna

Alimentação *Yogi*, geralmente vegetariana, contudo, pode-se aproveitar os três pontos principais: coisas a adotar, coisas a evitar e coisas a eliminar da alimentação. Adotar: mastigação, frugalidade e calma; evitar: beneficiados, processados e refinados; eliminar carnes, drogas, álcool e químicos.

2.6.4 ÁSANA

Ásana é a prática mais evidente entre todos os procedimentos do *Yoga*. Se você pedir para alguém demonstrar algo que aprendeu fazendo *Yoga*, certamente vai demonstrar uma posição corporal. Até porque seria muito difícil você “mostrar” uma meditação, exercício respiratório, relaxamento ou mesmo uma limpeza interior. Na atualidade, contamos com um acervo de mais de duas mil (2000) posições de *Yoga* elaborada por André De Rose na década de 1980 e o lançamento mundial de um livro em coautoria com seu pai na Espanha chamado, “Practica de Yoga Avanzado” (1997)³⁴.

2.6.5 VIŚRĀMA

Viśrāma significa literalmente “relaxamento”, e este é o nome usado para a prática de yoganidrā sem a proposta meditativa, ou seja, simplesmente voltado ao descanso e recuperação. Produz um significativo aumento da capacidade de descontração e redução do stress, facilita a adaptação a novas situações, abre as portas para o processamento mais rápido das informações, ativa o potencial criativo (as ideias mais criativas surgem durante a prática ou como resultado dela), além de desenvolver as capacidades mentais, como a concentração, a memória, a aprendizagem e o gerenciamento das pressões (DE ROSE, et al., 2007).

2.6.6 DHYĀNA

Dhyāna significa meditação. Corriqueiramente escutamos pessoas que dizem: “Eu faço *Yoga* e meditação!”, quando o correto mesmo seria dizer “*Yoga* é meditação”, pois o objeto central de uma prática de *Yoga* são os estados meditativos e além. Não se pode pensar numa prática de *Yoga* sem meditação, sob pena de não estar mais sequer fazendo *Yoga*! (DE ROSE, et al., 2007).

³⁴ DeRose. Práctica de Yoga Avanzado: (swásthya yoga shastra) 1997, p. 237 - ISBN: 8489836000.

Dhyāna é uma das ferramentas (principais) da nossa prática e vem sendo usada quase como um apanágio. Diversos estudos demonstram as múltiplas funções e usos dessa técnica, tanto que se consagrou como uma prática integrativa independente, sendo usado fora do contexto da prática de *Yoga*³⁵.

2.6.7 *HĀSYA YOGA*

O *Yoga* do Riso³⁶ apesar de algumas vezes ser visto como uma brincadeira, ou mesmo algo de menor importância, na verdade é uma técnica que vem se provando muito eficaz em uma constelação de aplicações. Muitos estudos demonstram que a aplicação de *Yoga* do Riso pode aumentar a resistência corporal, incrementar o fôlego, desenvolver uma mente mais resistente, combater a depressão e o estresse crônicos. (MEIER, et al., 2021). Rir é um exercício exigente e fortalecedor para os músculos do tronco (WAGNER, et al., 2014) e a musculatura acessória da respiração bem como é usado para reduzir a ansiedade (DE ROSE, 2020).

2.7 *Yoga e Covid*

Apenas lavar as mãos, como salubridade, não é suficiente para a prevenção da contaminação pelo vírus COVID-19. Como a prática de *Yoga* possui um ferramental gigantesco nesse sentido, possuímos alguns procedimentos que são executados há milênios que podem ajudar a acrescentar diversas opções ao que já fazemos na nossa higidez aqui. Quem sabe isso poderá acelerar uma mudança de hábitos diários de higiene e comportamento que serão necessários daqui por diante. E nós que conhecemos o *Yoga* sabemos que essa prática é eficiente nesse sentido (DE ROSE, 2020).

Para os hábitos ocidentais tão distantes dos indianos é surpreendente como a cultura *Yogi* *Conseguiu* desenvolver um refinamento tão particular e variado nas técnicas de limpeza que transcendem, e muito, a nossa noção de higiene corporal. Apesar de serem milenares, ainda não encontraram substitutos à altura (DE ROSE, 2020). Foi demonstrado na Conferência Internacional sobre Avanços em Medicina Asiática como os exercícios de limpeza ainda são importantes na atualidade.

Outro ponto que considero importante ressaltar é “o caráter de recuperação ou reintegração à sociedade e a uma vida “normal”, dado que os que forem acometidos do vírus precisarão de muita fisioterapia de reabilitação. E é aí que eu vejo a maior utilidade nas práticas que conhecemos” (DE ROSE, 2020).

O *Yoga* pode ser usado em 3 momentos: a) Não Infectados, auxiliando no combate ao isolamento, atividade física de baixíssimo impacto e altíssimo rendimento, combate a regressão psicológica (infantilização), ocupa a mente, pois achar que está fazendo algo ao

³⁵ <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/praticasintegrativas>

³⁶ Lobo, Sandro. *Yoga do Riso*, 2018 - ISBN 9789895227877

invés de apenas passivamente esperar, alivia o stress, pois dá a sensação de controle e combate o medo. b) Infectados (sintomas leves e graves), propicia o combate a síndrome do isolamento social, técnicas de visualização criativa, para fortalecimento da mente. c) Pós Infecção (com e sem internação), contempla com o combate ao isolamento social, reduz significativamente a síndrome pós-Covid-19, ampara contra o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e reduz as sequelas (DE ROSE, 2020).

2.8 Mapa de evidência

Inclusive pesquisas revelam a efetividade clínica da prática do *Yoga*, mostrando através de um mapa de evidência (BIREME/OPAS/OMS) que pode ser consultada por um consórcio internacional que disponibiliza sua Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. Nessa biblioteca demonstram que diferentes estilos de yoga podem produzir ações positivas para as mais diversas doenças, como, por exemplo, o câncer, agindo na fadiga, náusea e vômito durante a quimioterapia.

No mapa de evidências supracitado, estão relacionadas inclusive as dores agudas, como a artrite, dores musculares, reduzindo significativamente a hipertensão gestacional, amenizando distensões e lesões do menisco; se mostrou também um excelente coadjuvante para doenças crônicas, como artrite reumatóide, reduzindo e até fazendo desaparecer os sintomas da asma, cardiopatias, restabelecendo a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), recuperando doenças hematológicas, epilepsia, esclerose múltipla, fibromialgia, reduzindo substancialmente a hipertensão arterial, restringindo a incontinência urinária e osteoartrite.

O *Yoga* também é indicado para doenças nutricionais, metabólicas e linfáticas como, diabetes, dislipidemias, hiperglicemia, hiperlipidemias, linfedema, resistência à insulina, síndrome pré-menstrual; Se mostrou inclusive notadamente benéfico agindo nas dores com a redução do consumo de analgésicos, contra a cefaléia, dores cervicais, dores causadas por redução de funcionalidade da coluna, dor crônica, dor em osteoartrite, dores lombares e reatividade à dor.

Com relação aos indicadores mentais manifestou substancial colaboração em ocorrências como: auto-aceitação, ajustamento social, atenção plena, auto-compaixão, autoestima, bem-estar mental, bem-estar físico, concentração, abreviando a confusão mental e o delírio, incrementando o desempenho cognitivo, produzindo domínio emocional, psicológico e social, restringindo emoções negativas, amplificando emoções positivas, desenvolvendo empatia, estimulação acústica, dando um upgrade nas funções executivas, reduzindo a idade social, encurtando a ideação suicida, incrementando a inteligência, eliminação do medo, geração e gerenciamento da memória, a prática estabelece uma expressiva sensação de propósito de vida, regula as emoções, limitando a ruminação mental e favorecendo a saúde mental.

Quando foram analisados os indicadores metabólicos e fisiológicos, observou-se um favorecimento nos biomarcadores imunológicos, liberação de cortisol, fortalecimento na função pulmonar, atenuação dos transtornos gastrointestinais, antígenos CD4, produção de antioxidantes, dilatando a capacidade anaeróbia, reduzindo a circunferência abdominal, produção de citocinas, evitando a coagulação sanguínea, restabelecendo os níveis do colesterol, reengenharia da composição corporal, beneficiando a coordenação visual-motora, gerando maior densidade óssea, recrudescimento da diarreia, dispepsia, dispnéia, distocia, gerando substanciais fatores de crescimento neural, fatores tumoral alfa (TNF Alfa).

Ainda relacionando os indicadores metabólicos e fisiológicos observamos que a prática acaba gerando grande força muscular respiratória, estabilização da frequência cardíaca e respiratória, com função cardiovascular fortalecida, glicemia, glutationa, hemoglobina glicada (HbA1c), reprimindo a incontinência urinária de urgência, índice de apgar, auxiliando a equilibrar o índice de massa corporal (IMC), interleucina 6 (IL-6), os marcadores de estresse oxidativo mostram uma expressiva redução, balanceando os níveis hormonais, noctúria, estabilizando a pressão arterial, prostaglandinas E, proteína C reativa, receptores de glicocorticoides, regulação do sistema imunológico, regulação metabólica, combatendo a rigidez articular, tratando sequelas neurológicas, reparação dos sintomas do climatério, superóxido dismutase, triglicerídeos, melhorando o volume expiratório forçado, diminuindo o volume residual pulmonar.

Outros fatores encontrados no mapa de evidências é o socioambiental e espiritualidade, coping, desenvolvimento infantil, desenvolvendo consciência espiritual (espiritualidade), gerando notada capacidade de resiliência; transtornos mentais, combatendo a depressão, inclusive a depressão pós-parto, sendo favoravelmente indicado para transtornos de ansiedade, burnout, compulsão alimentar, enurese noturna, esquizofrenia, insônia, síndrome de tourette, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos cognitivos, transtornos da alimentação, transtornos de estresse pós-traumáticos, transtornos do humor, transtornos do sono-vigília.

Encontramos ainda fatores sobre a vitalidade, bem-estar e qualidade de vida, favorecendo o desenvolvimento neuropsicomotor, gerenciamento do estresse, gerando função social, melhorando qualidade do sono, produzindo maior alongamento e flexibilidade, determinados estilos de yoga podem inclusive ser muito boas para a capacidade aeróbia, desenvolvendo a capacidade de exercício, capacidade funcional, educando o comportamento alimentar, gerando condicionamento físico, domínio físico, equilíbrio motor e emocional, favorecendo a execução das atividades diárias, força muscular ampliada, função física, melhoria do humor e da mobilidade, ajudando a parar de fumar, gerando maior qualidade de vida, redução da fadiga, atenuação do risco de queda, saúde em geral, saúde física, sensação de bem-estar, vigor, vitalidade.

Outros fatores que não possuem classificação específica, mas que a prática do Yoga também costuma ser benéfica, e está relacionada ao mapa de evidência, está relacionada a cifose, redução do trabalho de parto, sendo indicado para a gravidez, em casos de paralisia cerebral, equilibrando o peso ao nascer, diminuindo a precocidade do parto, controle e fácil ativação do sistema nervoso simpático, mostrando capaz de alterar o tipo de parto, levando a procedimentos mais naturais. Isso demonstra que diferentes intervenções yoguicas promovem saúde e bem-estar quando associadas a populações diversas, sendo altamente benéficas suas práticas aos usuários do SUS.

2.9 Indicações

Fora o mapa de evidências acima, existem excelentes trabalhos feitos por brasileiros que merecem ser lembrados pelo pioneirismo, como, por exemplo, yoga para crianças excepcionais, focado principalmente na síndrome de Down (SUMAR, 1996), práticas para auxiliar pessoas a gerir a bipolaridade (PIRES, 2011), Yoga aplicado a gestação e parto (LOBATO, 1979), aplicação para ansiedade e o sistema nervoso (HERMÓGENES, 2013), a primeira obra sobre yogaterapia no Brasil (HERMÓGENES, 1992), aplicação para a terceira idade (HERMÓGENES, 1996), a aplicação da prática para desordens do sistema digestório e limpeza das mucosas (MIRANDA, 1969; DE ROSE, 2006; COSMELLI, 1974) podemos citar também várias práticas de relaxamento corporal foram desenvolvidas por brasileiros, (DERZETT, 2016), inúmeras aplicações psicológicas, comportamentais e fisiológicas com a prática de meditação (BARBOSA, 2011) (BARBOSA, 2020) (DANUCALOV & SIMÕES, 1999)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, diria até mesmo que o *Yoga* está muito mais afinado com atitudes preventivas do que cura. Isto se dá, por meio de um estilo de vida saudável e práticas corporais diversificadas, tornado-se assim, uma excelente prática para a promoção da saúde.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Quando o *yoga* foi incluído como parte integrante das práticas integrativas e complementares em saúde?
- 2) A profissão de *yoga* ainda não existe, mas tem algum projeto lei para regulamentação da profissão?
- 3) Qual foi o mais antigo professor de *yoga* a trabalhar com yogaterapia?

- 4) Yoga tem efeitos colaterais?
- 5) Yoga é uma coisa só?
- 6) Todos os tipos de yoga têm as mesmas ferramentas, ou cada tipo de yoga tem a sua própria ferramenta específica?
- 7) Qual o objetivo da prática de yoga?
- 8) Quais os períodos históricos do yoga que foram escolhidos para este capítulo?
- 9) Yoga tem meditação ou é meditação?
- 10) Quantas técnicas são citadas neste capítulo?
- 11) Quais os três momentos específicos que o yoga pode ser utilizado com relação à COVID-19?
- 12) Qual o primeiro livro de yoga a abordar sobre COVID-19 no mundo?
- 13) Segundo o mapa de evidências sugerido, quais são as principais indicações da prática de yoga?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DANUCALOV, M. A. D; SIMÕES, R. S. NEUROFISIOLOGIA DA MEDITAÇÃO. 1^a Edição. São Paulo/ SP. Editora: Phorte. 2006.
- DANUCALOV, M. A. D; SIMÕES, R. S. NEUROBIOLOGIA E FILOSOFIA DA MEDITAÇÃO. 2^a Edição. São Paulo/SP. Editora: Phorte. 2018.
- ALTER, J. S. Yoga in ModernIndia: The Body between Science andPhilosophy. Princeton/NJ. Editora: Princeton University Press. 2004.
- BARBOSA, C. E. G. Os Yoga Sūtras de Patañjali: Texto clássico fundamental do sistema filosófico do Yoga. Tradução de PATANJALI. São Paulo/SP. Vol. 1. Editora Mantra. 1999.
- BARBOSA, C. E. G. BhagavadGītā: Texto Clássico Indiano, São Paulo/SP. Vol. 1. Editora Mantra. 2019.
- BARBOSA, CARLOS EDUARDO GONZALES. UTTAMAPURUṢA: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DA MEDITAÇÃO - Editora Yogaforum, São Paulo/SP. 2020.
- BARBOSA, CARLOS EDUARDO GONZALES. A MEDITAÇÃO DOS YOGUIS - Editora Traço, São Paulo/ SP, 2011.

COSMELLI, FRANCISCO; COSMELLI, DORIS. *Yoga Saúde e Higiene do Aparelho Digestivo*. Editora FEEU. Porto Alegre/RS. 1974.

DE ROSE, ANDRÉ. *Yoga & Covid: Apontamentos de um Yogi em Tempos de Pandemia* - ISBN: 978-65-00-04604-5 - 2020.

DE ROSE, ANDRÉ; TACCOLINI, MARCOS; BARBOSA, CARLOS EDUARDO GONZALES; BORELLA, ANA. *Livro de Ouro do Yoga*, 2007.

DE ROSE. *Prática de Yoga Avanzado (swasthya Yoga Shastra)* 1997.

DE ROSE, ANDRÉ. *Prāṇāyāma - Muito Além da Respiração*, 2006, ISBN 8573490365.

DERZETT, MIILA. *Relaxel! Guia Prático De Relaxamento Profundo*. Editora Matrix. São Paulo/SP, 2016.

DOCUSSE, J. P. *Ioga na Atenção Básica: uma intervenção integrativa e complementar para promoção da saúde*. Monografia. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina. 2017.

FERNANDES, F. *Dicionário Brasileiro Contemporâneo*, Editora Globo. Porto Alegre/RS. 1956.

FEUERSTEIN, G. *The Yoga Tradition: Its History, Literature, Philosophy, and Practice*. Editora Pensamento. São Paulo/SP. 1998.

FEUERSTEIN, G. *Tex tbook of Yoga*, Editora: Rider And Company, Londres.1978. FORNARI, E. *Fogo Sagrado*, 1^a Edição. São Paulo/SP. Editora Vida e Consciência. 2010.

FLOOD, G. D. *An Introduction To Hinduism*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

GHAROTE, M. L. *Técnicas de Yoga*. 10^a Edição. Editora Phorte. São Paulo/SP. 2000.

GOSWAMI, S. S. *Layayoga: The Definitive Guide to Chakras Inner Traditions International/USA*. 1999. e Kundalini, Editora

HERMÓGENES, J. *Saúde Plena: Yogaterapia*. Editora Nova Era – Grupo Editorial Record. Rio de Janeiro/RJ 1992. HERMÓGENES, J. *Saúde na Terceira Idade*, Editora: Nova Era– Grupo Editorial Record. Rio de Janeiro/RJ. 1996.

HERMÓGENES, J. *Yoga Para Nervosos*, 54^a Edição. Editora BestSeller. 2013.

HERMÓGENES, J. *Autoperfeição com Hatha Yoga: Um clássico sobre saúde e qualidade de vida*. 55^a ed. Rio de Janeiro: Editora BestSeller, 2014. p. 105-169.

KUPFER, P. *Mudras Gestos de Poder – Ed. Comunidade do Saber – Florianópolis/SC*. 1999. KATARIA, M. *Yoga do Riso*. Editora Nascente. Bela Vista Capão Bonito/SP. 2020.

KALYANI, M. *Siddha - Siddhanta - Paddhati And Other Works Of The Nath Yogis*. 1^a Edição. Editora: Oriental Book House. 1954.

KRISHNAMACHARYA, T. *Yoga Makaranda - O Néctar do Yoga*. Traduzido por Kausthub Desikachar e TKV Desikachar. Chennai: Swathi Soft Solutions. 2013.

LANI, A. *I Am Love: Yoga, Ayahuasca, A Course in Miracles And The Journey Back to the Place We Never Left (Who Am I? Book 2)*. Publicado de forma independente. Estados Unidos. 2019.

LEADBEATER, C. W. *Os Chakras ou Os centros Magnéticos vitais do ser humano*. Editora Pensamento. São Paulo/SP. 1980.

LOBATO, E. *YOGA E PARTO*. Edições de Ouro. Editora Ediouro. Rio de Janeiro/RJ. 1979. LOBO, S. *Yoga do Riso*, 1^a Edição. Editora Chiado. São Paulo/SP. 2018.

MALLINSON, J. *The KhecarīvidyāofAdinathā*. Routledge Studies in Tantric Traditions Group. 2007.

MALLINSON, J.; SINGLETON, M. *Raízes do Yoga*. Penguin Books. 2017.

MEIER, M; et al. *Laughter yoga reduce the cortisol response to acute stress in healthy individuals Stress*. 2021 Jan;24(1):44-52. doi: 10.1080/10253890.2020.1766018. Epub 2020 May 26. PMID: 32393092.

MIRANDA, C. *Laya yoga*. Editora Ediouro. Rio de Janeiro/RJ. MONIER-WILLIAMS, M. *A Sanskrit-English Dictionary:al reference to Cognate Indo-european languages*. Oxford, The Clarendon Press. 1899.

MOREIRA, C. M. G. *Salve O Rei Do Movimento: A Performance Ritual Do Caboclo Na Umbanda De Barra Do Piraí/Rj*. Dissertação. Mestrado em Artes Cênicas. UNIRIO, Rio de Janeiro, 2009.

OKI, M. *Zen Yoga Therapy*. 1979.

PIRES, A. *Bipolaridade - Sintomas, Convivência Equilíbrio*. 3^a Edição. Editora Giostri. São Paulo/SP. 2011.

RAHM, H. J.; et al. *Yoga Cristã e Espiritualidade de Santo Inácio de Loyola* 2007.

SINGLETON, M. *Yoga body:: the origins of modern posture practice*. Oxford University Press. 2010. Disponível em <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195395358.001.0001/acprof-9780195395358>. Published To Oxford Scholarship Online: May 2010 DOI:10.1093/acprof:oso/9780195395358.001.0001.

SIMÕES, R. S. *Yoga Malandro: sofrimento, libertação e outras ficções*. Editora Dialética. São Paulo/RJ. 2020.

SIEGEL, P. *Yoga e Saúde: O Desafio Da Introdução De Uma Prática Não-Convencional No SUS*. Tese. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas, da Unicamp/SP. 2010.

SUMAR, S. *Yoga Para A Criança Especial: A Therapeutic Approach for Infant and Children with Syndrome Down Cerbral Palsyand Learning Disabilities*. Editora: Ground. 1996.

SVĀTMĀRĀMA. Manuscritos originais traduzidos do Sânsrito. Séc. XV. Cap. 3, vers. 25-29. ZIMMER, HEINRICH. *Filosofias da Índia*. 7^a Edição. Editora Palas Athena. 2008.

ZYDENBOS, R. J. *Today and Its Future*. Munique: ManyaVerlag, 2006.

WAGNER, H.; REHMES, U.; KOHLE, D.; PUTA, C. Laughing: A Demanding Exercise for TrunkMuscles. Journal of Motor Behavior. 2014. 46(1):33-7. doi: 10.1080/00222895.2013.844091. Epub 2013 Nov 18. PMID: 24246140.

WUNDER, LUC BÜRGIN DAS. MirinDajo: Der unverletzbare Prophet und seine phänomenalen Kräfte, Editora Kopp. 2004.

CAPÍTULO 8

MINDFULNESS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL

Data de aceite: 01/03/2023

Marcelo Demarzo

Myrian Marino Martins Soares

Olga Durães Araújo

RESUMO: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são ferramentas utilizadas nos serviços de saúde para orientar a oferta de cuidados integrais à população brasileira, a despeito do modelo médico hegemonicamente centrado na doença. A proposta de cuidar do indivíduo em sua totalidade, leva em consideração que possa existir uma relação direta entre os desequilíbrios orgânicos e emocionais. Portanto, a abordagem ampliada em saúde pode potencializar transformações na percepção das pessoas sobre o conceito de saúde e doença. O *Mindfulness* é uma PICS que guarda relação com a promoção de um estilo de vida centrado em atitudes que favorecem os relacionamentos interpessoais e à qualidade de vida, ou seja, não se trata apenas de uma técnica de meditação. O objetivo deste capítulo é descrever o *Mindfulness* como ferramenta de promoção de saúde que pode ser aplicada apropriadamente no cenário da

APS. Os aspectos centrais abordados são: o conceito de *Mindfulness*; a prática dos três passos de *Mindfulness*, pois é por meio delas que alguns benefícios podem ser comprovados em diversas esferas. Na área da saúde, principalmente com pessoas que convivem com sintomas associados a estresse crônico, ansiedade e depressão, intervenções de *Mindfulness* estão sendo utilizadas e já apresentam um efeito positivo. Por exemplo, no Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS, do inglês *National Health Service*) o *Mindfulness* está presente no tratamento de recorrência em adultos com diagnóstico de depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Plena; Saúde Integral; Estilo de vida.

ABSTRACT: The Integrative and Complementary Practices (ICPs) are tools used in health services to guide the provision of comprehensive care to the Brazilian population, despite the hegemonic medical model. The proposal to care for the individual as a whole, takes into consideration that may exist a direct relationship between organic and emotional imbalances, which in a broader view, could transform the person's relationship with the disease. Therefore, the expanded approach to health can enhance

changes in people's perception of the concept of health and disease. Mindfulness is ICPs that is related to the promotion of lifestyle that favors interpersonal relationships and quality of life, that is, it is not a meditation technique. The purpose of this chapter is to describe Mindfulness as a health promotion tool that can be appropriately applied in primary health care. The central aspects discussed are: the concept of Mindfulness, the practice of three steps of Mindfulness and scientific evidence that supports such practice. Scientific research has a fundamental role in the dissemination of Mindfulness practices, lots of benefits can be proven in different aspects through it. In the healthcare area, especially within people with symptoms of chronic stress, anxiety and depression, Mindfulness interventions are being used and have a positive effect already detected. For example, in the National Health Service (NHS) Mindfulness is present in the treatment of recurrence in adults diagnosed with depression.

KEYWORDS: Mindfulness; Integral Health; Life Style.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Identificar o Mindfulness como Práticas Integrativas e Complementares que potencializa a promoção de saúde e o autocuidado no cenário da APS;
- 2) Citar as principais indicações e contra-indicações do Mindfulness;
- 3) Descrever a prática dos três passos do Mindfulness;
- 4) Conhecer as 9 atitudes preconizadas pelo Mindfulness;
- 5) Conhecer as evidências científicas que dão suporte à prática de Mindfulness.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A abordagem psicossocial no cuidado à Saúde Mental e o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são uma realidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção Primária à Saúde (APS) e convergem para a oferta de cuidados integrais à população brasileira, a despeito do modelo médico hegemônico centrado na doença. Tais práticas têm como característica colocar os sujeitos no centro de sua história, considerando suas particularidades, sua realidade social, com abordagens mais amplas e holísticas. Isto, valoriza os saberes e as práticas não-biomédicos, com vivências e técnicas de cuidado; estimulando a autocura, participação ativa e empoderamento dos usuários com uma abordagem familiar e comunitária (TESSER & SOUSA, 2012).

Historicamente o Relatório Dawson, em 1920, marca a primeira vez que o conceito de APS (também chamada de Atenção Básica) foi criado como forma de organização dos sistemas de saúde. Esse documento do governo inglês tinha como principal objetivo contrapor-se ao modelo flexneriano americano que estava baseado no reducionismo biológico e na atenção individual. Nesse relatório constava um modelo de atenção focado em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino (FAUSTO & MATTA, 2007).

Sob esse prisma, os serviços de atenção à saúde primária e domiciliar deveriam ser dispostos conforme cada território e a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser solucionados por clínicos gerais. Quando o médico não tivesse mais ferramentas para atender mais esses usuários, como é o caso de internação, cirurgia ou visita a um especialista, o profissional deveria encaminhá-los para os centros de atenção secundária e/ou terciária (FAUSTO & MATTA, 2007).

Na década de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, em que foi proposto entre os países participantes atingir, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), o maior nível de saúde possível na população até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (FIOCRUZ, 2018).

Na Declaração de Alma-Ata, assinada por 134 países, a APS foi conceitualmente estabelecida também como cuidados primários de saúde, representando a compreensão mais ampla, a saber: a) a necessidade de oferta universal dos sistemas de saúde, considerando a saúde como um direito humano. Isto implica na redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas. Da mesma forma, o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; b) a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (MATTA, 2005).

No Brasil, a Constituição Federal da República teve um papel bastante preponderante no estabelecimento e na orientação de políticas públicas e sociais no campo da saúde, ao explicitar os princípios básicos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (ASENSI, 2015). Ademais, as recomendações da 8ª Conferência Nacional da Saúde contemplaram os pressupostos da carta magna, recomendando que a saúde deveria ser compreendida como um processo resultante das condições de vida indo além de apenas uma assistência médica. Sendo assim, a saúde passou a ser entendida como um direito de todos e um dever do Estado, que se tornou o responsável pela reorganização do setor de forma a garantir o acesso universal e igualitário da população brasileira aos serviços.

No contexto brasileiro, a APS pode ser considerada o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, oferecendo atendimento inicial, orientando sobre a prevenção de doenças, solucionando alguns casos e direcionando aqueles mais graves para níveis de atendimento de maior complexidade. A APS acaba atuando como um filtro organizador do fluxo dos serviços nas redes de saúde, conseguindo fazer a triagem dos casos mais simples aos mais complexos. Alguns exemplos de procedimentos que são disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde são as consultas clínicas, a realização de exames laboratoriais e de imagem (radiografia), a aplicação das vacinas, entre outros (BRASIL, 2020).

2 | PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

Inseridas na APS, as (PICS) são ferramentas que utilizam recursos terapêuticos pautados nos conhecimentos tradicionais, também denominados, pela OMS, como medicinas tradicionais e complementares compreendem sistemas médicos complexos, tais como: Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda, Homeopatia e a Medicina Antroposófica), dentre outros recursos terapêuticos disponíveis (BRASIL, 2020).

As PICS podem contribuir para a prevenção das doenças e auxiliar o usuário adoecido a conviver melhor com a sua condição, aprendendo sobre a importância de cuidar de si, nesse processo. As práticas integrativas e complementares podem atuar também na regulação emocional, principalmente daquelas pessoas que estão lidando com alguma condição crônica específica.

Além disso, as PICS visam cuidar do indivíduo em sua totalidade considerando que há uma influência mútua entre os desequilíbrios orgânicos e emocionais na relação subjetiva dos indivíduos com a experiência do adoecimento e com seu processo saúde- doença. Tais aspectos podem se desdobrar em uma melhora dos índices biomédicos que evidenciam o controle da doença, reafirmando a perspectiva holística defendida pela PNPIC no campo da saúde (DACAL e SILVA, 2018).

Em 2006, o Ministério da saúde, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) por intermédio da Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. Inicialmente as PCIS instituídas foram: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo. Em 2017, Ministério da Saúde incluiu novas PCIS, com a publicação da Portaria nº.849/2017, de 27 de março de 2017, a saber: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala. Em 2018, Ministério da saúde publicou uma nova Portaria, nº. 702, que incluiu as seguintes PCIS: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Sistêmica Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mão, Ozonioterapia, Terapia Florais, Crenoterapia, Termalismo Social.

Quando se fala em PICS um assunto que está diretamente relacionado a essas práticas é o processo saúde-doença. De acordo com esse processo, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é resultado de um mecanismo complexo que envolve aspectos multifatoriais. Diferentemente da teoria da unicausalidade, muito aceita no início do século XX, que considera como fator único de surgimento de doenças um agente etiológico, tais como: vírus, bactérias, protozoários; o conceito ampliado de saúde-doença enfoca além dos fatores biológicos, os componentes econômicos, sociais, culturais para compreender as possíveis motivações para o surgimento das enfermidades (FIOCRUZ, 2020).

Em função do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e das transformações na OMS, a concepção de saúde como ausência de doença foi duramente questionada.

Atualmente, pode-se afirmar que a saúde é um complexo biopsicossocial, o que abre espaço para a importância dos D&C - Determinantes e Condicionantes em saúde (ASENSI, 2015), o que significa: “Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos que as vivenciam em suas realidades quotidianas” (IAMAMOTO, 1998 apud BRAVO et al., 2007).

Na Lei 8.080/1990 (que diz respeito à promoção, recuperação e proteção da saúde) está expresso que o direito à saúde envolve não somente as ações propriamente ditas, mas também a observância dos Determinantes e Condicionantes. No seu 3º artigo afirma o seguinte: “os níveis de Saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Quando a visão de saúde e cuidado são ampliados, além de refletirmos sobre outros parâmetros do que seria saúde doença, isso também pode contribuir para a promoção do empoderamento e autonomia dos indivíduos. No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006) serviu para legitimar o discurso da promoção de saúde como um campo teórico-prático-político, sendo também um marco para a definição de metas e alocação de recursos das esferas governamentais (ROCHA, 2014). A Política compõe um conjunto de ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção. Dentre as alterações no modelo de atenção à saúde está o deslocamento do olhar dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos, considerando suas potências de criação para a vida, objetivando assim a produção de maiores graus de autonomia (CAMPOS, 2006).

Além disso, por meio das práticas se busca oportunizar ao usuário, de certo modo, um empoderamento em relação a sua própria saúde, sendo esse um dos preceitos da Carta de Ottawa de 1986, que preconiza a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação da população no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos, grupos e coletividades devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que vivem. Sob essa ótica, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Assim, a saúde passa a ser compreendida como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2018).

Com as Práticas Integrativas e Complementares, os indivíduos podem ser capacitados de forma que seja possível assumir o controle de determinados fatores que

possam interferir na sua saúde, uma vez mais empoderados, informados e habilitados, estarão dispostos a interagir e colaborar positivamente (NOBRE et al., 2020). Além disso, as PICS contribuem para ampliar o leque de terapêuticas ofertadas, visto que: abrem possibilidades de escolha, aumentam o grau de co responsabilização do sujeito por sua saúde, qualificam a relação profissional-usuário, transmitem conhecimentos sobre fatores que incidem no modo de vida e saberes relacionados ao autocuidado, incentivam a prática pessoal e independente, desencadeiam mudanças de hábitos e, melhoram as condições físico e psíquica, aperfeiçoando assim a capacidade reflexiva. (PEREIRA, 2016).

As perspectivas do crescimento das PICS são muito grandes, pois são atividades que trazem benefícios, com custos relativamente baixos. E traz oportunidade de uma maior promoção da saúde e da qualidade de vida, integração social, busca da autonomia, em que o usuário é sujeito ativo, cuidando e sendo responsável pelo seu tratamento, diminuindo o afastamento do trabalho por doenças oportunistas; de uso excessivo de medicamentos; e nas práticas corporais se tem um empoderamento de continuar praticando só, com autonomia, podendo se tornar mais um multiplicador destas práticas (MONTEIRO, 2012).

2.1 Mindfulness

Dentro das PICS está o *Mindfulness* que pode ser compreendido como um diamante de muitas facetas. É um estado, processo e uma capacidade humana que pode ser treinada e aprimorada. É intencional e caracterizado por certas atitudes (curiosidade, amabilidade, paciência e cuidado); requer disposição e prática sistemática. Em outras palavras, no *Mindfulness*, temos o “o que é” e o “como é”. “O que é” diz respeito ao foco atencional à consciência mais ampla, o “como é” diz respeito a uma atitude de se voltar para o momento presente, com curiosidade, cuidado e abertura a todos os aspectos da experiência (FELDMAN E KUYKEN, 2019).

Também é possível definir *Mindfulness* como a “consciência da experiência no momento presente com aceitação”. Porém, é muito difícil adequar a definição conceitual de uma técnica que se resume em experimentar o mundo de forma direta, sem utilizar os filtros dos nossos pensamentos (NEFF, 2019).

Fazendo um breve histórico dos programas baseados em *Mindfulness*, é possível perceber que esses conceitos já estavam presentes nas tradições milenares como budismo e yoga, porém foi por meio do biólogo Jon Kabat-Zinn, no final da década de 70, no centro médico da Universidade de Massachusetts que as práticas meditativas surgiram em uma roupagem laica e universal. A princípio as *MBIs* (*Mindfulness-based Interventions*) tinham como objetivo inicial diminuir o sofrimento daquelas pessoas que vivenciavam dores crônicas e/ou depressão (CECYN E FUSCELLA, 2020).

O MBSR – Programa de Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness*, criado por Kabat-Zinn (2017), trata-se de um protocolo desenvolvido para ser aplicado em 8 semanas,

com um encontro por semana com duração de aproximadamente duas horas, em que são ensinadas técnicas capazes de treinar a consciência corporal. Algumas das práticas formais de *Mindfulness* são: o escaneamento corporal, atenção plena na respiração, movimentos com atenção plena, caminhada meditativa, atenção plena aos sons e pensamentos. Entre as técnicas informais, para serem praticadas ao longo do dia estão o alimentar-se de forma consciente, tomar banho com atenção plena, escovar os dentes, dentre outras.

Após a criação do MBSR, outros protocolos foram desenvolvidos utilizando como base o MBSR, porém alguns ajustes eram feitos conforme a necessidade do público. Alguns exemplos desses protocolos são: MBHP (Programa de Promoção da Saúde Baseado em *Mindfulness*), MBHP-Educa (Programa de Promoção da Saúde Baseado em *Mindfulness* para Educadores), MBCT (Terapia Cognitivo Comportamental Baseado em *Mindfulness*), MB-Eat (Programa de *Mindfulness* e Alimentação Consciente), MBRP (Programa de Prevenção à Recaída Baseado em *Mindfulness*), entre outros.

Segundo Jon Kabat-Zinn(2017, p. 62) no livro “Atenção Plena para Iniciantes”, a saúde vai além do corpo físico:

Saúde e bem-estar em seu significado mais profundo e amplo. Em última análise, trata-se não apenas da saúde do corpo, mas também do bem-estar e do funcionamento mental, emocional e físico ideais que você pode desenvolver através da exploração sistemática e disciplinada da verdadeira extensão da humanidade. Para isso é necessário conhecer sua mente e seu corpo de forma mais íntima, pois esses dois aspectos não estão fundamentalmente separados.

Aprender a cultivar o autocuidado, o acolhimento, gentileza e bondade consigo, requer investimento pessoal, tempo, paciência e estes são alguns dos aspectos trabalhados pelo *Mindfulness*.

Como Jon Kabat-Zinn enfatiza no livro “Aonde quer que você vá é você que está lá” (2020, p.232): “ *Mindfulness* é um veículo poderoso para realizar possibilidades transformadoras e curativas em nós mesmos e no mundo... se cultivada ao menos por alguns minutos, leva o coração em direção a si mesmo”.

É importante ressaltar que *Mindfulness* não se resume apenas em uma técnica para a meditação, mas compreende atitudes relacionadas à melhoria da qualidade de vida, relacionamentos interpessoais capazes de interferir inclusive na capacidade do ser humano de estar no planeta, com atitudes ecológicas compatíveis com a preservação do meio ambiente. Segundo Kabat-Zinn Mindfulness Gruppen (2013), é possível listar nove atitudes *Mindfulness* como maneiras de estar presente no mundo:

- **Mente de principiante:** Significa a percepção atenta do momento presente, sem julgamento, com abertura, curiosidade e aceitação, como se fosse a primeira vez.
- **Não julgamento:** Cada um de nós vê o mundo a partir de uma lente individual, de um ângulo, e assim cada interpretação é uma percepção. Afinal “quando você julga o outro, mede a si mesmo”.

- **Paciência:** Deixar que tudo se desenrole no seu próprio ritmo. Contribui para a aceitação de determinadas situações e evita aborrecimentos desnecessários.
- **Confiança:** Segurança em si próprio, algo ou alguém. Parte da prática da atenção plena é cultivar um coração confiante.
- **Generosidade:** Virtude de quem compartilha por bondade. Um ato de generosidade deve ser feito de forma desinteressada, sem esperar nenhum retorno. Observe como você se sente quando pratica uma doação espontânea.
- **Ausência de esforço:** Deixar que tudo seja como é, sem ter que forçar que algo aconteça. É permitir que se desdobrem a seu modo.
- **Desapego:** Perceber tudo o que ainda nos prende, que queremos manter e simplesmente deixar ir. É um convite para não mais se agarrar ao que quer que seja.
- **Aceitação:** O agora é o que existe; ver os fatos, as pessoas como são no momento presente. Não é passividade ou resignação. É uma atitude proativa.
- **Gratidão:** Por estarmos aqui, agora, vivos. É um relacionamento único com o bem-estar. É uma das atitudes mais positivas a cultivar.

2.2 Evidência científica

As pesquisas científicas têm um papel fundamental na divulgação das práticas de *Mindfulness*, pois é por meio delas que alguns benefícios podem ser comprovados em diversas esferas. No campo da saúde em geral e particularmente no campo das PICs, como podem ser enquadradas as MBIs, o acesso à melhor evidência científica para a tomada de decisão terapêutica, visando à melhora do cuidado às pessoas e às comunidades, é fundamental.

Segundo metanálise, realizada por Demarzo e pesquisadores, em 2015, na área da saúde, principalmente com pessoas que convivem com sintomas associados a estresse crônico, ansiedade e depressão, intervenções de *Mindfulness* estão sendo utilizadas e já apresentam um efeito positivo. Por exemplo, no Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS, do inglês National Health Service) o *Mindfulness* está presente no tratamento de recorrência em adultos com diagnóstico de depressão maior. Embora existam poucos estudos que abordem pacientes¹ acompanhados pelas APS, os resultados que já existem demonstram esperança (DEMARZO et. al., 2015).

Além disso, um aspecto-chave na aplicação clínica das MBIs na APS e em qualquer outro ponto de atenção em um sistema de saúde é o acesso a tais intervenções; para isso,

¹ Ao utilizar o termo “paciente”, os autores desejam resgatar a etimologia primordial que remete à pessoa que passa pelo momento do adoecimento com a paciência e confiança necessária ao seu cuidador, e não somente enquanto um usuário de um determinado sistema de saúde, seja ele público ou privado. Convém ressaltar ainda que a abordagem do termo adotada neste capítulo se aproxima da perspectiva que valoriza o protagonismo dos sujeitos/pessoas, famílias e comunidades no processo do cuidado em saúde.

as experiências internacionais, em especial a do Reino Unido, indicam a necessidade de plano estratégico para a efetiva implementação dessas intervenções nos serviços de saúde (DEMARZO e CAMPAYO, 2017).

Outro fator relevante é considerar que a preocupação com a saúde mental vem crescendo nos últimos anos. De acordo com a Fundação Sousa Mendes apud Harari (2016) 56 milhões de pessoas foram a óbito no ano de 2012 no mundo. Desses mortes, 620 mil foram por causadas por algum tipo de violência (120 mil devido a guerras e atentados), 800 mil por suicídio, 1.5 milhão por diabetes. Considerando que nesse momento estamos atravessando a maior pandemia do século, com o COVID-19, e que até esta data, 4.4 milhões de pessoas faleceram no mundo em decorrência do vírus, passar por esse tipo de situação pode ser bastante danoso para a saúde mental. Transtornos mentais como transtornos de ansiedade, depressão e aumento do comportamento suicida podem ser acentuados em função das medidas de distanciamento social preconizadas pela OMS.

No estudo realizado por Trombka (2021) descobriu-se que o treinamento de *Mindfulness* pode melhorar a qualidade de vida e reduzir sintomas de depressão e ansiedade entre policiais. Em outro estudo, conduzido em 2014 por Demarzo et al. foi analisado como o programa de *Mindfulness* para redução do estresse poderia aumentar a qualidade de vida e diminuir problemas psicológicos como ansiedade, transtorno de humor e outras condições relacionadas ao estresse. Esses estudos fortalecem a ideia de que intervenções deste tipo podem ocupar ainda mais espaço nos sistemas nacionais de saúde, produzindo um potencial impacto em mais de 100 milhões de pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde do Brasil (TROMBKA, 2021).

2.3 O ensino das PCIS e de mindfulness nos cursos de graduação na área da saúde

Sobre o ensino das PCIS nos cursos de graduação na área da saúde, Salles et al (2014) fizeram um estudo sobre a situação dessa disciplina em faculdades de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia no Brasil. A amostra foi composta por faculdades públicas e os dados foram encontrados nos sites das instituições investigadas entre maio de 2012 a março de 2013. Entre as 209 instituições públicas de ensino superior, pode-se perceber que somente 43 (32,3%) disponibilizavam disciplinas relacionadas com o tema. Além disso, percebeu-se que entre os três cursos, são as escolas de Enfermagem que disponibilizam mais disciplinas, seguidas pela Medicina e Fisioterapia; 26,4%, 17,5% e 14,6%, respectivamente. Ainda nesse estudo, descobriu-se que a média da carga horária é de 46 horas e a maioria delas são oferecidas como disciplina opcional, o que possibilita que grande parte desses profissionais de saúde sigam distantes destes conhecimentos.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a experiência de uma das autoras, na qualidade de professora convidada, da disciplina

de “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, ofertada para estudantes de graduação, trouxe informações importantes que evidenciaram que os estudantes relataram que o *Mindfulness* ajudou na percepção das sensações e das experiências, mudando a maneira como lidam com estresse, cansaço e dificuldades do cotidiano.

Em um contexto de pandemia do COVID-19, que esses alunos possuem diversas preocupações, acompanhando parentes, amigos, familiares internados, com sequelas ou até mesmo falecendo em decorrência do vírus, ter acesso a uma ferramenta que possa contribuir para que eles estejam conectados ao momento presente e ruminem menos pensamentos destrutivos, pode ser fundamental para a manutenção de estados mentais mais saudáveis.

Desta forma, a atenção se volta para as instituições de ensino, que formam profissionais que possam vir a trabalhar no Sistema Único de Saúde, incluam em suas grades curriculares o ensino de Práticas Integrativas e Complementares – aumentando ainda mais o repertório intelectual e prático desses estudantes.

2.4 Mindfulness na prática – Atividades

2.4.1 Indicações, contraindicações e cuidados antes de iniciar

Indicações: Muitas pessoas que decidem começar a praticar *Mindfulness* têm por detrás dessa intenção uma motivação consciente ou inconsciente. Alguns dos motivos podem ser: ter mais qualidade de vida, reduzir o estresse cotidiano, ser mais feliz, ter mais domínio em relação às emoções, estar mais tranquilo e até ter mais saúde.

De acordo com Demarzo e Campayo (2015) existem algumas contraindicações e precauções para se atentar antes de praticar *Mindfulness*:

- **INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS:** Pessoas com baixa motivação, muito críticas ou com atitude de resistência.
- **INDIVÍDUOS DOENTES:** Pessoas em fase aguda de qualquer transtorno, como depressão grave, transtorno bipolar ou psicose. Pacientes com risco ou antecedentes de crise dissociativa, como transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de conversão e transtorno de personalidade. Indivíduos com deterioração cognitiva grave, agitação, epilepsia, escasso grau de consciência da doença ou muito medicados.

2.4.2 Efeitos adversos da meditação

- **EFEITOS PSICOLÓGICOS:** Ansiedade/angústia, depressão/culpa e visão negativa do mundo, confusão e desorientação, dissociação, ideias de grandiosidade, sentimentos de vulnerabilidade, menor capacidade de avaliar a realidade.

- EFEITOS FÍSICOS: Dor, hipertensão arterial paradoxal, sensações de desconforto corporal.
- EFEITOS INTERPESSOAIS: Aumento da crítica e intolerância com os demais, sentimentos de grandiosidade e narcisismo com menosprezo pelos demais, busca da solidão e isolamento de outras pessoas.
- EFEITOS EXISTENCIAIS: Menos motivação na vida, tédio, adição à meditação.

2.4.3 Cuidados antes de iniciar

Se você deseja começar a praticar Mindfulness, a melhor maneira de dar início seria se matriculando em um curso de 8 semanas. Nesse curso você irá aprender as técnicas básicas e após a conclusão das 8 semanas estará apto para utilizá-las em sua vida diária – observação: é importante certificar-se que o instrutor já fez a formação para conduzir o protocolo proposto.

Além disso, Demarzo e Campayo (2017), sugerem algumas dicas práticas para implementar na meditação diária:

- Encontrar um local silencioso e com pouca distração;
- Reservar um tempo na agenda diária para a prática formal de *mindfulness*. Independentemente do tempo que se pretende praticar naquela sessão (5, 10, 15, 30 minutos etc.), utilizar um alarme (ou aplicativos de celular com foco em *mindfulness*) é recomendado para que o praticante não fique olhando o relógio durante a prática.
- Usar roupas confortáveis e adequadas para a temperatura do local. A temperatura corporal pode cair levemente durante a prática de *mindfulness*; assim, o uso de uma manta, pode trazer mais conforto à prática.
- Sentar-se em uma posição que permita mais estabilidade ao corpo. O uso de colchonetes, travesseiros ou almofadas é recomendado. O pescoço deve estar em posição neutra e confortável. A coluna deve estar erguida quando sentado, com ombros alinhados e mãos apoiadas nas pernas, para se evitar desconforto na cintura escapular.
- Fechar ou abrir os olhos. Quando abertos, eles devem ficar relaxados, sem focagem específica.
- Evitar praticar com o estômago muito cheio ou muito vazio.
- Não praticar depois de uma atividade física muito esgotadora.
- Para quem está começando, é recomendado praticar por períodos menores (5–10 minutos), aumentando o tempo da prática progressivamente, conforme possibilidades e necessidades de cada um.
- Mais importante que o tempo é a constância, então ser persistente e regular com as práticas, poderá trazer melhores benefícios e progressos.

- Praticar em grupos e/ou ter um instrutor qualificado pode ajudar na adesão e manutenção das práticas. O uso de práticas áudio guiados pode ajudar também.
- Desconfortos corporais podem acontecer, então tentar achar uma posição mais confortável pode ajudar.
- Ter em mente que as práticas de *mindfulness* ou outras técnicas meditativas podem eventualmente trazer à tona estressores ou traumas preexistentes e/ou reprimidos. O apoio de um instrutor qualificado e/ou de um profissional da saúde é importante nessas situações, em especial para pacientes.
- Obs: Apesar dos vários benefícios e de ser uma técnica de fácil implementação é importante que tanto os profissionais quanto os pacientes tenham consciência de que elas não substituem os tratamentos prescritos por médicos ou outros profissionais da saúde.

2.5 EXERCÍCIO 1- PRÁTICA DOS 3 PASSOS DE MINDFULNESS

A “prática 3 passos de *Mindfulness*” pode ser considerada como uma transição entre a prática formal e a informal, de duração necessariamente breve, num total de 1 a 2 minutos, na qual rapidamente se faz uma PAUSA, e se toma consciência da experiência presente, podendo ser feita várias vezes ao dia, e em situações desafiadoras.

2.5.1 O passo a passo da prática dos 3 passos

2.5.1.1 Passo 1: Tomada Breve de Consciência (Check-in / Checagem)

- Adotando-se uma postura cômoda e adequada, entra-se em contato inicialmente com a experiência corporal daquele momento, notando-se, por alguns instantes, sensações do corpo como os contatos com o chão, colchonete ou cadeira, da pele com a roupa, assim como algum incômodo físico que eventualmente esteja presente, incluindo as mudanças sensoriais ao longo do tempo;
- Inclui-se também a observação curiosa e aberta da experiência emocional (“tom emocional”) presente (emoções e sentimentos), e da experiência mental (pensamentos e imagens), tentando-se, nesse caso, não se deixar envolver pelo fluxo de pensamentos e sentimentos, mas apenas observá-los;

2.5.1.2 Passo 2: Centramento / Respiração

- Dirige-se a atenção para a respiração por alguns instantes (2-4 respirações). Toma-se consciência dos movimentos e sensações envolvidos em cada inspiração e expiração, não havendo a necessidade de alterar o fluxo respiratório, o qual apenas deve ser observado;

2.5.1.3 Passo 3 – Expansão

- Da respiração, expanda a atenção novamente para todo o corpo e experiência como um todo, e depois progressivamente do entorno em que se encontra, finalizando lentamente a prática. Link para prática no Youtube: <https://youtu.be/YgN1n-EgYI8>.

2.6 EXERCÍCIO 2 – ESCANEAMENTO CORPORAL

2.6.1 Passo a Passo do Escaneamento Corporal

É possível seguir os seguintes passos: 1- Decidida a posição ou postura, deixe seu corpo repousar sobre a superfície em que ele está em contato, da maneira mais confortável possível. Você pode imaginar seu corpo sendo totalmente sustentado pela superfície que você está apoiado (a) neste momento, não impondo nenhum tipo de resistência a esse fato. Quando na posição deitada, você pode deixar os braços e mãos posicionados ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para cima. As pernas também ficarão alongadas, com os pés inclinados confortavelmente para os lados; 2 - Antes de iniciar a técnica propriamente dita, você pode realizar uma breve “aterrissagem”, incluindo a observação consciente da respiração e de seus movimentos no peito e na barriga, por alguns momentos; 3. Agora você pode decidir se começará a prática pela cabeça ou pelos pés, de acordo com seu conforto, preferência ou necessidade; 4 - Começando pela “cabeça”: comece explorando as sensações no couro cabeludo, desde a base no pescoço até a testa, observando, de forma consciente e “não-julgadora”, eventuais pontos de tensão, dor ou desconforto; ou qualquer outra sensação que vier à tona, agradável ou não, incluindo a temperatura.

Da mesma forma, percorra toda a região da face, lenta e detalhadamente, incluindo a testa, as sobrancelhas, os olhos, o nariz, os lábios e a boca, as orelhas, as laterais da face, o queixo e mandíbula. Após, explore todo o pescoço, na frente e atrás, descendo então para os ombros. Da mesma maneira, faça com todas as partes do corpo: braços e mãos, peito e barriga, toda a extensão das costas, também cintura e pelve, e finalmente pernas e pés. Lembre-se que durante toda a prática não existe a intenção de mudar nada e nem de buscar nenhuma sensação em especial, simplesmente observe, registre mentalmente, ou simplesmente sinta o que vai emergindo; 5 - Começando pelos “pés”: comece explorando as sensações e a temperatura nos pés, de preferência um pé de cada vez, “escaneando” lenta e detalhadamente a planta e o dorso de cada pé, incluindo também os dedos.

Da mesma maneira, continue explorando as pernas e as demais partes do corpo, até finalizar na cabeça; 6 – Lidando com a “distração”: sempre que houver alguma distração, pensamento, sensação, ou preocupação vier à tona, gentil e simplesmente apenas perceba, e deixe passar de forma não crítica, sem se prender ou julgar, voltando

novamente a observação para a parte do corpo que se está explorando; 7 - Lidando com a “tensão” e a “dor”: eventualmente, você pode notar alguma tensão ou dor em alguma região específica de seu corpo durante a prática.

Nesse caso, além de explorar “mais de perto” a natureza dessa tensão ou dor, você pode também tentar imaginar que as mesmas estão se suavizando enquanto você as explora; ou ainda, pode imaginar que você está “respirando” com essas partes específicas de seu corpo, o que eventualmente pode trazer alguma suavização do desconforto; 8 - Antes de encerrar a prática, você deve levar algum tempo trazendo sua consciência para as sensações em todo o seu corpo novamente. Algumas respirações mais profundas e movimentos de alongamento de todo o corpo, realizados de forma lenta, leve e progressiva, podem ajudar nessa fase de transição, a fim de se beneficiar da prática por um tempo mais prolongado. **Link para prática** no youtube: <https://youtu.be/Zzjv7I9OOuw>.

2.7 EXERCÍCIO 3 – EXPLORANDO A RESPIRAÇÃO PASSO A PASSO – EXPLORANDO A RESPIRAÇÃO

1. Breve Aterrissagem (observação geral e breve de sensações, emoções e pensamentos); 2. Reforçar a ideia de que não é necessário mudar ou alterar o fluxo natural e livre da respiração; 3. Observar os movimentos da respiração (abdômen e peito/tórax) – coloca-se inicialmente as mãos sobre o abdômen e peito, e observa-se a amplitude e pausas da respiração (depois, faz-se o mesmo sem o apoio das mãos); 4. Observar as sensações da respiração (nariz/narinhas) –observa-se as sensações da entrada e saída do ar pelo nariz/narinhas; 5. Contar – sugere-se a contagem dos ciclos respiratórios (inspiração e expiração completas) de 1 a 10 (quando se chega no número 10, se volta a contar a partir do 1 – evita a divagação pela própria contagem), sem alterar o ritmo natural da respiração); 6. Sugere-se que a partir desse momento se possa optar por um dos 3 métodos apresentados (movimentos / sensações / contagem), permanecendo no método escolhido por alguns instantes; 7. Encerra-se o exercício voltando-se às sensações gerais do corpo; 8. Fechamento: abrir para o grupo comentar brevemente como foi a experiência, e se há dúvidas dos métodos para se aproximar da respiração. **Link para prática** no youtube: https://youtu.be/hvGJD_N1xp8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a implementação do Mindfulness na Atenção Primária no Brasil ainda seja muito incipiente, os últimos estudos realizados na área demonstram que sua aplicação poderia ser bastante benéfica, tanto para a população em geral quanto para pacientes que convivem com alguma condição crônica. Como o ambiente da APS é um espaço que recebe diversos pacientes, criar projetos que incluam o *Mindfulness* como terapia complementar

poderia ser bastante inovador, alcançar um grande número de pessoas e principalmente trazer mais qualidade de vida para esse público.

Da mesma forma, inserir a prática de *Mindfulness* na formação da saúde possui grande potencial, pois além dos próprios alunos se beneficiarem das práticas, eles também acabam tendo acesso a uma habilidade fora do contexto médico hegemônico e podem no futuro sugerir aos seus pacientes essa ferramenta capaz de melhorar o estado de saúde e oferecer bem-estar.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

1) Em relação a prática de *Mindfulness* para os profissionais da saúde e estudantes, marque a alternativa **INCORRETA**:

- a. A prática de *Mindfulness* pode melhorar o manejo do estresse cotidiano tanto no trabalho quanto na rotina dos estudantes
- b. A prática de *Mindfulness* pode contribuir para melhoria das relações interpessoais.
- c. Algumas instituições de ensino estão inserindo as práticas integrativas e complementares dentro dos currículos de graduação e pós-graduação na área da saúde, para que os profissionais possam ter acesso ao conhecimento desde sua formação.
- d. Em qualquer situação, a prática de *Mindfulness* substitui os medicamentos convencionais para depressão e ansiedade.

2) Sobre o uso de *Mindfulness* na saúde, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a. Pessoas com doenças crônicas podem se beneficiar da prática regular.
- b. Está sendo utilizado em formações da área da saúde com resultados promissores
- c. Essa prática pode melhorar a qualidade de vida de pacientes acompanhados pela Assistência Básica de Saúde.
- d. Pacientes oncológicos não se beneficiam da prática de meditação regular.

3) Sobre a prática dos 3 passos, marque a alternativa **CORRETA**:

- a. Precisa-se de um ambiente propício para se praticar com tapete e almofada de meditação
- b. Pode durar o tempo que o praticante tiver
- c. É necessariamente uma prática formal
- d. Se durar mais que 5 minutos não é considerada uma prática de *Mindfulness*

- 4) Sobre as MBI's (Intervenções Baseadas em *Mindfulness*) assinale a alternativa INCORRETA:
- Nesses programas são ensinadas técnicas formais e informais de *Mindfulness*
 - É desenvolvido ao longo de 8 semanas
 - A meditação *mindfulness* é muito complexa e possui cunho religioso
 - É possível manejar o estresse cotidiano por meio das práticas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde:** Lei 8.080/1990 e legislação correlata. Brasília: Alumnus, 201.

BRASIL FIOCRUZ. **Glossário.** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/processo-saude-doenca/> Acesso em: 11/06/2021.

BRASIL FIOCRUZ. **Linha do tempo:** Conferências Nacionais de Saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude> Acesso em: 11/06/2021.

BRASIL FIOCRUZ. **A declaração de alma ata se revestiu de uma grande relevância.** Rio de Janeiro, 2018.<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 11/06/2021.

BRASIL. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia em Insumos Estratégicos. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**, Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei 8.080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006.

_____. MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: MS, 2002a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 20/06/2021.

BRAVO, Souza Inês Maria; MENEZES; Bravo Souza Juliana. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos:** desafios atuais. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CAMPOS, Rosana TO; CAMPOS, Gastão WS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Tratado de saúde coletiva**, v. 1, p. 669-688, 2006.

CAMPOS, Rosana et al. **Co-construção da autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, Gastão et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Ed.Fiocruz, 2006.

DACAL, Maria del Pilar Ogando; SILVA, Irani Santos. **Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos.** Saúde em debate, v. 42, p. 724-735, 2018.

CECYN, Mariana; FUSCELLA, José Carlos. O que é Mindfulness? In DEMARZO, Marcelo et al. **Mindfulness para profissionais de educação: práticas para o bem-estar no trabalho e na vida pessoal.** Editora Senac São Paulo, 2020.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva et al. **Redução do estresse baseada em mindfulness (MBSR) no estresse percebido e na qualidade de vida: um estudo aberto e não controlado em uma amostra brasileira saudável.** Explore: o jornal de ciência e cura, v. 10, n. 2, pág. 118-120, 2014.

DEMARZO, Marcelo.; CAMPAYO, Javier. G. **Manual prático-Mindfulness Curiosidade e Aceitação,** v. 1, 2015.

DEMARZO, Marcelo. et. al- **The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review.** The Annals of Family Medicine, 2017

DEMARZO, Marcelo.; GARCIA-CAMPAYO, Javier. **Mindfulness Aplicado à Saúde.** Augusto DK, Umpierre RN. PROMEF-Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre-RS: Artmed Panamericana, p. 125-64, 2017.

FAUSTO, Rodrigues Cristina. Márcia.; MATTA, Correa Gustavo **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas.** In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67

FELDMAN, Christina; KUYKEN, Willem. **Mindfulness: a sabedoria antiga encontra a psicologia moderna.** Publicações Guilford, 2019.

FERRAZ, Ivana Santos et al. **Autonomia do usuário na implementação de práticas integrativas complementares.** Enfermería Actual de Costa Rica, n. 39, p. 190-201, 2020.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. **Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Cadernos de saúde pública, v. 35, p. e00012219, 2019.

HARARI, Yuval Noah. **Homo Deus: uma breve história do amanhã.** Editora Companhia das Letras, 2016.

IAMAMOTO, Marilda. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

KABAT-ZINN, Jon. **Aonde quer que você vá, é você que está lá.** Tradução de Ivanir Calado. Rio de Janeiro. Sextante, 1^a edição. 2020.

KABAT-ZINN, Jon. **Atenção plena para iniciantes.** Rio de Janeiro. Sextante, 1^a edição. 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa. A Organização Mundial da Saúde: fazer controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 3, p. 371-396, 2005.

MINDFULNESS GRUPPEN, 9 attitudes:Gratitude And Generosity. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=6M-ZJLmP4b>. Acesso em 4 agosto 2021.

MENTE ABERTA, Mindfulness: Escaneamento Corporal dos Pés à Cabeça por Sonia Beira Antonio. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Zzjv7I9OOuw>. Acesso em: 13 agosto 2021.

MENTE ABERTA, Mindfulness dos 3 minutos* por Dr. Marcelo Demarzo. Disponível em <https://youtu.be/YgN1n-EgYI8>. Acesso em: 13 agosto 2021.

MONTEIRO, Maria Magnificat Suruagy et al. **Práticas integrativas e complementares no Brasil- Revisão sistemática**. 2012.

NEFF, Kristen. GERMER, Christopher. **Manual de Mindfulness e Auto Compaixão: Um Guia para Construir Forças Internas e Prosperar na Arte de Ser Seu Melhor**. Artmed, 2019.

DA PAIXÃO NOBRE, Francyele Alves et al. **Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 5, p. 14584-14588, 2020.

PEREIRA, Léo Fernandes et al. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica à Saúde: Na Direção da Autonomia do Usuário**. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/168891>

RANDOM, Raquel et al. **As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como Ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: Lian Gong em 18 Terapias**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 6, p. 16310-16325, 2020.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil. In: **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 2012. p. 223-223.

SALLES, Léia Fortes; HOMO, Rafael Fernandes Bel; DA SILVA, Maria Júlia Paes. **Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina**. Cogitare Enfermagem, v. 19, n. 4, 2014.

SILVA, Severino Cláudio. **Sistema Único de Saúde**. Campo Grande: UCDB, 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção primária, atenção psicosocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas**. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 336-350, 2012.

TROMBKA, Marcelo et al. **O treinamento da atenção plena melhora a qualidade de vida e reduz os sintomas de depressão e ansiedade entre os policiais: resultados do estudo POLICE - um ensaio clínico randomizado multicêntrico**. Fronteiras em Psiquiatria, v. 12, p. 112, 2021.

CAPÍTULO 9

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE - PERSPECTIVAS CRÍTICAS E NOVOS MODELOS TERAPÊUTICOS

Data de aceite: 01/03/2023

Fatima Sueli Neto Ribeiro

Andrea Augusta Castro

Fernanda da Motta Afonso

RESUMO: No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) emergem da demanda social como estratégias de tratamento e de promoção da saúde. Sua ampliação ocorre nas Conferências de Saúde até a incorporação no Sistema Único de Saúde em 2006, com a aprovação da Política Nacional de PICS. A continuidade deste movimento, com a ampliação da formação de profissionais de saúde, requer a substituição gradual da hegemonia do modelo biomédico, da inclusão do paradigma vitalista nas universidades e na capacitação em serviços de saúde. Ainda timidamente, experiências na graduação e eminentemente na pós-graduação têm buscado abranger todas as rationalidades médicas. Esse capítulo dialoga com a insuficiência do modelo biomédico vigente e a urgência da atualização da formação profissional tanto no contexto da assistência como na pesquisa e na gestão em saúde. Levando em

conta as diversas dimensões e dificuldades atuais de incorporação do paradigma vitalista e das rationalidades médicas no ensino em saúde, pode-se considerar uma mudança paradigmática quando se admite igual valor à dimensão física/bioquímica e às dimensões emocionais, psicológicas, energéticas e espirituais no cuidar/tratar de um indivíduo. A integralidade do cuidado, o olhar sobre o interagente, relação solidária e afetiva, o equilíbrio do humano com o cosmo, a sociologia das ausências, o *continuum* da saúde/doença e o conhecimento emancipador são novas abordagens do ensino e da prática em saúde vinculada a um novo paradigma emergente, que articula as rationalidades e as supera na direção do senso comum. Para tal, evidencia-se a necessidade de debater o aprendizado em PICS e sua incorporação na formação acadêmica, que pode se dar a partir da inserção de uma disciplina eletiva em PICS para os estudantes de todas as áreas do conhecimento, na perspectiva do autocuidado, até se consagrar como princípio da formação na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: saúde, ensino, práticas integrativas e complementares, formação profissional; integralidade em saúde.

ABSTRACT: Traditional Medicine (PICS) in Brazil, emerges from social demand as treatment and health promotion strategies. Its expansion takes place at the Health Conferences and is incorporated in the Health System in 2006, with the National Policy On PICS. The continuity of this movement, with the training of health professionals, requires the gradual deconstruction of the hegemony of the biomedical model, the inclusion of the vitalist paradigm in universities and training in health services. Even timidly, experiences in graduate and eminently in pos graduate have sought to encompass all medical rationales. This chapter dialogues with the insufficiency of the current biomedical model and the urgency of updating professional training both in the context of care, research and in health management. Takingin to account the various dimensions and current difficulties in incorporating the vitalist paradigm and medical rationales in health education, a paradigm shift can be considered when equal value is admitted to the physical/biochemical dimension and the emotional, psychological, energetic and spiritual dimensions in the health care of an individual. The completeness of care, the interacting, solidary and affective relationship, the balance of the human with the cosmos, the sociology of absences, the health/disease continuum and the emancipatory knowledge are new approaches to teach and to practice in health care in the direction of a new emerging paradigm, which articulates the rationalities and overcomes them in the direction of common sense. To this end, there is an evident need to debate and learning in PICS and its incorporation into academic training, which can occur from the insertion of an elective discipline in PICS offered for student of all areas of knowledge, in the perspective from self-care, until to becoming established as a principle of training in the health area.

KEYWORDS: health; teaching; traditional medicine; professional qualification; integrality in health

Este capítulo dialoga com a formação biomédica, debatendo os principais paradigmas que diferenciam o modelo biomédico do modelo vitalista. Desta forma, espera-se que o presente material estabeleça um diálogo a partir da práxis do estudante.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Reconhecer o processo histórico do modelo biomédico e do modelo vitalista.
- 2) Identificar os limites do modelo biomédico e a importância do conteúdo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para a graduação na área de saúde.
- 3) Instrumentalizar o estudante para reconhecer o tipo de conhecimento que está sendo oferecido na sua graduação.
- 4) Identificar as mudanças necessárias ao modelo de ensino para avançar do conhecimento regulatório ao conhecimento emancipador.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 As abordagens em saúde e o modelo de ensino e aprendizagem

Uma formação acadêmica, em geral, envolve desenvolver no estudante o seu potencial intelectual, a capacidade de análise, raciocínio crítico, habilidade para identificar e resolver problemas na sua área de atuação diante das bases teóricas acumuladas. Dependendo do paradigma científico do conhecimento compartilhado, pode-se perceber o predomínio de influências sociais (e econômicas) de determinadas regiões geográficas.

As influências europeias na área da saúde do século XIX e início do século XX redundaram na concepção de causalidade partindo dos miasmas para a unicausalidade. A partir da influência norte-americana chegou-se à concepção de multicausalidade e nos anos de 1970 na determinação social da saúde, cuja origem na América Latina explicita as repercussões econômicas e sociais nas diferenças de nascer e morrer entre os grupos humanos. No final dos anos 1990 a Organização Mundial de saúde (OMS) sem fazer referência à determinação das doenças lança um modelo de Determinantes de Saúde que ainda pontuam fatores causais e não assumem o movimento de geração de desigualdades e vulnerabilidades na essência da causalidade (BREILH, 2021).

As diferentes abordagens da causalidade no processo saúde-doença é apenas um parâmetro no ensino em saúde. Outros parâmetros que caracterizam o modelo de saúde e o paradigma da racionalidade biomédica assumido nas universidades estão ligados à intensificação do uso de tecnologia, afastamento do contato pessoal entre o profissional de saúde e o paciente, a negação dos aspectos espirituais e a perspectiva do tratamento voltado para o indivíduo, isolado das relações sociais ou familiares, e focado em diferenciação genética.

O próprio conceito de “paciente” universalmente utilizado, sugere implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo deriva do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer. Segundo Saito (2013) exprime uma ideia reducionista do cuidado em saúde e compromete um processo de ensino problematizador e dialógico.

Mais recentemente, o termo “usuário” foi adotado em particular no Sistema Único de Saúde (SUS), e expressa àquele que usa ou desfruta de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. Saito (2013, p.176) considera este como um termo mais amplo:

capaz de ultrapassar o ideário passivo (paciente) ou liberal (cliente), que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

A relação hierárquica estabelecida impõe a superioridade do profissional de saúde, submetendo o saber do usuário sobre o próprio corpo e seus sintomas ao outro. Esse

modelo foi criado a partir do paradigma biomédico, ensinado de forma exclusiva nos aparelhos de formação acadêmica e incorporado na cultura social.

Sob o paradigma das Terapias Integrativas e Complementares, Pimentel (2013, p.17) destaca que “o paciente é visto como um ser interagente, de papel atuante no reequilíbrio de suas funções orgânicas, mentais e psicológicas, cabendo ao terapeuta a tarefa de facilitar este processo de vivência [...] para uma nova perspectiva de si mesmo”.

A concepção implícita do processo de adoecer e a hierarquia que se estabelece na relação com o usuário/paciente, subsidiam as escolhas para um tratamento e expressa o imaginário que se partilha nas consultas dos profissionais de saúde. Em contrapartida, Saito (2013) identifica que a simples mudança na utilização do termo para designar de quem se cuida nos serviços de saúde realmente gera uma verdadeira transformação na relação de cuidado.

O Ser Humano é um Ser com a natureza de cuidar do outro (HEIDEGGER, 2001), essa capacidade propiciou sua sobrevida e ampliação da espécie até os dias atuais. Assim, para que uma pessoa assuma o papel de cuidador mais competente que os demais, ele deve demonstrar conhecimento e capacidade de relacionamento. Atualmente, essas capacidades estão ligadas às técnicas apreendidas nas instituições de ensino respaldadas pelo aporte científico vigente.

A ênfase histórica no restabelecimento da saúde ou na postergação da morte a partir de técnicas cada vez mais especializadas vem imprimindo no ensino, e por consequência no discente, um distanciamento do cuidado com a pessoa envolvida no processo, nos anseios e nas demandas reais do sujeito. O resgate do cuidar representa estabelecer uma relação com o outro, numa perspectiva horizontal que tem sido valorizada na perspectiva da “humanização” do cuidado ou na compaixão com o outro (IBIDEM).

A crítica aos modelos de formação em saúde, indica que demandas até então negligenciadas e/ou desvalorizadas estão a exigir a reconfiguração dos itinerários de formação profissional em saúde, articulando, além da tríade ensino-pesquisa e extensão, os espaços de ensino com o âmbito dos serviços e dos condicionantes criados pelas políticas públicas de saúde e de educação (BATISTA, 2006).

Diversas pesquisas demonstram que o ensino de uma racionalidade médica integrativa e complementar propicia que os estudantes consigam integrar outras dimensões da vida e da saúde, valorizar o autocuidado, a sensibilidade, bem como a escuta atenta e do acolhimento pelos discentes, auxilia na construção de saberes fora do modelo biomédico convencional, seu modo de entender o conhecimento e a ciência, configura um benefício a aprendizagem concomitante das PICS junto às medicinas convencionais (SILVA et al, 2021).

Christensen e Barros (2010) concluem que o ensino das PICS no campo da saúde implica a possibilidade de uma formação ampliada, promovida por um paradigma holístico, já que estimula a compreensão da natureza dual e bilateral do relacionamento entre

o profissional de saúde e o usuário do serviço de saúde. As implicações nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual visam construir o cuidado com base numa relação solidária e de envolvimento afetivo. Esse relacionamento é a chave da arte do profissional de saúde, porque permite que esse profissional ou estudante ensine e aprenda com o usuário/sujeito/paciente.

2 I AS LACUNAS DO ENSINO SOB O MODELO BIOMÉDICO E AS NOVAS RACIONALIDADES

2.2 A crítica ao modelo do ensino de saúde

Desde a década de 1970, outras rationalidades médicas, conhecimentos e pesquisas nas ciências da saúde são reconhecidas e apoiadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que incentiva seus estados-membros a incluírem as práticas integrativas em seus sistemas públicos de saúde e se dedicar, também, ao estudo para conhecimento acerca dos seus benefícios (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

Silva et al. (2021) nos oferece uma síntese sobre a questão da formação no campo da Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). No cenário internacional, 46% dos médicos suíços possuem formação em PICS. Conteúdos ligados às PIC estão presentes em mais 80% das escolas médicas no Canadá, com destaque para a Acupuntura e Homeopatia, em 40% dos cursos de medicina na União Europeia e em 64% das faculdades de medicina nos Estados Unidos.

Por sua vez, na graduação em saúde brasileira, apenas 26% dos cursos de enfermagem das universidades públicas e 21% das escolas médicas oferecem disciplinas ou abordam o tema das PICS. A pesquisa de Salles et al (2014) identificou que das 48 instituições públicas de ensino superior em Fisioterapia, sete (14,6%) oferecem as disciplinas relacionadas com as PICS. Dentre as 74 faculdades de Medicina estudadas, 13 (17,5%) ofereciam e dentre as 87 instituições em Enfermagem, 23 (26,4 %) oferecem disciplinas relacionadas com PICS.

A implantação de tópicos das PICS em um currículo médico (e na área de saúde) não é um processo linear e pode se dar em diferentes dimensões: didática, que envolve fundamentos filosóficos; práticas; de estilo de vida; modalidades terapêuticas; e na perspectiva processual da formação, com a qual se busca integração clínica, reflexiva e de desenvolvimento pessoal e de pesquisa (CHRISTENSEN; BARROS, 2010).

Nos serviços de saúde, Silva et al. (2021) descreve que o processo de formação em PICS, em particular na Atenção Primária em Saúde (APS), tem ocorrido por ofertas da gestão federal, municipal ou pelo conselho de categoria profissional. Em geral, os trabalhadores de saúde financiam a sua própria formação no ensino privado pela ausência de oferta no setor público. Os processos formativos em PIC são heterogêneos, deficientes e limitados. Os autores identificaram um relativo despreparo técnico e político dos profissionais de

saúde para a implementação das PIC na APS. Mesmo com formação apenas introdutória, foi notória a capacidade de estimular mudanças no padrão “biologizante” e medicalizante do cuidado em saúde onde as PICS eram aplicadas.

Nos tempos atuais já é recorrente que o ensino em saúde está fragmentado, com conteúdos curriculares distantes das necessidades da população, com necessidade de humanização e compaixão no cuidado. Além disso, Feuerwerker (2003) e Batista (2006) destacam as dificuldades frente às dicotomias: teoria e prática; saúde e doença; promoção e cura; básico e profissional; ensino e pesquisa; o biologicismo e o hospitalocentrismo. Além da redução das práticas a seus aparatos técnicos e tecnológicos; a subvalorização das dimensões ética e humanista, as dificuldades da formação docente frente às mudanças políticas e educacionais, incluindo uma significativa fragilidade no processo de profissionalização docente e o distanciamento entre os cenários de aprendizagem e assistência.

Batista (2006) destaca a necessidade de adoção de uma concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade e no cuidado, no processo de formação profissional, bem como na aprendizagem para o trabalho em equipe multiprofissional. Resgata Canguilhem (1990) ao situar o plano epistemológico da concepção de saúde como uma maneira de abordar a existência não apenas de possuidor ou portador, mas também, de criador de valor, de instaurador de normas vitais, numa ótica de saúde que realça o lugar do sujeito que a constrói ao longo das interações que mantém com os outros, com o mundo e consigo mesmo. Abandona a contraposição linear de saúde e doença, reconhece os processos de autoria e de condicionamento histórico-cultural de práticas de vida, inscrevendo saúde como direito e serviço.

Ainda que muitos outros autores assumam no plano teórico a perspectiva de Canguilhem no momento de elaborar a proposição prática, esta concepção ampliada de saúde é reduzida no modo de concretizar as propostas formativas em saúde, seja na articulação ensino-serviço-comunidade, formação-controle social, ensino-realidade, ensino-pesquisa-extensão. Nota-se uma imensa dificuldade para alterar a centralidade de conteúdos biológicos e na intervenção curativa.

Mesmo reconhecendo que a formação universitária em saúde vem acumulando debates sobre estratégias de ensino e crítica ao modelo pedagógico tradicional, está, ainda segue com forte tendência a desvalorizar a concepção de integralidade, e segue no ensino de forma reducionista e não supera o foco na doença ou nos riscos (SILVA et al. 2021).

As estruturas curriculares dos cursos de saúde impõem limites à formação nas PIC, justificada pela cultura extremamente biomédica, ao corporativismo profissional e ainda por seguir uma lógica pautada em conteúdos isolados e fragmentados, com enfoque na atenção individual (SILVA et al. 2021).

A perspectiva de inclusão do tema das PICS na formação em saúde é um tema complexo porque explicita todas as dificuldades com o ensino tradicional, as peculiaridades do ensino na área de saúde e o desafio de compreensão de um novo paradigma, o vitalista, em oposição ao paradigma biomédico.

2.3 As estratégias de superação que terminam no método

No processo de formação em saúde enfatiza-se a necessidade de um profissional apto para as situações clínicas, mas também capaz de atuar e a contribuir com a sociedade nos campos político e social e não apenas no limite das jornadas de trabalho. Com base nesta expectativa é senso comum que o ensino em saúde no modelo atual não consegue cumprir com essa expectativa.

Esta limitação tem sido questionada pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) quando recomenda a adequação do ensino em saúde pautado em conhecimentos produzidos e serviços prestados à população com base nas necessidades sociais. Ressalta ainda a necessidade de que as instituições de ensino superior assumam seu papel protagonista no direcionamento da formação. A excessiva especialização observada na área da Saúde ocorre por pressão de grupos de poder, influências das corporações e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais. O que tem sido apontado, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais.

Costa (2007) reforça a importância do Paradigma da Integralidade expresso nas atuais diretrizes curriculares nacionais da medicina. Cujas características são: o foco na saúde e não na doença; processo ensino-aprendizagem com ênfase no aluno e em seu papel ativo na própria formação; vivência prática no sistema de saúde; capacitação docente com ênfase tanto na competência técnico-científica quanto na didático-pedagógica; acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas. Não por acaso constitui a organização e o alicerce das PICS, como princípio ético e epistemológico.

Sem uma discussão de base sobre a pertinência, o objetivo final do conteúdo ministrado, as relações sociais de poder implícito e as repercussões sociais das tecnologias adotadas na atenção à saúde, o que tem sido observado são modelos de ferramentas metodológicas voltadas para otimizar o processo de ensino sem problematizá-lo. Pode-se destacar a Aprendizagem Baseada em Problemas, Aprendizagem Baseada em Tarefas, Ensino Orientado para a Aprendizagem e Aprendizagem voltada para Competências, estratégias que vêm sendo implementadas e debatidas em particular nos cursos de medicina e enfermagem.

Assim, o conceito de Integralidade (tomado como um paradigma) deve representar a percepção holística do sujeito, considerando seu o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental sendo ao mesmo tempo, individual e coletiva é reduzida a um conjunto de estratégias de otimização técnica à luz do mercado de trabalho.

O equívoco em questão, reside na adoção de um paradigma que não pode ser implementado numa racionalidade que limita, de per si, a sua adoção. As novas estratégias de aprendizagem sem um profundo debate sobre seus pilares teóricos apenas tendem a oferecer insumos e transferir a resolução da situação para o profissional em formação. O que inevitavelmente culmina na frase popular de que “na prática a teoria é outra”.

2.4 O Normal como modelo

Não obstante à perspectiva do ensino em saúde se pautar na racionalidade biomédica ou na racionalidade vitalista cujas diferenças são bem discutidas por Luz e Barros (2012), a diferenciação entre o normal e o patológico assinalada por Canguilhem (1990) ainda persiste porquanto o conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido a partir de um estado de saúde, uma vez que o quadro patológico redunda em uma nova dimensão de vida. Coelho e Almeida Filho (1999) destacam em Canguilhem a impossibilidade da definição de uma medida para normalidade, acima ou abaixo da qual se configura o patológico.

Assim, o patológico também seria normal, pois a experiência do viver incluiria a doença. A diferença, para além da semântica, se situa no estado fisiológico, considerado “todo estado vital seria normal e o normal patológico seria diferente do normal fisiológico” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p.19).

Canguilhem (1990) ressalta que o médico (e pode ser ampliado aos profissionais de saúde) não se interessa pelos conceitos de saúde e doença, que lhes parecem vulgares ou metafísicos, o interesse reside no diagnóstico e na cura fazendo o sujeito retornar à sua vida normal. Considerando normal aspectos ligados à fisiologia não se considera que a doença seja uma forma de vida. As doenças crônicas explicitam essa dimensão, na medida em que propiciam, mediante tratamento adequado, qualidade de vida e longevidade expressiva. Contudo, o foco na fisiologia “normal” tende a induzir pesquisas e valoração dos aspectos mais sutis ou declarar como não normal alterações genéticas identificadas antes mesmo de sua expressão orgânica.

Logo, o conceito de normal, inicialmente depreendido de Canguilhem e no modelo biomédico focado no funcionamento pleno da fisiologia, não deve ser tomado como modelo de saúde posto que muitas alterações propiciam uma vida “saudável” à partir de outras perceptivas do cotidiano, mesmo em “horizontes mais limitados”, propiciam a criação de estratégias distintas ao mesmo meio social. Os temas ligados à saúde mental e a evolução da propedêutica neste campo exemplificam esta tese de normalidade sob diferenças orgânicas não padronizadas.

2.5 As perspectivas do Vitalismo

Seguindo a evolução histórica da medicina, como referência para a abordagem de toda área de saúde, Luz e Wenceslau (2012) discutem a evolução da medicina baseada em “princípios” da arte de curar, ou seja, o restabelecimento da saúde, para uma clínica que visa combater as doenças e controlar as mortes em plano coletivo. Acompanha esse movimento o deslocamento das escolas médicas para o ensino tomando o hospital como *lócus* de pesquisa e transmissão do conhecimento que passa a focar na especialização de procedimentos e modelo avançado de terapêutica.

Camargo Jr. (2012) localiza a episteme da medicina moderna como ligada aos princípios da mecânica clássica newtoniana, resumida em 3 proposições: caráter generalizante, mecanicista e analítico.

O corpo subdividido em sistemas morfológico-funcional propicia a organização do conhecimento em disciplinas e as especialidades que decorrem do domínio sobre cada sistema. As disciplinas que necessariamente se entrecruzam não se articulam pelo nível teórico conceitual e podem gerar formulações explicativas divergentes, o que se aceita como a flexibilidade da interpretação do arsenal teórico.

No século XX, o modelo vitalista vem sendo adotado de forma crescente pelo público, resultante da expansão das práticas oriundas no oriente, mas não pelo caminho das instituições de ensino. As universidades seguem a tendência da sociedade, implementam pesquisas no tema e passam a desenvolver uma série de estudos com os instrumentais tecnológicos mecanicista que visam comprovar ou explicar a forma de ação das práticas em saúde vitalistas.

A adoção desses instrumentos ajudou a explicar alterações cerebrais no processo de meditação, o fluxo eletromagnético dos canais de acupuntura ou das alterações bioquímicas e moleculares na analgesia, etc. (KHUDA-BUKHSH, 2003; YUNG, 2005; TANG et al., 2015; CHEN et al., 2020), mas ainda se atém ao paradoxo de tentar e adotar instrumentos que se prendem às alterações bioquímica e mecânica para explicar os princípios de “força vital” ou tipos de energia que subsidiam a cosmologia das medicina vitalistas. É natural que apenas consigam alcançar resultados parciais.

Entre os séculos XVIII e meados do século XIX o vitalismo era defendido como alternativa às concepções mecanicistas cartesianas e usado para justificar a existência de uma força, ou impulso vital, sem a qual a vida não poderia ser explicada. Esse impulso vital estaria fora dos domínios científicos da física e da química (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Essa discussão vem sendo atualizada por Puttini e Pereira Junior (2007) que revendo a crítica de Canguilhem à concepção mecanicista da normalidade e da patologia teria apontado para uma superação da oposição entre mecanicismo e vitalismo. Para tal, compararam a “normatividade da vida” com o conceito de auto-organização de Michel Debrun, argumentando que a emergência da norma vital se situa num estágio secundário de um processo de auto-organização da vida. Desta forma, Canguilhem (1990) não teria advogado uma medicina vitalista, mas uma reflexão epistemológica sobre a vida que não se prendesse às categorias mecanicistas.

O vitalismo seria apenas “a expressão da confiança do ser vivente na vida, da identidade da vida consigo mesma no vivente humano, consciente de viver” (PUTTINI; PEREIRA JR, 2007, p. 461). Sob esse prisma convém destacar que:

O conceito de causa final, de Aristóteles, assim como os postulados de um princípio vital, pelos adversários do modelo mecanicista da ciência moderna, tinha em comum o caráter fundamentalista atribuído à teleologia. Ou seja, a existência de uma meta ou telos para a atividade dos seres vivos era entendida como preexistente e condicionante desta atividade.

Puttini e Pereira Jr. (2007) diferenciando a abordagem de Canguilhem sobre a normatividade da vida, conclui que esta emerge da própria atividade do ser vivo, se manifestando como *escolha* ou mesmo como intenção *consciente*. Assim, o princípio vital, concebido como um princípio metafísico, não tematizada pela Física, se situa extrinsecamente ao ser vivo, e conduz a atividade deste ser em direção a uma meta ou conjunto de metas. Logo, não cabe atribuir a concepção inicial do vitalismo a Canguilhem. A doutrina médica se reflete nas práticas discursivas que fazem alusão à totalidade humana, definida na perspectiva da biologia/bioquímica (corpo e reações orgânicas), da psicologia (aspectos mentais) e da sociologia (relação com o entorno social). Mais modernamente já se incorpora o aspecto espiritual, ainda sem muita força clínica uma vez que não se submete as terapêuticas medicamentosas e não dispõe de equipamentos de mensuração. A simples justaposição das abordagens biopsicossocial e espiritual não supera a compartmentalização do nível teórico conceitual.

Nesta dimensão teórico-conceitual se organiza o ensino e as grades curriculares na área da saúde, mantendo a visão analítico-mecanicista, uma abordagem anátomo-clínica do corpo, das lesões e das doenças, mesmo quando analisadas no campo da saúde coletiva, onde os aspectos sociais deveriam ser hegemônicos. A perspectiva final ocorre na compreensão dos sistemas afetados e nas respostas que também se limitam a essa dimensão, assumindo a possibilidade da interação com sistemas sócio-ambientais, mas excluindo qualquer possibilidade de incorporar essa dimensão no conjunto de responsabilidades do profissional de saúde.

Na perspectiva vitalista, é fundamental compreender e identificar a relação entre o equilíbrio do ser humano, a sociedade, a natureza, o planeta e as mudanças ambientais como as estações do ano, as fases da lua e os elementos constitucionais do planeta. Não apenas na perspectiva química e física, mas também nas variações eletromagnéticas.

Na Homeopatia de Hahnemann a existência da força vital chamada enteléquia (termo oriundo do século IV a.C. com Aristóteles) é o modelo explicativo dos processos orgânicos relacionados ao adoecimento e cura. Também reconhecido como a unidade organizadora de todos os seres vivos, é o que lhe dá vida (CAMPELLO; LUZ, 2012).

Segundo a cosmologia da Medicina Tradicional Chinesa, a força vital é chamada de *Qi*, que poderia ser traduzida como Sopro Vital. O fluxo livre e suave do *Qi* harmonizado com as dinâmicas do céu e da terra representa o equilíbrio e a saúde. O ser humano é definido como um ente energético submetido ao influxo de duas forças opostas e complementares (*yin* e *yang*) e regido pela lei universal da interdependência (LUZ, 2012).

A racionalidade médica da Ayurveda implica na ligação entre o científico, o filosófico e o religioso. A partir da conexão entre o homem e o universo, a energia cósmica se manifesta em todas as coisas animadas e inanimadas e se manifesta como energia masculina (*Purusha*) e feminina (*Prakriti*). A ligação do macrocosmo com o microcosmo e o processo saúde/adoecimento se dá a partir dos cinco elementos (éter, ar, fogo, água,

terra) que se manifestam segundo três princípios ou humores chamados tri doshas (*Vata*, *Pitta* e *Kapha*). O balanceamento entre os tridoshas é condição necessária para a saúde (MARQUES, 2012; D'ANGELO; CÔRTES, 2018).

A cosmologia da Medicina Antroposófica considera que “os seres dos quatro reinos da natureza são percorridos contínua e ritmicamente por forças vitais (sensoriais e supra sensoriais) que os movimentam” (LUZ; WENCESLAU, 2012, p. 200).

A saúde resulta da sintonia harmoniosa entre os elementos básicos de estruturação humana que inclui: a) trimembração (reúne corpo, alma e espírito); sistema neurosensorial, rítmico e metabólico-motor, e b) quadrimembração (resultante da estrutura organizada da hierarquia dos quatro corpos: físico, etérico, astral e Eu) (LUZ; WENCESLAU, 2012).

Em geral, as alterações de saúde são expressões da energia vital em desequilíbrio são singulares para cada sujeito. Na Medicina Tradicional Chinesa a enfermidade deriva da gênese interna e as causas externas só interagem com o fluxo interno diante de certas predisposições (LUZ, 2012). Na Ayurveda o desequilíbrio dos tridoshas afeta a resistência natural do corpo e do sistema autoimune. Assim, a causa das doenças vem ao mesmo tempo do corpo e do espírito e da má utilização da mente e sensorial (MARQUES, 2012). Na Medicina Antroposófica, mesmo um simples transtorno emocional ou funcional é fruto da discinesia no funcionamento ou interação dos elementos que estruturam a morfologia e a fisiologia humana com o meio (LUZ; WENCESLAU, 2012).

A partir da incorporação da espiritualidade no conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 diversas Comissões de Acreditação de Organizações de Saúde e associações médicas nacionais passaram a recomendar a inclusão das questões espirituais no atendimento clínico e na formação dos profissionais de saúde.

Muitas faculdades americanas desde os anos de 1990 passaram a incluir componentes de espiritualidade, crenças culturais e suas práticas no seu ensino. Incorporando-as em uma variedade de situações clínicas, ao léxico da anamnese como questionar a religião na história clínica, debater bibliografia e casos de crenças espirituais que afetaram os pacientes, valorizar nos alunos seus próprios sistemas de crenças, avaliando como estes podem ajudar ou impedir a relação com o paciente, habilidade em fazer uma ‘história espiritual’, em que se compreenda na dimensão espiritual do paciente se há relação com o processo de adoecer (FERRER, 2002).

Reginato et al. (2016) discutem a espiritualidade como uma outra perspectiva para superação da visão tecnicista e reflexão sobre questões essenciais e existenciais, contemplando emoções e convicções de natureza não material, remetendo a questões como o significado e o sentido da vida num plano metafísico que não se limita a qualquer tipo de crença ou prática religiosa. Recomenda a necessidade de preparar os estudantes para acolher pacientes que apresentam uma linguagem que lhes é indecifrável. O que demanda a criação de cenários didáticos que propiciem a discussão de temas para além do modelo biomecânico, o que inclui o campo da espiritualidade.

A partir da experiência de uma disciplina eletiva de Espiritualidade e Medicina Reginato et al. (2016) concluíram que a separação entre o corpo e o espírito, pela valorização dos recursos científico-tecnológico, empobreceu a avaliação do paciente nas suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Uma disciplina com esse conteúdo configura um recurso para a melhora da qualidade do acompanhamento, além de favorecer profissionais mais atentos e aptos a acolher e a compreender as necessidades espirituais do paciente.

2.6 O Caminho do Meio

O rigor e a objetividade do modelo biomédico vêm sendo sistematicamente questionado, notadamente no seu aspecto de distanciamento do terapeuta e do paciente, na dicotomia sujeito-objeto, condutas distantes do cotidiano, explicações nosológicas distintas do modo de vida e medicalização de sintomas como forma de alterar a percepção sem atuar nas causas. Ou seja, uma terapêutica a partir de um conhecimento regulatório, porquanto através de normatização e do controle prescreve hábitos de vida, dieta e outros sem a compreensão da complexidade que envolve o cotidiano de cada um e as redes de saberes em que o indivíduo está se relacionando.

O ciclo de afirmação do modelo se dá a partir da valorização e publicações de pesquisas que enfatizam aparatos tecnológicos/medicamentos e parâmetros genômicos definem condutas clínicas baseadas na probabilidade estatística e retroalimentam o modelo biomédico.

Breilh (2021) destaca a lógica linear e fragmentada da epidemiologia clássica que analisa atributos de pessoas isoladas do contexto e analisam a forma como esse recorte isolado se inter-relaciona e responde aos riscos elencados. Essa artificialidade da vida é considerada, no seu extremo, por estudos clínicos, tidos como o padrão ouro para subsidiar protocolos e condutas terapêuticas.

Não se pode deixar de destacar que nessa conjuntura, o paradigma moderno de reiterar que a ciência (re)produz e amplifica as desigualdades cognitivas e sociais entre países centrais e periféricos. O que implica na ruptura epistemológica com o senso comum e com os saberes tradicionais e reforça a mediação da ciência baseada em tecnologia eletrônica como contributos para a expropriação do autocuidado, a delegação do saber sobre o próprio corpo para o outro e o afastamento da relação humana entre o cuidador e o usuário do serviço de saúde, numa direção que expande o padrão de dominação e acumulação do capital na área da saúde.

Considerando este ciclo uma monocultura racional, Santos (2018) chama esta hegemonia de domínio da epistemologia do norte e suscita a necessidade de valorização de uma epistemologia do sul, que valorize paradigmas de domínio da população ou do “senso comum”. O que implica identificar e valorizar outros modos de pensar, de interferir no

mundo e de fazer pesquisas. Assim, é preciso não apenas valorizar os saberes ancestrais, mas principalmente, considerar como válidas formas de saber / fazer / pensar / sentir / estar no mundo. Ou seja, tudo que o ensino formal negligencia e nega em defesa da superioridade do saber biomédico cartesiano.

Reconhecendo que esse diálogo não é fácil, Oliveira (2008) recomenda adotar a categoria Sociologia das Ausências, de Santos, utilizando uma investigação que visa demonstrar que o que não existe, é na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como alternativa não credível ao que existe. O objetivo é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presença.

Explicitar que a ausência nos conteúdos acadêmicos de outra forma de compreender o mundo, explicar o processo saúde doença e promover o cuidado em sua integralidade é ativamente produzido e mantido. Evidenciar a ausência de novos paradigmas, em contraponto ao modelo biomédico não é casual ou fortuito. Mas fruto de uma construção sistemática e permanente.

Compreender e avançar na ampliação simbólica identificar e credibilizar saberes em saúde e práticas plurais no cuidado e na vida, permitirá ampliar horizontes, conhecer melhor o que existe no cotidiano da vida desvelando mais possibilidades emancipatórias do que as possibilidades anteriores que se reiteram em métodos e regras definidas pela artificialização dos modos de vida.

Por fim, o paradoxo que se coloca para Santos (2018) é o conhecimento como regulação ou como emancipação, na perspectiva de uma opção epistemológica adequada ao momento atual de transição.

Outra possibilidade de conhecimento emancipatório, e ainda não perfeitamente estabelecido, pressupõe, segundo Santos (2018), a revalorização da solidariedade como forma de saber. Destacando o afastamento e a desconsideração da intersubjetividade, da reciprocidade e da incapacidade de reconhecer o outro a não ser como objeto. Num modelo em que as subjetividades, como redes de inserções sociais, são consideradas, interagem nos múltiplos espaços-tempo e participam cotidianamente na produção de reprodução de saberes e práticas sociais e cognitivas dos processos de tratamento e cura do corpo e do coletivo.

2.7 A estratégia de inclusão acadêmica do tema na UERJ

A demanda pela introdução de uma disciplina na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ- que conteúdo teórico e prático ligado ao paradigma vitalista e as racionalidades das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde vem ocorrendo desde 2017. Finalmente, em 2019 foram vencidos os trâmites internos e a primeira turma da disciplina de caráter eletivo e universal para a graduação foi implantada de forma pioneira na UERJ, que já acumulava a oferta de experiências em diversos cursos, seja com

vivências como a meditação na Faculdade de Enfermagem ou com a inclusão do conteúdo em disciplinas mais abrangentes como na Faculdade de Educação Física.

Este acúmulo ainda disperso em unidades isoladas propiciou a articulação das Faculdades de Enfermagem, Medicina e o Instituto de Nutrição para ofertar a disciplina eletiva de cunho universal “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde I”.

A disciplina oferta 20 vagas e conta com três tempos de aula por semana totalizando 45 horas no semestre letivo. Esta carga horária foi idealizada com o intuito de ofertar o conhecimento teórico breve, a fundamentação e a vivência em algumas Práticas Integrativas priorizadas pelo SUS, dentre as 29 regulamentadas na Política Nacional das PICS.

A disciplina inicia com uma aula inaugural aberta ao público e conta com uma personalidade da área que situa o tema na atualidade. Os temas abordados na disciplina inicialmente foram: Medicina Tradicional Chinesa com suas técnicas de Acupuntura, Auriculoterapia e Tai Chi Chuan. Reiki, Musicoterapia, Meditação e Terapia Floral no conjunto das terapias vibracionais, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Ayurveda. Em cada aula o professor convidado apresentava os aspectos teóricos, a prática terapêutica e uma vivência. Ressalta-se que esta tríade no plano pedagógico é fundamental, pois nesta racionalidade vitalista a experimentação pelo discente agrupa informações e valores que não se mensuram nas avaliações de caráter cognitivo, mas ficam bem definidas na dimensão socioemocional.

O caráter eletivo da disciplina seguramente agregou uma perspectiva mais relaxada à participação dos alunos, ainda que incorporasse todas as características de uma disciplina acadêmica como exigência de presença e avaliação. Nas duas turmas oferecidas antes da pandemia, foi inesperada a demanda majoritariamente de discentes dos cursos fora da área da saúde, tal como jornalismo, engenharia, serviço social e comunicação social. Além dos cursos de psicologia, enfermagem e nutrição. A justificativa pela busca da disciplina se prendeu a experiências e/ou curiosidades pessoais e vivência familiar.

A boa avaliação dos estudantes se coadunou à percepção dos docentes, pois a presença era sistemática, a participação ativa e o caráter prático foram ressaltados como o grande diferencial motivador das aulas.

A participação de estudantes de diversas áreas foi considerada como um ponto muito favorável, pois entre as práticas integrativas oferecidas no SUS muitas delas não demandam formação na área de saúde, ao contrário, são valoradas justamente por servir como autocuidado e técnicas básicas passíveis de serem utilizadas de forma complementar importante ao cuidado da equipe de saúde.

Entende-se que instrumentos ou técnicas simples de autocuidado são uma demanda de todo e qualquer pessoa, em todas as áreas e o conhecimento e não deve fazer parte do conjunto de disciplinas restritas ao campo da saúde. Pelo contrário, ampliar a dimensão e o potencial destas terapêuticas ajuda a valorizar sua apropriação pela população, esclarece seu caráter científico e pode colaborar sobremaneira com a ampliação do cuidado, inclusive do modelo biomédico.

Uma disciplina de PICS num currículo pode suscitar discutir e questionar modalidades terapêuticas ocidentais como sinaliza Salles et al. (2014), ressignificando energia como um movimento biomagnético (reikianos e bioenergéticos) ou um circuito elétrico integrado (acupuncturistas) ou como uma energia de cura cósmica (reikianos). Essa reflexão suscita o questionamento do quanto interessa às instituições abrir esse leque de reflexão ou manter o discente limitado a um único modelo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo determinista mecanicista newtoniano, base do modelo biomédico, encontra-se inviabilizado como modelo científico exclusivo, uma vez que notoriamente a totalidade não se reduz à soma das partes em que dividimos para observar e medir. Logo, o conhecimento do paradigma emergente tende a ser o conhecimento não dualista, que se funda na superação das distinções como natureza/cultura, natural/ artificial, vivo/ inanimado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, etc. Tão presente na ciência moderna e no conhecimento que avançou para a hiperespecialização do saber em saúde, pela restrição focal do objeto e que se organiza em disciplinas sob o domínio das fronteiras que a define. Não se vislumbra solução para essa questão sem enfrentar o paradigma dominante, tanto na concepção de saúde como na concepção de educação.

Propor e sustentar um novo paradigma são movimentos difíceis no meio acadêmico e requer muita capacitação e uma boa dose de coragem. Essas dificuldades tornam a formação nas PIC pouco sedutora e mesmo desmotivadora, num sistema de saúde focado na racionalidade biomédica, mercantilizado, corporativista e voltado principalmente para doenças.

Para garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica da integralidade se faz necessário investimento na graduação e em pós-graduação e o incremento de competências colaborativas para a superação do trabalho individual e hierarquizado no interior dos serviços de saúde.

O ensino em saúde oferecido de forma fragmentada, com conteúdo distante das necessidades de saúde da população e sem o atravessamento da bioética, tão necessário no trabalho em saúde, demanda humanização e compaixão no cuidado. Outro conjunto de dificuldade se estrutura no autocuidado do próprio profissional, pois extrapolam o campo da teoria demandando serem vivenciados na prática de trabalho; nos equipamentos de saúde como também na relação docente/discente.

São mudanças difíceis de serem implementadas, pois o modelo da biomedicina privilegia o trabalho individual e especializado. Assim, não basta superar o processo de formação em outra racionalidade distinta da hegemônica, mas a inclusão de um novo modelo de agir desses profissionais, capaz de produzir motivação para fugir do imobilismo que o sistema de saúde tem imposto sobre os trabalhadores.

O paradigma emergente, com as características do senso comum, mas interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade, composta das muitas racionalidades, mas com uma configuração de conhecimentos que faça a inversão da hierarquia e valorize os princípios populares, configurando uma ruptura epistemológica.

O desafio do modelo de ensino via internet, popularizado de forma explosiva durante a pandemia do novo COVID-19, entre 2010 e 2021, configura um campo a ser apropriado de forma urgente. A oferta de cursos de curta ou curtíssima duração com a promessa de capacitação virtual e habilitação de terapeuta pode levar ao descrédito a habilitação de muitas PICS.

A inclusão de outras racionalidades no currículo dos cursos da área de saúde requer o reconhecimento de saberes distintos do modelo e da supremacia científica, demanda mudanças importantes no processo de ensino e a superação de interesses econômicos na saúde.

Além das barreiras econômicas, ideológicas e conceituais, percebe-se majoritariamente nas instituições de ensino um corpo docente bem qualificado sob o ponto de visto técnico, pedagógico, porém raso e aquém dos anseios das verdadeiras necessidades dos atores sociais em contexto (usuários, profissionais de saúde e da população). A adequada capacitação docente para o ensino das PICS é de fundamental importância para viabilizar a ampliação da formação, considerando as necessidades sociais da população no ensino dos trabalhadores em saúde. Narrativas que expressam representações equivocadas e reducionistas são identificadas na simplificação de argumentos, que atribuem rótulos de misticismo, tratamento natural, tratamento coadjuvante de doenças crônicas ou psicosomáticas, efeito placebo e falta de fundamentação científica.

Nos cursos de formação na área da saúde a espiritualidade vem como uma nova perspectiva e ferramenta para superação da visão tecnicista vigente, destacando-se a diferenciação entre os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade, sendo a primeira a busca pessoal de entender questões relacionadas à vida, podendo ou não estar associada a práticas religiosas.

A incorporação das PICS no ensino em saúde favorece a possibilidade do cuidado ao usuário de uma forma mais humanizada sem negligenciar seus contextos sociais, emocionais e espirituais. Na perspectiva dos discentes, a literatura destaca que enriquece o processo formativo ampliando o conhecimento sobre o adoecimento e os recursos terapêuticos e expande a visão da integralidade da saúde e auxilia na superação da insegurança causada pelas constantes indagações dos pacientes sobre as PICS.

A ausência do conteúdo de PICS no ensino formal brasileiro configura uma lacuna que limita o profissional no que tange às possibilidades de tratamento e cuidados para a assistência integral ao usuário. A omissão deste conhecimento pode suscitar a configuração de um grave problema ético. Urge repensar essa problemática nas instituições de ensino.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 01) Como a fragmentação do modelo do ensino biomédico interfere no ensino de PICS?
- 2) Como o estado patológico pode representar um outro “normal”?
- 3) Quais as diferenças básicas entre o paradigma biomédico e o paradigma vitalista?
- 4) Como o princípio vital se expressa em cada racionalidade médica?
- 5) Explique como o modelo biomédico não se legitima como o único a explicar a ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, Sylvia Helena da Silva. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, v. 30, n.1, abr. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* - PNPICT-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.
- BREILH, Jaime. *Critical Epidemiology and the People's Health*: Oxford University Press, USA; 2021.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A medicina ocidental contemporânea. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson F. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde* – Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 15 - 47, 2012.
- CAMPELLO, Maria Freire; LUZ, Hylton Sarcinelli. A racionalidade médica homeopática. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson F. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde* – Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 73 -103, 2012.
- CANGUILHEM, Georges. (1943). *O normal e o patológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CHEN, Teng; ZHANG, Wen Wen; CHU, Yu-Xia et al. Acupuncture for Pain Management: Molecular Mechanisms of Action. *American Journal Of Chinese Medicine*, v. 48, n. 4, p. 793-811, 2020.
- CHRISTENSEN, Marisa Corrêa; BARROS, Nelson Filice de. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 34, n.1, p. 97-105, 2010.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Normal- Patológico, Saúde-Doença: revisitando Canguilhem. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Revista brasileira de educação médica*, v. 31, n. 1, p. 21 – 30, 2007.

D'ANGELO, Edson; CÔRTEZ, Janner Rangel. *Ayurveda- a ciência da longa vida*. São Paulo: Madras, 2018.

FERRER, J. *Medicina y Espiritualidad: redescubriendo una antigua alianza*. In: Bioética: um diálogo Plural (Homenaje a Javier Gafo Fernández). Madrid: Ed. Univ. Pontificia Comillas, p. 891-917, 2002.

FEUERWERKER, L. Educação dos Profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, v. 3, n. 1, p. 24 – 27, 2003.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 8a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

KHUDA-BUKHSH, Anisur Rahman. Towards Understanding molecular mechanisms of action of homeopathic drugs: an overview. *Molecular and Cellular Biochemistry*, v. 253, n. 1-2, p. 339-45, 2003.

LUZ, Madel T; BARROS, Nelson Filice. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

LUZ, Madel T; WENCESLAU, Leandro D. A Medicina Antroposófica como racionalidade médica. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson Filice. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 185-216, 2012.

LUZ, Daniel. Medicina Tradicional Chinesa, racionalidade médica. In. LUZ, Madel T.; Barros, Nelson F. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde – Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 103-152, 2012.

MARQUES, Evair A. Racionalidades médicas. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson Filice. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde – Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 153-184, 2012.

OLIVEIRA, Ines Barbosa. *Boaventura & a Educação*. 2^a ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PIMENTEL, Fábio. Vida como caminho: aprendizagem biocêntrica no estágio em terapias integrativas e complementares. *Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação*. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Rio Grande do Sul, 2013.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 451 - 464, 2007.

REGINATO, Valdir; DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, jan./abr. 2016.

SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SCHVEITZER, Mariana Cabral; MAEDA, Sayuri Tanaka. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n 1, jan/mar, p. 175 – 183, 2013.

SALLES, Léia Fortes; HOMO, Rafael Fernandes Bel; SILVA, Maria Júlia Paes. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 4, out/dez, p. 741-746, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. 8^a. ed., São Paulo: Cortez, 2018.

SILVA, Pedro Henrique Brito da et al. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 02, p. 399-408, 2021.

TANG, Yi-Yuan; HÖLZEL, Britta K; POSNER, Michael I. The neuroscience of mindfulness meditation *Nature Reviews Neuroscience*, v. 16, n. 4, nov, p. 213-225, 2015.

YUNG, Kaung-Ti. A birdcage model for the Chinese meridian system: part III. Possível Mechanism Of Magnetic Therapy. *American Journal Of Chinese Medicine*, v. 33, n.4, p. 589-97, 2005.

CAPÍTULO 10

DERMATOSES COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): MANEJO COM PLANTAS E ERVAS MEDICINAIS

Data de aceite: 01/03/2023

Maria Katia Gomes

Felipe Aguinaga

RESUMO: O interesse cada vez mais frequente na utilização terapêutica de plantas medicinais tem motivado a busca e o resgate de conhecimentos e saberes botânicos tradicionais, e a avaliação do potencial terapêutico de diversas espécies de plantas através de estudos clínicos. Esta tendência também se observa no campo da Dermatologia, em que paralelamente ao crescimento das pesquisas acerca da fisiopatologia de diversas dermatoses e ao avanço da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novas drogas, tem crescido também a procura por alternativas naturais e acessíveis para o tratamento de doenças cutâneas. O objetivo deste capítulo é fazer uma revisão das principais espécies de plantas medicinais relatadas na literatura científica e suas indicações no tratamento e prevenção de algumas doenças de pele. Doenças comuns na população, como acne, vitiligo e infecções fúngicas, que constituem queixas frequentes na Atenção Primária, podem se beneficiar do tratamento com determinadas plantas e ervas medicinais. Por fim, também serão abordados os efeitos

adversos dermatológicos decorrentes do uso de algumas plantas, como as reações alérgicas e fotoalérgicas, complicações vistas com alguma frequência nas populações que têm o hábito cultural de realizar tratamentos caseiros a base de plantas medicinais. Desse modo, espera-se que o leitor tenha uma visão geral introdutória sobre este tema e suas potenciais implicações para a Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatopatias, Aroeira, Plantas Medicinais.

ABSTRACT: The growing interest in the use of medicinal plants has motivated the search and recovery of traditional botanical knowledge, and the evaluation of the therapeutic potential of several plant species through clinical studies. This trend is also observed in the field of Dermatology, in which, parallel to the advance in research on the pathophysiology of some cutaneous diseases, and the development of new drugs by the pharmaceutical industry, the search for natural and accessible alternatives for the treatment of diseases has also grown. The objective of this chapter is to review the main species of medicinal plants reported in the scientific literature and their indications

for the treatment and prevention of some skin diseases. Diseases common in the population, such as acne, vitiligo and fungal infections, which are frequent complaints in Primary Care, can benefit from treatment with certain plants. Finally, adverse dermatological effects resulting from the use of some plants will also be addressed, complications seen with some frequency in populations that have the cultural habit of performing home treatments based on medicinal plants. Thus, it is expected that the reader has an introductory overview of this topic and its potential implications for Primary Health Care.

KEYWORDS: Skin Diseases, Anacardiaceae, Medicinal Plants

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Identificar as principais plantas medicinais com aplicação em Dermatologia;
- 2) Reconhecer as dermatoses mais frequentes na população geral e na Atenção Primária à Saúde (APS) e o seu manejo com as plantas medicinais;
- 3) Conhecer os efeitos adversos dermatológicos do uso tópico ou sistêmico de plantas medicinais.

11 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças de pele é conhecido pela humanidade há milhares de anos. As espécies botânicas utilizadas e suas indicações desenvolveram-se regionalmente, ao longo do tempo, com base nas plantas disponíveis localmente e através de comércio com outros povos. O termo “plantas medicinais” inclui várias preparações derivadas de ervas, especiarias, raízes, caules e outros materiais de origem botânica. A OMS define planta medicinal como sendo “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semi-sintéticos” (VEIGA JUNIOR *et al.*, 2005).

Nos últimos anos, tem havido um ressurgimento do interesse pelo uso de plantas medicinais entre os pacientes e os profissionais de saúde. Muitos pacientes buscam terapias alternativas quando sentem que a terapia convencional falhou em ajudá-los o suficiente ou porque acreditam que há menos efeitos colaterais com os produtos naturais. O recente aumento no uso da medicina alternativa exige a educação dos profissionais de saúde sobre o assunto para capacitá-los a informar e cuidar de seus pacientes (SHENEFELT, 2011).

Além disso, no Brasil, o uso de plantas medicinais sempre foi uma alternativa para grande parte da população, principalmente a de baixa renda, o que está relacionado ao alto custo dos medicamentos industrializados e às barreiras enfrentadas para acesso ao sistema de saúde (PINTO *et al.*, 2020). Seu uso, no entanto, não se limita apenas às zonas rurais ou regiões desprovidas de assistência médica e farmacêutica. São também utilizadas com frequência no meio urbano, como forma alternativa ou complementar aos medicamentos alopaticos.

De fato, considerando os hábitos e costumes dos brasileiros, nota-se que o uso das plantas medicinais está enraizado na cultura do país. Os resultados sobre o uso de remédios caseiros pelos usuários dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) realizado em Blumenau apontou que 96% dos entrevistados optaram pelas plantas medicinais como o principal recurso terapêutico no que se refere aos remédios caseiros (ZENI et al, 2017).

No contexto da atenção básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde (SUS), a experiência com plantas medicinais procura promover o vínculo e aproximação entre profissionais da saúde e comunidade ampliando as ofertas de cuidado, o que favorece o princípio da integralidade (FLORES, 2016).

O renovado interesse na utilização de plantas medicinais tem motivado também novos estudos etnobotânicos e farmacológicos, visando a busca e o resgate de conhecimentos e saberes botânicos tradicionais, e a avaliação do potencial terapêutico de diversas espécies de plantas por meio de estudos clínicos.

Entre as plantas medicinais utilizadas tradicionalmente pela população brasileira podemos citar a arnica (*Arnica acaulis*), a aroeira (*Schinus terebinthifolius*), o confrei (*Symphytum officinale*), a babosa (*Aloe vera*), o picão (*Bidens pilosa*), o chapéu-de-couro (*Echinodorus macrophyllus*), o cravo-da-índia (*Syzygium aromaticum*), a calêndula (*Calendula arvensis*), entre outros. Popularmente são usadas para fins terapêuticos ou cosméticos na forma de plantas frescas, secas, óleos, sumos, ou de preparações como infusão, destilação ou cozimento (PINTO et al., 2020). Embora haja algumas pesquisas sobre o uso terapêutico em dermatologia dessas plantas, muitas ainda permanecem pouco estudadas pela ciência, e carecem de evidências científicas.

O objetivo deste capítulo é fazer uma revisão das principais espécies de plantas medicinais relatadas na literatura científica e suas indicações no tratamento e prevenção de algumas doenças de pele. Também serão abordados os efeitos adversos dermatológicos decorrentes do uso de algumas plantas, compilação vista com alguma frequência nas populações que têm o hábito cultural de realizar tratamentos caseiros a base de plantas medicinais.

2| DERMATOSES COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.1 Acne

A acne vulgar é uma das doenças cutâneas mais frequentes na população, afetando 85 a 100% das pessoas em algum momento da vida. Por isso, um motivo frequente de consulta na Atenção Primária à Saúde. Geralmente, tem início na puberdade, situando-se o pico de incidência entre os 14 e 17 anos nas adolescentes do sexo feminino, e entre os 16 e 19 anos nos adolescentes do sexo masculino (DA SILVA et al., 2014). Embora o tratamento medicamentoso da acne seja eficaz, e protocolos de tratamento estejam bem estabelecidos, é frequente que os pacientes busquem também métodos alternativos, como plantas medicinais e formulações caseiras, para tratar essa patologia.

Algumas plantas medicinais têm sido relatadas na literatura e podem desempenhar um papel adjuvante no tratamento da acne. Um grande número de ervas com compostos anti-inflamatórios e/ou antibacterianos têm sido relatados (REUTER *et al.*, 2010). Exemplos são a camomila (*Matricaria chamomilla*), a calêndula (*Calendula officinalis*) e a hamamélis (*Hamamelis virginiana*). Infelizmente faltam ensaios clínicos de alta qualidade, não sendo possível extrair conclusões definitivas a partir das evidências disponíveis.

O *Vitex agnus-castus* é um arbusto originário da região Mediterrânea, conhecido como agnacasto, rico em flavonoides, terpenos e glicosídeos, que têm ação sobre os hormônios LH e FSH, tendo sido usado para auxiliar o tratamento de irregularidades do ciclo menstrual, síndrome pré-menstrual, mastalgia ou hiperprolactinemia. Esta planta pode ser encontrada na forma de chás ou suplementos em cápsulas. Em um estudo, sua administração por via oral na dose de 40 mg/dia demonstrou benefício no tratamento da acne pré-menstrual. Atenção especial deve ser dada à contra-indicação ao uso por mulheres grávidas ou amamentando (SHENEFELT, 2011).

O óleo de melaleuca, ou óleo da árvore do chá (*Melaleuca alternifolia*) também pode ser benéfico no tratamento da acne. Além de suas propriedades antibacterianas bem conhecidas, o óleo de melaleuca exibe atividade antiinflamatória (SHENEFELT, 2011).

2.2 Dermatite Atópica

A dermatite atópica é uma dermatose muito prevalente e afeta principalmente crianças. Ainda que os tratamentos disponíveis sejam em geral bem tolerados e eficazes, é frequente neste grupo de pacientes que medicamentos alternativos e fitoterápicos sejam frequentemente solicitados ou usados por conta própria pelos pacientes. Algumas plantas medicinais têm sido relatadas na literatura com potencial terapêutico para estes pacientes, como a hamamélis (*Hamamelis virginiana*), a camomila (*Matricaria recutita*) e a calêndula (*Calendula officinalis*), devido à sua ação antiinflamatória (REUTER *et al.*, 2010).

As plantas e derivados com propriedades emolientes e hidratantes são muito importantes em dermatologia e podem ser encontradas em inúmeras formulações que vão desde os óleos, cremes, pomadas e loções para aplicação tópica. Os óleos, as ceras, gomas, mucilagens e saponinas extraídas destas plantas evitam a perda transepidérmica de água e retêm água na camada córnea, recuperando a função de barreira cutânea. Os constituintes de alguns óleos essenciais evitam ainda o desenvolvimento de microrganismos quando a barreira epidérmica está comprometida (VAZ, 2014).

O óleo obtido das sementes de prímula (*Oenothera biennis*) é potencialmente benéfico para a dermatite atópica devido ao seu alto teor de ácido linoleico. É usado tanto por via oral quanto em produtos tópicos. Apenas alguns estudos de alta qualidade investigaram o efeito do óleo de prímula na dermatite atópica. Uma meta-análise recente da literatura concluiu que há um efeito moderado do óleo de prímula no prurido, descamação e formação de crostas na dermatite atópica (HOFFMANN *et al.*, 2020).

A aveia (*Avena sativa*) é usada topicamente há centenas de anos, principalmente na forma de banhos, por suas propriedades calmantes e antipruriginosas. A aveia coloidal se transforma em uma massa pegajosa quando misturada com um líquido que pode ser aplicado na pele para reter a umidade. Esta propriedade calmante e hidratante é atribuída ao teor de glúten da planta. Mostra-se útil no tratamento complementar da dermatite atópica, auxiliando na hidratação da pele, bem como do prurido idiopático em idosos (SHENEFELT, 2011).

2.3 Psoríase

A psoríase caracteriza-se por ser uma doença crônica, sistêmica, imunomedida com elevado impacto físico e psicológico e de etiologia desconhecida. O quadro característico são placas eritemato-descamativas nos joelhos, cotovelos e couro cabeludo. O seu impacto na qualidade de vida dos doentes é superior ao de outras patologias consideradas mais graves, como a insuficiência cardíaca e a diabetes, e sua prevalência na população geral é estimada em 2 a 3%, sendo portanto um motivo frequente de consulta na APS (TORRES et al., 2020).

Dentre os tratamentos convencionais para psoríase, algumas preparações tópicas contém ácido salicílico, originalmente derivado da casca do salgueiro branco (*Salix alba*). O ácido salicílico é encontrado em diversas plantas, tendo a função de um fitohormônio fenólico. As preparações contendo ácido salicílico têm efeitos ceratolíticos na pele espessada (REUTER et al., 2010).

Ababosa (*Aloe vera*) é utilizada para fins medicinais há milênios e pode ser encontrada como ingrediente em diversos produtos cosméticos e terapêuticos, principalmente devido aos seus efeitos emolientes e hidratantes. Na literatura científica há evidências conflitantes sobre a eficácia da babosa no tratamento da psoríase. O suco de folhas de *Aloe vera*, em forma de gel, parece ter efeitos anti-inflamatórios, antipruriginosos e de auxílio na cicatrização de feridas.

Indigo naturalis é uma preparação da Medicina Tradicional Chinesa, geralmente obtida a partir das espécies vegetais *Strobilanthes cusia* e *Acanthaceae*, e tem sido usada há muito tempo como terapia para psoríase e outras doenças inflamatórias. As evidências de sua eficácia são escassas, havendo apenas um estudo em que foi utilizada a pomada de índigo como terapia tópica na psoríase em placas moderadas (MALEL et al., 2019).

O açafrão-da-terra (*Curcuma longa*), conhecido também como cúrcuma, turmérico, raiz-de-sol, açafrão-da-índia e gengibre amarelo, é uma planta herbácea da família do gengibre, originária da Ásia. A cúrcuma desempenha um papel importante na Medicina Tradicional Chinesa. In vitro, a cúrcuma e seu principal ingrediente ativo a curcumina apresentam propriedades antiinflamatórias, antimicrobianas e antioxidantes. Estudos laboratoriais e clínicos investigaram o potencial terapêutico da curcumina na psoríase. A

curcumina pode ser útil no tratamento da psoríase por meio do mecanismo de inibição de citocinas pró-inflamatórias, como IL-17 e TNF- α , bem como da melhoria da barreira epidérmica induzindo a expressão de involucrina e filagrina in vitro (HOFFMANN et al., 2020). No entanto, estudos randomizados controlados não foram realizados.

2.4 Rosácea

As diferentes formas clínicas da rosácea incluem uma variante eritematosa, papulopustulosa e telangiectásica. Uma recente revisão sistemática analisou a eficácia dos medicamentos fitoterápicos para o tratamento da rosácea. Várias espécies botânicas parecem ser promissoras para tratar os sintomas da rosácea, como a *Quassia amara* e a *Chrysanthellum indicum*, mas há poucos estudos metodologicamente rigorosos. Alguns efeitos relatados são a redução do eritema facial e a contagem de pápulas e pústulas causadas pela rosácea. A revisão conclui que mais pesquisas são necessárias, pois a maioria dos dados é proveniente de relatos de casos e estudos pequenos.

O extrato de chá verde (*Camellia sinensis*) contém grandes quantidades de proantocianidinas oligoméricas, como epigalocatequina-3-galato (EGCG), um potente antioxidante com propriedades fotoprotetoras. Como a exposição ao sol é um fator desencadeante da rosácea, os produtos de chá verde podem ter um papel terapêutico relevante por meio de seus efeitos fotoprotetores (HOFFMANN et al., 2020).

2.5 Vitílico

Desde o Egito Antigo há relatos do uso de plantas medicinais para o tratamento do vitílico. Eram utilizados extratos da planta de *Ammi Majus*, seguido pela exposição ao sol, o que serviu como base para a posterior utilização do princípio da fotoquimioterapia para o vitílico (VIANA; GEREMIAS, 2006).

Tem sido proposto na literatura o uso oral ou tópico de extrato de *Polypodium leucotomos* para o tratamento do vitílico, uma vez que essa planta apresenta propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e imunomoduladoras in vitro (VIANA; GEREMIAS, 2006).

Ginkgo biloba é uma planta medicinal originária da Medicina Tradicional Chinesa que inibe a progressão da doença e aumenta a repigmentação no vitílico. Os benefícios observados são devidos à atividade anti-inflamatória, antioxidante e ansiolítica dos flavonoides e tri lactonas terpênicas presentes nas folhas. Um efeito colateral comum é o desconforto gastrointestinal. Também há relatos de hemorragia e aumento do tempo de sangramento (MALEŁ et al., 2019).

O uso popular de plantas para fins medicinais tem sido uma prática comum entre portadores de vitílico, muito embora esteja pautada em conhecimento tradicional, sem evidências científicas. Dentre as plantas utilizadas pode-se citar a espirradeira ou oleandro (*Nerium oleander*), que pode ser administrada na forma de chá ou de uso tópico. A casca

da raiz do *Brosimum gaudichaudii*, conhecida como mama-cadela, também tem sido popularmente utilizada por portadores de vitiligo. O uso tópico e oral de extratos das flores de *Pyrostegia venusta* (flor-de-são-joão, cipó-de-são-joão) também tem sido descrito como uso popular para o tratamento desta dermatose (VIANA; GEREMIAS, 2006). Apesar do seu uso frequente, especialmente na população brasileira, faltam evidências científicas que comprovem sua eficácia.

2.6 Prurido

O prurido é o sintoma mais comum nas doenças dermatológicas, e também pode ser manifestação de doenças sistêmicas e transtornos mentais. O tratamento do prurido inclui em geral a utilização de hidratantes, anti-histamínicos e o tratamento da doença de base. Algumas plantas medicinais podem ser benéficas como adjuvantes no tratamento do prurido por apresentarem ações antipruriginosas e calmantes.

A cânfora (*Cinnamomum camphora*) tem ação antipruriginosa, podendo ser adicionada a loções ou cremes. O mentol, ou 5-metil-2-isopropil ciclo-hexanol, é um álcool terpênico monocíclico derivado da hortelã japonesa (*Mentha arvensis*). Tem propriedades antissépticas, calmantes e refrescantes. Loções e cremes geralmente contêm 1–5% do óleo essencial (SHENEFELT, 2011).

A hortelã-pimenta (*Mentha piperita*) é muito utilizada como aromatizante em inúmeros produtos cosméticos, de higiene pessoal, em produtos alimentares e farmacêuticos. Em preparações tópicas esta planta é analgésica, alivia o prurido e a inflamação, devido a presença de um óleo essencial rico em terpenóides. O composto predominante neste óleo é o mentol. O efeito antisséptico da *Mentha piperita* resulta da capacidade de efetuar danos nas membranas de muitas bactérias e fungos que podem provocar infecções cutâneas (VAZ, 2014).

2.7 Infecções Bacterianas

Numerosos compostos botânicos exibem atividades antimicrobianas *in vitro* contra bactérias com relevância dermatológica. Em geral os compostos botânicos antimicrobianos são usados de maneira adjuvante ou em casos leves de infecções bacterianas. Por exemplo, o óleo de melaleuca (*M. alternifolia*), mencionado anteriormente na terapia tópica de acne, funciona como um antisséptico tópico com atividade antimicrobiana de amplo espectro *in vitro* contra bactérias Gram-negativas, como *Escherichia coli*, bactérias Gram-positivas, como *Staphylococcus aureus*, e também contra a levedura *Candida albicans* (REUTER *et al.*, 2010). O óleo essencial extraído das folhas da melaleuca possui um longo histórico de utilização como um agente tópico antisséptico e no controle das infecções em feridas. Como tem ganhado popularidade, é encontrado incorporado em inúmeros produtos farmacêuticos e cosméticos.

A hiperforina é um composto importante encontrado no hipérico (*Hypericum perforatum*), altamente eficaz contra bactérias Gram-positivas, incluindo cepas de *S. aureus* multirresistentes (REUTER *et al.*, 2010). O hipérico é utilizado em todo o mundo, principalmente na Europa, como fitoterápico com propriedades antidepressivas. É conhecido em alguns locais como “erva-de-são-joão”, e pode causar reação tóxica, não devendo ser confundido com outra planta conhecida no Brasil com o mesmo nome de erva-de-são-joão, e que é também utilizada como fitoterápico, podendo também ser chamada de mentrasto (*Ageratum conyzoides*) (REIS, 2010).

O óleo de coentro (*Coriandrum sativum*) é outro agente tópico derivado de plantas com eficácia antibacteriana e boa tolerância (REUTER *et al.*, 2010).

2.8 Infecções Fúngicas

Numerosos produtos botânicos, especialmente óleos essenciais, exibem atividades antifúngicas *in vitro*. O óleo de melaleuca (*M. alternifolia*), por exemplo, mostrou atividade *in vitro* contra uma ampla variedade de fungos, incluindo *Candida albicans*, *Trichophyton mentagrophytes* e *Trichophyton rubrum*.

Outra planta antifúngica tradicional é o alho (*Allium sativum*). O alho contém um ingrediente biologicamente ativo chamado ajoene, que demonstrou ter propriedades antifúngicas (REUTER *et al.*, 2010).

2.9 Feridas e Úlceras

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico, complexo e que requer uma atenção especial do profissional de saúde, sendo uma queixa frequente na população. É imprescindível para o acompanhamento dessas feridas avaliar a etiologia, a localização, o tamanho, a profundidade, a presença de infecção, as características do tecido (granulação, epitelização, necrose, esfacelo, crosta); o aspecto do exsudato; o odor; a presença de edema; e os aspectos da pele ao redor da lesão (hidratada, ressecada, descamativa, macerada, hiperpigmentada, fibrótica) (DE ANDRADE MORENO, 2017). Além do tratamento convencional das feridas, os portadores de feridas e úlceras crônicas recorrem com frequência também aos tratamentos alternativos e caseiros com a utilização de extratos de plantas.

A *Centella asiatica* tem sido utilizada para diversos fins, que vão desde o tratamento de doenças cutâneas aos tratamentos da insuficiência venosa e de alterações da memória. Contudo, o uso mais comum desta planta em Dermatologia é no tratamento de feridas e úlceras, por ela ser promotora da cicatrização. Também é utilizada no tratamento de queimaduras. Seus compostos ainda tem potencial para serem usados na melhora dos sinais de envelhecimento da pele, e da hipertrofia de cicatrizes.

A *Hamamelis virginiana* é uma fonte importante de compostos fenólicos e por isso tem grande potencial como planta medicinal na Dermatologia. As suas cascas e folhas contêm taninos, compostos com propriedades adstringentes e antioxidantes. Por este motivo, a *Hamamelis virginiana* é usada no tratamento de transtornos circulatórios, como varizes. Mas seu uso também tem se expandido no tratamento de feridas e úlceras (VAZ, 2014).

O confrei (*Symphytum officinale*) é utilizado tradicionalmente no tratamento de diversas afecções da pele, incluindo as feridas e as queimaduras. Suas propriedades anti-inflamatórias parecem justificar seu uso no tratamento da psoríase. As mucilagens presentes nesta planta apresentam propriedades hidratantes, emolientes e anti-inflamatórias. O seu uso no tratamento das feridas e úlceras deve-se também à presença, nos extratos das suas raízes, da alantoína, que possui efeito na cicatrização e reepitelização.

A babosa (*Aloe vera*) apresenta benefícios relatados na literatura no tratamento de feridas e de queimaduras. A composição desta planta rica em mucilagens possui a característica de formar um gel que retém água e proporciona uma ação hidratante e protetora do tecido cutâneo. O gel de aloe vera é usado em várias afecções dermatológicas como queimaduras, feridas, eczemas e psoríase (VAZ, 2014).

Outras plantas medicinais amplamente utilizadas na cultura popular no tratamento de feridas são a camomila (*Matricaria chamomilla*), a calêndula (*Calendula officinalis*) e a arnica (*Arnica montana*), todos aplicados topicalmente.

Extratos aquosos (chás) de camomila ou calêndula são tradicionalmente usados na forma de banhos ou compressas úmidas. A calêndula (*Calendula officinalis*) tem sido usada topicalmente há séculos para o tratamento de feridas, úlceras, queimaduras, furúnculos, herpes zóster e varizes. A calêndula também é amplamente utilizada como tratamento tópico para dermatite das fraldas e outras inflamações cutâneas leves. Os efeitos antiinflamatórios da calêndula são atribuídos à presença de triterpenóides (VAZ, 2014).

A arnica tem sido usada há muito tempo como um medicamento anti-inflamatório para aplicação tópica sobre músculos e articulações, hematomas, picadas de insetos, furúnculos, gengivites, acne e hemorróidas. A arnica não deve ser aplicada em feridas abertas mas é muito utilizada no tratamento de equimoses e hematomas (REUTER *et al.*, 2010).

3I EFEITOS ADVERSOS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

A grande diversidade de plantas e ervas medicinais faz com que suas propriedades, efeitos tóxicos e segurança sejam extremamente variáveis.

Diversas reações cutâneas causadas por preparações à base de plantas são descritas, sendo o efeito adverso cutâneo mais comum a dermatite alérgica de contato. No entanto, já foram relatadas outras apresentações como as erupções liquenoides, a

síndrome de Sweet e a urticária, incluindo algumas reações cutâneas mais graves, como a Síndrome de Stevens-Johnson e a eritrodermia esfoliativa.

Diversas espécies de plantas produzem substâncias conhecidas como furocumarinas, que, em contato com a pele, causam reações fototóxicas após estímulo da luz ultravioleta. Essas reações são conhecidas como fitofotodermatoses. Geralmente, surgem dentro das 24 horas seguintes e caracterizam-se por eritema, similar a uma queimadura, eventualmente com formação de bolhas, dependendo da intensidade da reação. A característica principal das fitofotodermatoses é a pigmentação pós-inflamatória que pode durar várias semanas (REIS, 2010). Este quadro ocorre com frequência após contato com frutas cítricas, como o limão-galego (*Citrus limonia*), o limão Taiti (*Citrus medica*), a tangerina ou mexerica (*Citrus reticulata* ou *Citrus nobilis*), a laranja (*Citrus sinensis*), mas também pode ocorrer por contato com outras plantas, incluindo plantas utilizadas pela população com fins medicinais, como a arruda (*Ruta graveolens*), o picão (*Bidens pilosa*) e o mussambê de espinho (*Cleome spinosa*) (REIS, 2010).

Os frutos da *Psoralea corylifolia* têm sido usados há muito tempo na medicina chinesa para o tratamento de vitílico e alopecia areata. No entanto, sua quantidade alta e extremamente variável de psoralenos fotossensibilizantes pode causar quadros graves de fitofotodermatoses. A mama-cadela ou inharé (*Brosimum gaudichaudii*), que já foi empregada por muito tempo no tratamento de vitílico, tanto por via tópica quanto por via oral, também pode causar reações fototóxicas graves.

Muitas dermatites e reações alérgicas são causadas por tratamentos de aromaterapia, que envolvem o uso de óleos essenciais concentrados. Como exemplo, podem-se citar os efeitos alergênicos da cânfora e de misturas contendo óleos de lavanda e jasmim.

Aroeira é o nome popular de um grupo de árvores da família Anacardiaceae. Dentre as aroeiras, as espécies *Lithraea molleoides* (aroeira-brava ou aroeira-branca), *Lithraea brasiliensis* (aroeira-brava ou branca), *Schinus terebinthifolius* (aroeira-vermelha), *Astronium fraxinifolium* (aroeira-preta, aroeira-do-campo), *Schinus molle* (aroeira-salso) e *Myracrodrodon urundeuva* (aroeira-do-sertão) têm grande potencial de causar dermatite de contato. A aroeira contém várias substâncias alergênicas, dentre as quais a mais importante pertence à classe dos urushioides. Os urushioides são liberados após traumatismos na planta ou se espalham espontaneamente por meio de aerossóis oleosos. Os alérgenos presentes em gotículas no ar inicialmente causam dermatite eczematosa aguda. É comum as pessoas que vivem em áreas rurais citarem a associação entre dormir ou descansar sob essas árvores e o surgimento da dermatite (MARGATOI, 2019).

Apesar de seu alto potencial de sensibilização, aroeiras são frequentemente utilizadas na medicina popular, por suas propriedades anti-inflamatórias, no tratamento de várias dermatoses e na cicatrização de feridas. É utilizado principalmente na forma de banhos. Dentre as espécies de aroeira, a aroeira-brava (*Lithraea molleoides*) parece ser a responsável pelas reações mais graves.

Aerupção apresenta-se inicialmente como um eczema agudo típico, com vesiculação, exsudação, prurido e crostas e, posteriormente, manifesta-se por placas eritemato-

descamativas ou hipercrônicas (MARGATOI, 2019). Por ser semelhante a um quadro de eczema fotoalérgico, essa reação é, muitas vezes, confundida com fotossensibilização ou fototoxicidade (REIS, 2010). Em alguns pacientes pode haver agravamento e evolução para quadro de eritrodermia esfoliativa.

O uso tópico de plantas medicinais também pode causar efeitos adversos sistêmicos, sendo os mais comuns os efeitos hepatotóxicos. Embora a maioria dos casos seja leve, há relatos de pacientes com insuficiência hepática aguda, que pode levar à morte. Também há relatos de insuficiência renal e agranulocitose.

Existem muitas interações medicamentosas possíveis entre ervas e plantas medicinais e medicamentos alopáticos. É crucial colher informações sobre quais plantas ou ervas, suplementos e outros medicamentos os pacientes estão tomando ou aplicando na pele e checar todas as possíveis interações.

Algumas ervas e plantas de uso sistêmico podem afetar a coagulação sanguínea. Várias ervas medicinais contêm cumarina, salicilato ou outras substâncias inibidoras de plaquetas que podem aumentar o risco de sangramento. Algumas plantas contendo cumarinas incluem danshen (*Salvia miltiorrhiza*), dong quai (*Angelica sinensis*), casca de castanha da Índia (*Aesculus hippocastanum*). Plantas contendo salicilato incluem casca de bétula (*Betula spp.*) e casca de salgueiro (*Salix spp.*) Outros inibidores da função plaquetária incluem pimenta caiena (*C. frutescens*), alho (*A. sativum*), gengibre (*Zingiber officinale*), ginkgo (*G. biloba*), ginseng (*Panax ginseng*), cebola (*A. cepa*), papaína (*Carica papaya*) e açafrão (*C. longa*) (SHENEFELT, 2011).

Comparadas com os medicamentos convencionais, muitos pacientes acreditam que plantas medicinais e fitoterápicos são menos tóxicas e mais seguras, estando livres de efeitos colaterais. Isto, entretanto, não é verdade. A toxicidade de plantas medicinais é um problema sério de saúde pública. As pesquisas realizadas para avaliação do uso seguro de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil ainda são incipientes, assim como o controle da comercialização pelos órgãos oficiais em feiras livres, mercados públicos ou lojas de

produtos naturais (VEIGA JUNIOR *et al.*, 2005). É importante que os profissionais de saúde estejam cientes desses possíveis efeitos colaterais, incluindo os dermatológicos, já que qualquer erva ou planta medicinal pode potencialmente ser a causa de uma reação adversa cutânea ou sistêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora venham sendo utilizadas no tratamento de doenças dermatológicas há milhares de anos, as plantas e ervas medicinais têm se tornando cada vez mais populares entre pacientes e profissionais de saúde. Atualmente, a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos é uma prática mundialmente disseminada, sendo encorajada pela Organização Mundial de Saúde, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares,

oferecendo aos usuários do SUS, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a inclusão desta prática, ampliando as opções terapêuticas ofertadas à população.

Neste capítulo revisamos algumas das principais plantas medicinais que já foram investigadas em estudos na literatura científica, bem como as ervas mais comuns de uso popular que se mostraram potencialmente úteis no tratamento de doenças dermatológicas. Ressaltamos também que os produtos de origem botânica podem causar uma variedade de efeitos cutâneos adversos e são responsáveis por um grande número de casos de dermatite de contato alérgica.

São necessários mais estudos que comprovem a eficácia da maioria das plantas e ervas medicinais, que mostram grande potencial como alternativas mais seguras, de boa qualidade e eficazes para os medicamentos alopáticos convencionais. Faz-se também necessária a qualificação dos profissionais que atuam na área da saúde a fim de capacitá-los a dar as melhores respostas para esta demanda crescente.

Há que se ressaltar que, no cenário da APS, a qualificação da equipe de saúde significa além do domínio técnico sobre as plantas medicinais no tratamento e prevenção de algumas dermatoses e, em relação a efeitos adversos dermatológicos decorrente do uso algumas plantas, a competência cultural deve ser considerada no sentido de saber acolher os usuários em suas necessidades e demandas com valorização do saber popular sobre essa temática e de ter habilidade de interagir e dialogar com os usuários que residem nos diferentes territórios e que, muitas vezes, têm no histórico familiar a prática do uso de plantas medicinais nas diferentes ciclos vida, o que merece ser explorado tendo em vista a oportunidade de troca entre o conhecimento científico e o saber popular o que favorece o cuidado e o autocuidado em saúde.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DE APRENDIZAGEM

1) Paciente apresenta eritema, edema, vesículas, crostas e descamação generalizados, associado a prurido intenso, após ter realizado “banho de erva”. A planta provavelmente envolvida foi:

- a. Aroeira (*Lithraea molleoides*)
- b. Cânfora (*Cinnamomum camphora*)
- c. Chá verde (*Camellia sinensis*)
- d. Camomila (*Matricaria chamomilla*)

2) O menthol, derivado da hortelã japonesa (*Mentha arvensis*) é usado na Dermatologia principalmente como:

- a. Antifúngico
- b. Antipruriginoso
- c. Despigmentante
- d. Fotoprotetor

3) Ginkgo biloba é uma planta medicinal originária da Medicina Tradicional Chinesa que vem sendo utilizada como tratamento adjuvante do vitiligo. Seu uso, no entanto, não é isento de efeitos adversos, podendo estar associado a:

- a. Eritrodermia esfoliativa
- b. Aumento no risco de infecções
- c. Aumento no risco de sangramento
- d. Fototoxicidade

4) São causas de fitofotodermatite, EXCETO:

- a. Limão Taiti (*Citrus medica*)
- b. Picão (*Bidens pilosa*)
- c. Arruda (*Ruta graveolens*)
- d. Chá verde (*Camellia sinensis*)

5) São propriedades do óleo de melaleuca (*Melaleuca alternifolia*), EXCETO:

- a. Anti-inflamatória
- b. Queratolítica
- c. Antibacteriana
- d. Antifúngica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DA SILVA, Ana Margarida Ferreira; DA COSTA, Francisco Pinto; MOREIRA, Margarida. Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 9, n. 30, p. 54-63, 2014.

DE ANDRADE MORENO, Wérica; DA GLÓRIA DUTRA, Maria; RODRIGUES, Adelmo Martins. TRATAMENTO DE FERIDA COM PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: **IV Congresso Interdisciplinar da Faculdade Evangélica de Goianésia: Responsabilidade, Ciência e Ética**, 2017, Goianésia. V Congresso de Iniciação Científica, 2017.

FLORES, Daiane Lopes. **PLANTAS MEDICINAIS USADAS PARA TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE: REVISÃO DE LITERATURA**. 2016. TCC (Especialização) - Curso de Cuidado Integral Com A Pele no Âmbito da Atenção Básica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174262>. Acesso em: 06 jul. 2021.

HOFFMANN, Julia; GENDRISCH, Fabian; SCHEMPP, Christoph Mathis; WÖLFLE, Ute. New Herbal Biomedicines for the Topical Treatment Dermatological Disorders. **Biomedicines**, v. 8, n. 2, p. 27, 8 fev. 2020.

MARGATOI, Danielle Patrícia Borges et al. Dermatites de contato causadas por aroeiras (Anacardiaceae) no estado de São Paulo, Brasil. **REVISTA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**, v 24, n 4 p. 153, 2019.

MALEŁ, Źeljanet et al. Application Of medicinal plants in several dermatovenerologica entities. **Acta Pharmaceutica**, v. 69, n. 4, p. 525-531, 21 out. 2019.

PINTO, Evanilson Gomes et al. A FITOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PELE: um estudo bibliográfico.

Revista Biodiversidade, Ufmt, v. 19, n. 3, p. 188-197, jun. 2020.

REIS, Vitor Manoel Silva dos. Dermatoses provocadas por plantas (fitodermatoses). **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 4, p. 479-489, 2010.

REUTER, Juliane; MERFORT, Irmgard; SCHEMPP, Christoph M. Botanicals in dermatology. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 11, n. 4, p. 247-267, 2010.

REUTER, Juliane et al. Which Plant for which skin disease? Part 1: atopic dermatitis, psoriasis, acne, condyloma and herpes simplex. **Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, v. 8, n. 10, p. 788-796, 5 ago. 2010.

SHENEFELT, Philip D. Herbal Treatment for Dermatologic Disorders. In: **Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects**. 2. ed. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis, 2011.

TORRES, Tiago et al. Abordagem do Doente com Psoríase pela Medicina Geral e Familiar. **Acta Médica Portuguesa**, v. 33, n. 13, 6 jan. 2020.

VAZ, Inês Fernandes da Silva. **PRINCIPAIS PLANTAS EM DERMATOLOGIA**. 2014. 80 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade do Algarve, Algarve, 2014.

VEIGA JUNIOR, Valdir F.; PINTO, Angelo C.; MACIEL, Maria Aparecida M.. Plantas medicinais: cura segura? **Química Nova**, v. 28, n. 3, p. 519-528, jun. 2005.

VIANA, Elizabete; GEREMIAS, Reginaldo. A CARACTERIZAÇÃO DO VITILIGO E O USO DE PLANTAS PARA O SEU TRATAMENTO. **Revista de Iniciação Científica da Unesc**, Santa Catarina, v. 4, n. 1, p. 9-18, jan. 2006.

ZENI, Ana Lúcia Bertarello et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. [Acessado 11 Setembro 2021], pp. 2703-2712. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015>.

PARTE II

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

CAPÍTULO 11

JARDIM MEDICINAL ESPAÇO DE SABER E FAZER

Data de aceite: 01/03/2023

Yara de Oliveira de Britto

Mayra Gabriela Machado de Souza

Joana Moscoso Teixeira de Mendonça

Cynthia Dreyer Augusto Simões

Paula Almeida

RESUMO: A coleção de plantas medicinais em jardins botânicos e os espaços de saúde institucionais se colocam como ambientes propícios para discussões sobre questões que afetam a vida. Este capítulo tem como objetivo apresentar como a coleção de Plantas Medicinais do Jardim Botânico do Rio de Janeiro (JBRJ) se tornou um cenário de vivências, trocas afetivas, e de confronto e articulação de saberes, possibilitando o surgimento de novos olhares sobre a realidade e fazeres em saúde. Os aspectos centrais abordados neste relato de experiência são: a transdisciplinaridade na formação do acervo de medicinais herbáceas do JBRJ; a atuação do grupo “Semear Plantas Medicinais” em uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família, e o reforço dos atributos derivativos da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da parceria de uma

Unidade Básica de Saúde com o Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro que dispõe de uma Coleção Viva de Plantas Medicinais do JBRJ; a Atenção Plena, a Horticultura Terapia, e a troca de saberes sobre Plantas Medicinais como tríplice constitutiva do Grupo Semear; os benefícios da participação no grupo e das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A guisa de considerações finais percebe-se que coleções e jardins medicinais em parcerias com grupos de PICS conduzidos na APS podem se tornar lugar de experiência e aprendizagem, favorecendo mudanças concretas do modo de produzir saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas Medicinais, Prática de Grupo, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The collection of medicinal plants in botanical gardens and institutional health spaces are propitious environments for discussions on issues that affect life. This chapter aims to present how the collection of Medicinal Plants of the Botanical Garden of Rio de Janeiro (JBRJ) became a scenario of experiences, affective exchanges, and of confrontation and articulation of knowledge, enabling the emergence of new perspectives

on reality and doings in health. The central aspects addressed in this experience report are: the transdisciplinarity in the formation of the JBRJ herbaceous medicinal collection; the performance of the group “Semear Medicinal Plants” in a Unit of the Family Health Strategy, and the reinforcement of the derivative attributes of Primary Health Care (PHC) through the partnership of a Basic Health Unit with the Jardim Botânico Research Institute from Rio de Janeiro, which has a Living Collection of Medicinal Plants from the JBRJ; Full Attention, Horticulture Therapy, and the exchange of knowledge about Medicinal Plants as a triple constituent of Grupo Semear; the benefits of participation in the group and of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS). As final considerations, it is clear that collections and medicinal gardens in partnership with PICS groups conducted in PHC can become a place of experience and learning, favoring concrete changes in the way of producing health.

KEYWORDS: Medicinal Plants, GroupPractice, Primary Health Care.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Vislumbrar a experiência exitosa de parceria interinstitucional entre um Centro Municipal de Saúde e o Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro, que dispõe de uma coleção de Plantas Medicinais;
- 2) Identificar de que forma esta prática colaborativa reforça, por meio de uma coleção de Plantas Medicinais, a aplicação dos atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família;
- 3) Perceber como uma coleção de plantas medicinais pode ser um espaço de aprendizado transdisciplinar;
- 4) Identificar os benefícios produzidos pela atuação de um grupo de PICS na Atenção Primária à Saúde.

II CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A experiência na condução da coleção de plantas medicinais do Instituto de Pesquisas do Jardim Botânico do Rio de Janeiro (JBRJ), a observação ostensiva e o desenvolvimento de atividades evidenciaram o potencial da coleção medicinal como lugar de experiência, que permite trabalhar com uma diversidade de grupos: o público em geral, grupos comunitários, de saber popular, da comunidade científica na área da medicina, da farmácia, da biologia, da etnobotânica, da botânica econômica, da educação ambiental e da divulgação científica.

Jardins e herbários constituem o lugar em que determinados seres são organizados, lado a lado, segundo critérios ou traços comuns de forma a articular o visível e o discurso sobre este. Como afirma Foucault (2007, p. 181), a história natural tem a tarefa de “conduzir a linguagem o mais próximo possível ao olhar e, as coisas olhadas, o mais próximo possível das palavras”. A história natural não é nada mais que a nomeação do visível”. Contudo, para o autor, os jardins nada mais são que o “livro ordenado das estruturas, o espaço onde

se combinam os caracteres e onde se desdobram as classificações" (FOUCAULT, 2007, p. 189).

Dentre as coleções de um jardim botânico, a categorizada como coleção temática de plantas medicinais se destaca pelas singularidades que manifestam. Apresentam versatilidade de usos, apropriações, grande potencial de comunicação com o público e permitem trabalhar temas transversais (BRITTO, 2006, p.17). As características atribuídas pela ciência a este grupo de plantas, categorizando-as como medicinais, constituem também uma atribuição da tradição popular no seu uso cotidiano. Transcendem os aspectos biológicos, envolvem saberes de diferentes disciplinas e atravessam suas fronteiras, ancorando, muitas vezes, na transdisciplinaridade.

A partir da década de 1960 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece as práticas tradicionais e o uso de plantas medicinais em processo de saúde, questões como pobreza e degradação ambiental (BROWN et al., 2006, p. 631; OMS, 1978, p. 92) jardins

botânicos tornam-se colaboradores pelos programas de conservação da biodiversidade. Plantas medicinais passam então a figurar como tema em grupos de estudo, encontros, mesas redondas, simpósios e seus reflexos se fazem sentir nas instituições brasileiras, dentre elas o JBRJ. Este capítulo tem como objetivo apresentar como a coleção de Plantas Medicinais do Jardim Botânico do Rio de Janeiro (JBRJ) se tornou espaço de vivências, trocas afetivas, e de confronto e articulação de saberes, possibilitando o surgimento de novos olhares sobre a realidade e fazeres em saúde.

2 | NASCE UMA ESTRELA

Após contatos estabelecidos com jardins botânicos internacionais, nacionais e a estreita relação com a Universidade Federal Fluminense (UFF), o JBRJ dá início ao acervo de medicinais herbáceas. Em seus dez anos iniciais, a coleção teve como objetivo estimular a discussão sobre o uso de plantas nos processos terapêuticos por intermédio de palestras, cursos, programa de estágios, treinamento de universitários, doação de matrizes e transferência de tecnologia para a implantação de núcleos de representação e produção de plantas medicinais. Colaboraram desta forma para formar hortas medicinais em várias instituições: hospital Rafael de Paula de Souza, Fazenda Modelo, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Município de Duque de Caxias, além do treinamento de extensionistas da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), que objetivava estimular produção de plantas medicinais nos municípios de Quatis, Volta Redonda, Bom Jardim, dentre outros (BRITTO, 2006, p. 75).

2.1 Trocando de traje

Em 2005, com apoio da iniciativa privada foi possível empreender uma proposta conceitual arrojada, que, além de contemplar os objetivos da missão institucional, atravessou fronteiras da representatividade biológica, contemplando componentes socioculturais e de responsabilidade social da instituição com seu público. A consciência da natureza plural e transversal desta temática conduziria inexoravelmente a pensar na formação de um grupo multidisciplinar para discutir as novas propostas de trabalho. As questões pertinentes aos jardins botânicos e coleções foram ancorados nas publicações de Hamann (1991), Heywood (1990), Honig (2005), IBAMA (1999), Leadlay (1999), Lethlean (2005) e Normas Internacionais para Jardins Botânicos (HEILBRON, 2004).

Os limites do território de conhecimento sobre as plantas medicinais exigiam diferentes perspectivas como forma de suprir uma nova disciplina que não se encontra no mapa dos saberes (POMBO, 2003). Neste sentido, conforme a definição de Pombo (2003, p. 5): “quando se ultrapassa essa dimensão do paralelismo, do pôr em conjunto de forma coordenada, e se avança no sentido de uma combinação, de uma convergência, de uma complementaridade, nos coloca no terreno intermédio da interdisciplinaridade”.

O grupo contou com a colaboração de profissionais de saúde, rezadeiras, benzedeiras e “prescritoras informais” da comunidade do Município de Mesquita, RJ, para encontrar uma palavra que evidenciasse a pluralidade deste tema. A diversidade, então, se configurava como um ponto comum, o fio condutor que tece a trama desta colcha de retalhos denominada planta medicinal.

Para reestruturar a coleção foi ministrado um curso de jardinagem focado no manejo de plantas medicinais a adolescentes de áreas de vulnerabilidade social e econômica do Museu da República e JBRJ. Estes aprendizes propiciaram uma rica troca de experiências, expressando a relação estabelecida com as plantas advindas do uso para cura de doenças ou da tradição oral passada pelos familiares. A comunidade ampliada de pares contribuiu ainda para subsidiar outras etapas do projeto, reforçou a concepção da coleção como um museu a céu aberto e a escolha do ordenamento das espécies pela atuação no corpo. Foi possível reconhecer ainda que o corpo figurava como *locus communis* a todos os grupos independentemente da faixa etária e nível de escolaridade, além de funcionar como espaço de experimentação.

Desta forma, nos encontramos em um cruzamento de fronteiras, na transdisciplinaridade, estabelecendo uma ponte que permite estudar “fenômenos que se situam **fora e além** do âmbito das disciplinas existentes” (SANTOS, 2005). Esta abordagem metodológica foi priorizada em função de suas características de complementaridade de saberes, pela confrontação e articulação destes, possibilitando o surgimento de novos olhares sobre a realidade.

Para a concepção da proposta conceitual e a abordagem museográfica da exposição, recorreu-se ao trabalho de Van Praet, Davallon e Jacobi (2005, p.351), em razão da analogia

feita por esses autores entre museus de História Natural e Jardins Botânicos, tendo estes como característica especial a potencialidade de trabalhar “com espécimes vivos”, ou o que o foram, seu papel na distinção entre ‘real’ e ‘virtual’”.

Desta forma, a planta viva como objeto real permitiu enfatizar quais espécies vegetais “são objetos de conhecimento, de domesticação e uso, fonte de inspiração para mitos e rituais das sociedades tradicionais e, finalmente, mercadoria nas sociedades modernas” (DIEGUES, 2001, p. 1). Neste sentido, a proposta da coleção de plantas medicinais de abordar ambos os conhecimentos, como integrantes de um mesmo ciclo de produção encontra-se inserida nas discussões atuais da ciência e possibilita a construção e ampliação de um “espaço intermediário”, no qual ciência e tradição se encontram e dialogam acerca dos saberes constituídos (BRITTO; ROCHA, 2010).

O uso de múltiplas linguagens atraiu o público e o espaço tornou-se cenário apropriado para o atendimento a escolas, universidades e grupos interessados nesta temática.

2.2 Novos horizontes, novos perfis: a reestruturação em 2010

O patrocínio do Herbarium Laboratório Botânico propiciou a implantação da nova proposta de exposição, que contemplasse o novo momento da fitoterapia com a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ao serviço de saúde. Denominada “Olhares e Saberes Diversos”, a exposição apresentava um novo *layout* do espaço e dos suportes expositivos. Seu título sintetizava o propósito de evidenciar os possíveis arranjos classificatórios, transpondo as fronteiras da ciência, uma vez que essa temática envolve, em sua construção, representações culturais. Atendia assim, a um grande público que circulava no espaço e contava com um programa de ações complementares por meio de cursos, seminários, rodas de conversa, atendimento a escolas e universidades e participação em atividades de outras instituições.

Foi iniciada uma sequência abrangente de cursos: Plantas medicinais, (objetivando despertar o interesse sobre esta possibilidade terapêutica); Arte e sabores (curso de gastronomia de comida viva usando plantas medicinais); Aprendiz de naturalista (ampliar a capacidade de observar e registrar elementos da natureza). Seminários mensais foram promovidos tendo como tema central a contribuição de negros, índios e brancos ao arsenal terapêutico, ressaltando a participação significativa de afrodescendentes e pessoas vinculadas à matriz africana. Em contraposição, a contribuição indígena foi marcada pela presença de alunos de graduação e o tema naturalistas e as plantas medicinais brasileiras foi marcado pela presença de mestrandos e doutorandos.

Ocorreram ainda rodas de conversa tais como a do grupo de moradores da comunidade Pavão Pavãozinho e dos agentes de saúde do grupo, liderado pelo Dr. Vitor Pordeus, e outras ações que envolveram profissionais do Programa de Residência em

Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro e do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues (CMSPCR). As relações com o CMSPCR foram retomadas posteriormente por meio das Dras. Mayra Machado e Joana Moscoso, que buscavam dar suporte técnico para implantar um jardim de medicinais envolvendo um grupo de pacientes como uma das possibilidades de cuidado em saúde.

Vale destacar a potência da parceria estabelecida entre uma Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro e a coleção de Plantas Medicinais, por intermédio do JBRJ, à luz do cuidado integral, por desenvolver os atributos derivativos da APS, tais como: abordagem familiar e comunitária e a competência cultural. A constituição transdisciplinar dos saberes que compõem uma coleção medicinal considera e reforça a importância da tradição ancestral e familiar. Ao entrar em contato com essa diversidade cultural sintetizada no uso de cada planta segundo cada tradição, o visitante da coleção encontra uma oportunidade de vivenciar e aprender com uma tradição oral, e experimentar, na prática, essa transmissão diversa de saberes.

Dessa forma, com o objetivo de estimular práticas que fortaleçam as PICS na Atenção Primária à Saúde (APS), e de reforçar a riqueza de parcerias interinstitucionais por intermédio das coleções de plantas medicinais, encontra-se, a seguir, o relato de experiência do grupo Semear Plantas Medicinais. É importante notar que a experiência relatada foi vivenciada também por alunos da graduação de Medicina, tendo contribuído imensamente com o olhar dos estudantes para as distintas formas de produzir saúde.

2.3 Grupo Semear Plantas Medicinais: praticando medicina à beira da horta

Abusca por modos diferentes de fazer saúde, atrelada a um caráter desmedicalizante, tem ressaltado o poder das práticas e saberes populares (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012, p. 443).

Para explicar o retorno de medicinas centradas na concepção de força, ou dinamismo vital, a partir da segunda metade do século XX, Madel Luz (2019, p.28) em seu livro Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna, afirma:

A pós-modernidade põe em questão, a partir do domínio do social, isto é, da sociedade, dos seres humanos crescentemente adoecidos, uma racionalidade médica objetiva, que se ocupa de diagnoses de patologias e suas técnicas em evolução contínua, mas que não os curam. Torna-os adictos de drogas farmacêuticas e de exames diagnósticos, esses também evolutivos, mas mostra-se incapaz de liberá-los das patologias de que são vítimas. Saberes terapêuticos tradicionais, assim como outras racionalidades médicas, orientais ou ocidentais, antigas ou modernas, ocupam esse espaço social em crise com aparente sucesso.

No Brasil, em 2006, a luta se consolidou com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS). No cuidado à saúde, o panorama das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

(PICS) tem traçado caminhos firmes na busca de redução do sofrimento humano, com vasto arsenal de recursos que vão desde os diferentes tipos de psicoterapia, farmacoterapia, arteterapia e fitoterapia aos recursos da cultura/saberes populares (BRASIL, 2012; SOUZA, 2017, p. 4).

As PICS e, nesse contexto, a horticultura terapia têm grande potencial transformador para facilitar o trabalho sobre as relações familiares e sociais, a exploração dos vínculos terapêuticos e o uso de recursos comunitários, além de estreitar laços com a comunidade e de resgatar a importância da sabedoria popular (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012, p. 443). Potencial este, de consistir em mais um instrumento de terapia psicossocial com o objetivo principal de envolver os usuários com a natureza para o cuidado de suas necessidades individuais (FEITOSA, 2014, p. 7).

Conforme Davis (1998), alguns benefícios da horticultura terapia são: desenvolvimento de habilidades cognitivas, de linguagem e socialização, autonomia, resolução de problemas, além do reconhecimento das próprias limitações e potencialidades. Rigotti (2007), também declara que o trabalho compartilhado dentro de um grupo de aprendizagem, de relacionamento, de compromisso e de trabalho em prol de um objetivo comum são benefícios da terapêutica com horticultura.

Por outro lado, as preparações com plantas nativas e naturalizadas são mais acessíveis. Em virtude de a população ter conhecimento sobre uso de plantas, observa-se sua utilização de espécies vegetais em pacientes com transtornos mentais comuns, tais como ansiedade e depressão (BRANDÃO; MOREIRA, 2011). Entretanto, a adequada utilização desse recurso requer a necessidade de um trabalho qualificado, de registro cultural, para a seleção, a avaliação dos princípios ativos, a manipulação e indicação ocorram de forma segura e adequada (REZENDE; COCO, 2002, p. 282).

O grupo Semear foi idealizado a partir do encontro entre uma médica de família e comunidade, com o apoio matricial em psiquiatria do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em um centro municipal de saúde (CMS), localizado na Gávea, RJ. A proposta era ofertar atividades de saúde mental extramuros para uma população adscrita, que se mostrava com alta prevalência de transtorno mental comum.

Dentre a área de abrangência do CMSPCR, encontra-se a Unidade de Proteção Ambiental do Instituto de Pesquisas Jardim Botânico. Parte deste território foi ocupado por cerca de 580 famílias de alta vulnerabilidade social, que ali se instalaram paulatinamente, formando com seu entorno o bairro denominado Horto Florestal. A tensão gerada por esta ocupação trouxe como consequência transtornos ansiosos e depressivos.

Durante as consultas de matrículamento, muitos dos pacientes relataram o apreço pela prática de horticultura. Foi a partir desta informação que surgiu o projeto de um grupo operativo (PICHON-RIVIERE, 1994) que trabalhasse com as temáticas de Educação popular em saúde, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), Atenção Plena (*Mindfulness*), Agroecologia e Educação Ambiental.

A articulação bem-sucedida entre os atores da CMS junto à Secretaria Municipal de Saúde resultou na implantação de uma área destinada à compostagem no próprio.

Fundamental foi o comprometimento entre a preceptoria (CMSPCR) e os residentes das demais equipes de estratégia de saúde da família (ESF), no sentido de encaminhar para o grupo Semear as pessoas que estivessem interessadas e apresentassem problemas leves de saúde mental. Após revisão bibliográfica e reuniões preparatórias, a metodologia foi definida. Nesta, o grupo formado tinha como principal objetivo promover as práticas de autocuidado e favorecer o diálogo entre o conhecimento popular e o conhecimento científico acerca das plantas medicinais.

O trabalho proposto deveria observar três etapas: uma prática de Atenção Plena (*Mindfulness*) aliada à partilha sobre a experiência da prática, uma roda de troca de saberes sobre as plantas medicinais, e a prática de cultivo em um Horto Medicinal a ser implantado. A prática de Atenção Plena (*Mindfulness*) promovia o estado mental de estar atento propositadamente à experiência presente. Para Baer (2008), *Mindfulness* é um traço ou estado que se refere à capacidade de adotar uma atitude de aceitação e centrada no presente a partir da própria experiência. Para a compreensão correta desta atitude cultivada nas práticas de Atenção Plena é necessária a distinção entre aceitação e resignação.

Aceitação, neste contexto, pode ser definida como uma intenção de não julgar, uma curiosidade sem julgamento, uma abertura ao desenrolar da experiência imediata sem classificar essa experiência como negativa ou positiva. Autores afirmam que *Mindfulness* é um processo cognitivo complexo, não narrativo, chamado às vezes de modo-ser, em contraposição à forma habitual de nossa vida diária, o modo-fazer. Enquanto o modo-ser está mais em contato com a experiência imediata e gera uma forma não narrativa de relacionar-se com a experiência, no modo-fazer a mente está preocupada em analisar o passado e o futuro, levando a mente a divagar continuamente, movendo-se em círculos, registrando as discrepâncias existentes entre como são as coisas e como elas deveriam ser (IBIDEM).

As práticas de Atenção Plena, repercutiram positivamente na saúde mental dos participantes, uma vez que proporcionaram mudanças na relação que eles tinham consigo mesmos. Passando a adotar, em outros momentos de suas vidas, uma forma mais direta de se relacionar com as pessoas e situações, trazendo para a rotina o hábito de serem observadores de si mesmos, e de implementarem as atitudes ali treinadas: a curiosidade, a abertura ao momento presente, a aceitação e o não-julgamento (IBIDEM).

Num segundo momento do grupo acontecia a troca de saberes sobre os benefícios das plantas medicinais e suas formas de uso seguro e adequado. Sentados em roda, os participantes traziam informações sobre uma planta previamente escolhida sendo complementadas pelas coordenadoras. Este momento mostrou-se propício para reforçar as práticas saudáveis relacionadas tanto à promoção da saúde quanto à terapêutica das diversas condições crônicas e agudas de saúde. Participantes reportavam ao grupo práticas ancestrais transmitidas oralmente, promovendo um reforço identitário.

Como afirma Madel Luz (2005, p.155):

As práticas curativas domésticas e públicas dos grupos étnicos e das populações mestiças com forte ascendente nativo são parte indissociável das formas de vida, das cosmovisões e dos sistemas de valor e de significação das culturas locais.

2.4 Depois do saber, o fazer: é hora de plantar

A terceira etapa consistia na implantação e manutenção das espécies a serem cultivadas. Para embasar tecnicamente as ações necessárias, paralelamente buscou-se apoio no território, dentre eles do JBRJ, que dispunha de uma coleção viva de plantas medicinais já consolidada pela curadora da coleção Yara Britto, viabilizando o apoio técnico-científico sobre cultivo, matrizes de plantas, bem como o uso terapêutico adequado e seguro. Sob a mediação das coordenadoras, a implantação do horto ocorreu de forma inclusiva e respeitando as limitações físicas dos participantes. Eles podiam preparar o solo, plantar, trabalhar na composteira e construir cercas.

O foco desta atividade era a cooperação. Este processo propiciou a troca de experiência e a superação de obstáculos pela realização da tarefa, cujos resultados reforçaram a teoria dos “grupos operativos” de Enrique Pichon-Rivière (1994). Essa teoria enfatiza o importante papel dos vínculos sociais, que são a base para o processo de aprendizagem. Na definição pichoniana, um grupo é um “conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade de ‘verticalidade’ e ‘horizontalidade’”. A verticalidade refere-se à história de cada participante, que leva à desatualização emocional no grupo, e a horizontalidade refere-se ao campo grupal, constantemente modificado pela ação e interação dos membros. Nesse sentido, observou-se que os participantes aproveitavam desse momento informal de interação para falar de suas experiências carregadas de emoções, assim como fez-se notória a forma como o grupo ganhou uma identidade que extrapola a soma das características individuais de cada integrante. Passaram a fazer escolhas enquanto grupo, tanto nas divisões das tarefas, quanto nas decisões que eram tomadas, assim como foi evidente o estreitamento dos laços afetivos propiciados pelas atitudes de cuidado uns com os outros.

A atividade era finalizada com dança circular, prática lúdica escolhida como forma de resgate da criança interior. A cada semana, um participante trazia uma música e uma dança de roda que se recordava da infância. À medida em que os encontros aconteciam, estreitava-se os laços entre os participantes. Segundo Luciana Ostetto (2006), as danças circulares sagradas constituem um espaço de encantamento, de estética, inserindo os participantes em uma dimensão poética de si mesmo. Sob esse tema Machado et al. (2019, p. 104) ressaltam que:

As danças circulares sagradas têm como origem a dança dos povos, a mesma representando a comunhão e transcendência, uma prática gregária. Qualquer pessoa pode entrar na roda e participar da dança, basta se abrir à experiência e dar as mãos. As danças circulares se desenvolvem, como o próprio nome indica, em círculo e envolvem simbologias.

Motivados com os resultados do trabalho no CMS, os participantes externaram a vontade de conhecer o espaço do qual provinham as mudas e de falar com a curadora sobre o trabalho que faziam. Criou-se, então, o evento mensal “Semear visita o Jardim Botânico: diálogos sobre plantas medicinais com Yara Britto”.

Nestes encontros o grupo teve a oportunidade de conhecer a coleção e os conceitos ali trabalhados, a atuação das plantas nos sistemas do corpo humano, restrições de uso e interações medicamentosas, participar de oficinas de preparações caseiras (chás, xaropes, loção repelente) e de vivenciar ações de manejo de medicinais culminando com um mutirão no espaço da coleção. Tais encontros despertaram interesse de outros participantes, dentre eles médicos da Secretaria Municipal de Saúde, alunos do programa de residência de MFC da ENSP-UFRJ e do programa de residência multiprofissional IFF- FIOCRUZ, terapeutas holísticos, psicólogos, moradores do território, funcionários do JBRJ, fisioterapeutas, alunos do programa de mestrado da UFRJ e alunos do internato de medicina da UFRJ.

Os frutos desse trabalho se materializaram a partir de convites para participar de eventos tais como: I CONGREPICS, Virada Sustentável Rio 2019, Café com Atenção Plena

- UERJ. As experiências resultaram no empoderamento, elevou a autoestima e tornou possível aplicar o que se tinha aprendido coletivamente na vida cotidiana.

Para o grupo Semear, visitar o Jardim Botânico significou a possibilidade de expandir horizontes, de experimentar uma perspectiva de saúde para além dos cuidados médicos e fora do contexto da unidade de saúde. De posse de ferramentas e conhecimento de autocuidado, os participantes conquistaram mais autonomia como evidenciado nos relatos de duas assíduas participantes do grupo - Paula e Cynthia.

2.5 Tempo de colher: relatos da vivência

Paula:

Minha companheira Luana na época e eu fomos juntas ao primeiro encontro do Grupo Semear no CMSPCR. Fomos contempladas com o exercício de Atenção Plena: descoberta para alguns, reconexão para outros, respiramos juntos o momento presente. Na sequência nos apresentamos e falamos nossa motivação de estar ali, vozes desconhecidas, razões distintas e olhares atentos mediados com gentileza e assertividade pelas anfitriãs, as médicas Mayra Machado e Joana Moscoso. Tive a certeza que voltaria. Os encontros seguiram nos aproximando, a cada semana a sensação de acolhimento se ampliava e pessoalidades eram expostas e recebidas com empatia. O Jardim Botânico complementava nosso trabalho. Neste lugar dos sonhos, éramos recebidos pela curadora da coleção com seu transbordamento de conhecimento. A intenção inicial do projeto foi interiorizada: troca com

escuta no momento presente para [re]conexão e integração entre ancestral e contemporâneo. Memórias afetivas, conhecimento, amigas e amigos, agradeço o Ser em construção que estou hoje também ao Semear.

Cynthia:

Desempregada, em luto pela perda de nossa mãe, angustiada pela doença de nosso pai, fui em busca de alívio ao CMSPCR quando fui convidada pelas Médicas Dras. Joana e Mayra para participar do grupo Semear, que já era frequentado por minha família em virtude do quadro de depressão, ansiedade e insônia. Na minha família, já tínhamos a tradição de tomar chás e xaropes caseiros e mexer com a terra, herança cultural da nossa mãe que, por sua vez, trouxe essa herança da nossa avó. O trabalho do grupo era iniciado com a meditação guiada pela Dra. Joana, Mindfullness, e depois estudávamos uma planta medicinal e compartilhávamos histórias e receitas. Finalizávamos com uma roda guiada pela Dra. Mayra onde partilhávamos abraços, músicas e danças com heranças culturais.

Ao longo dos encontros os laços foram se estreitando principalmente com Eliane, que morava perto de nós, e Nilza, Paula, Eduardo, Seu Antônio e Jonny, pois estavam sempre presentes no grupo. Nilza, mãe e avó trabalhadora, falava baixo, tímida, tinha dificuldade de dormir, aos poucos foi relaxando e se encontrando. Paula, adepta da alimentação vegana, muito carinhosa com todos e com nosso pai. Eduardo, com problema na perna, sofria de dores horríveis, tentava nos encontros minimizá-las pela integração da medicina alopata com a medicina fitoterápica. S. Antônio, tímido, ansioso e sensível, com dificuldades de respirar e dormir, entrou um pouco depois, mas foi o que mais se dedicou, e cuja melhora ficou mais visível, passou a se expressar mais, a andar e a sair de casa. Voltei a pintar, a me cuidar e, com a volta da autoconfiança, arrumei um emprego. Éramos um grupo heterogêneo geográfica, sócio e culturalmente, mas ao mesmo tempo sofriámos das mesmas mazelas de ansiedade, insônia e depressão.

As visitas ao JBRJ foram uma experiência enriquecedora. Nas aulas, Yara compartilhava seus conhecimentos sobre plantas e o plantio.

O Semear, nos resgatou deste mundo onde o tempo não para, onde existem cobranças e frustrações. Mas ali, o tempo parava. Meditávamos, partilhávamos nossos conhecimentos e sofrimentos, nos conectávamos, nos tornamos um grupo, tínhamos tempo para ouvir o próximo, nos conectarmos com elementos vivos, terra, planta e gente.

Vivenciar o Semear foi uma experiência transformadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidenciado na narrativa das experiências ao longo desses anos que núcleos, jardins e coleções de plantas medicinais se colocam como instrumentos e cenário para promover debates e discussões sobre questões que afetam a vida. Tais espaços e jardins de modo particular, por sua constituição, facilitam o trabalho construtivo, as articulações e conexões necessárias para despertar interesse do público.

A introdução de plantas medicinais, em espaços de saúde, de educação e comunidades interessadas nesta temática amplia a possibilidade de novos encontros e experiências. Neste encontro se questionam os valores vigentes e constroem-se novos, a partir do confronto e análise das múltiplas “realidades” entrelaçadas na vida cotidiana.

Desta forma, como evidenciado pelo grupo Semear, coleções e jardins podem se tornar protagonistas da mudança para uma nova forma de relação pessoal, interpessoal e com recursos naturais.

Para as médicas coordenadoras do grupo, os encontros semanais fortalecem o vínculo médico-paciente e também funcionam como empoderadores, já que trazem à tona práticas utilizadas há muitos anos, e cujo emprego está em declínio. Mudar esse cenário é responsabilidade também dos prescritores, que têm acesso ao círculo academicista e podem proporcionar meios para reverenciar tais ações.

Além disso, a implementação do Horto Medicinal dentro de uma unidade de atenção primária, apesar de já consagrada pela literatura, é pouco difundida na realidade, sobretudo na do município do Rio de Janeiro. Durante a revisão bibliográfica, foi possível concluir que a prática da Horticultura como terapia integrativa é bastante promissora no que concerne aos transtornos mentais leves, além de promover o diálogo entre a cultura popular e científica e ainda possibilitar a difusão da fitoterapia como recurso para os profissionais de saúde.

O desafio a ser enfrentado para o futuro, pelos cursos de graduação na área da saúde, está intimamente atrelado ao desafio do enfrentamento da lacuna na oferta de PICS nos serviços de saúde. Por isso percebe-se, como possibilidade de avanço, o estímulo na construção de parcerias intersetoriais entre a APS e hortos medicinais, coleções de plantas medicinais em Jardins Botânicos e Herbários existentes no território, para oferta de PICS que ofereçam aos graduandos oportunidades de ensino-aprendizagem, e que os capacitem para o desenvolvimento de competências relativas às PICS no campo da APS.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Por que uma coleção de plantas medicinais pode ser considerada um espaço de confrontação enriquecedora de saberes?
- 2) De que forma o fazer em saúde em um horto medicinal reforça os atributos derivativos da APS, tais como: abordagem familiar e comunitária e a competência cultural?
- 3) Quais aspectos da saúde são reforçados com as PICS citadas no texto?
- 4) Quais efeitos terapêuticos que a constituição de um grupo operativo possui?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAER, Ruth A. et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. **Assessment**, v. 15, n. 3, p. 329-342, 2008.

BRANDÃO, M.G.L; MOREIRA, R.A; ACURCIO, F.A; Interesse dos estudantes de farmácia e Biologia por plantas medicinais e fitoterapia. Universidade Federal de Minas Gerais, **Revista Brasileira de Farmacognosia**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 31).

BRITTO, Yara L. O de. **Gestão compartilhada de coleções vivas temáticas**: 215 p., 2006.

BRITTO, Yara L.O. de. ROCHA, Luísa, M.G. 7 Congresso latino-americano de história da ciência e tecnologia. **Coleção temática de plantas medicinais: um espaço de interlocução com a sociedade**. 2010. (Congresso).

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, Sept. 2006. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jan. 2021.

DIEGUES, Antonio Carlos; ARRUDA, Rinaldo, S. V. Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil. **Biodiversidade**; 4. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2001.

DAVIS, Steven. Development of the profession of horticultural therapy. In: *Horticulture as Therapy*. CRC Press, 2024. p. 3-20.

FEITOSA, V. A. A Horticultura Como Instrumento de Terapia e Inclusão Psicossocial. **Revista Verde** (Pombal - PB - Brasil), v 9, n.5 , p. 07 - 11, Dez., 2014.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas:uma arqueologia das ciências humanas**. Tradução Salma TannusMuchai. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

HAMANN, Ole. The Joint IUCN-WWF Plants conservation programme and its interest in medicinal plants. **The Conservation of Medicinal Plants**. Cambridge University Press, Cambridge, p. 13-22, 1991.

HEYWOOD, V. H. **Estratégia dos jardins botânicos para a conservação**. Rio de Janeiro: Jardim Botânico do Rio de Janeiro, 1990.

HONIG, Maryke. **Como dar vida ao seu jardim!**: Interpretação ambiental em jardins botânicos. Tradução Maria Teresa Bernardes. Rio de Janeiro: RBJB, JBRJ, BGCI, 2005. 92 p. il.

IBAMA. Diretoria de Ecossistemas. **Manejo ambiental participativo**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <www.ibama.gov.br/siucweb/guiadechefe/guia/o-5corpo.htm>. Acesso em: 24 maio 2006.

LEADLAY, Etelka; GREENE, Jane (Ed.). **Manual técnico Darwin para jardins botânicos**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro, 1999. 154 p.

LETHLEAN, Taylor Cullity. **5 BotanicGardensof Adelaide Values.** In: Botanic Gardensof Adelaide Masterplan Draft. April 2005. Disponível em: <http://www.environment.sa.gov.au/botanicgardens/pdfs/smp_values.pdf>. Acesso em 19 set.2005.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 15, p. 145-176, 2005.

LUZ, Madel T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna [recurso eletrônico] / Madel Luz; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, p. 28, 2019.

MACHADO, Mayra; HOLANDA, Adriana de; MENDONCA, Joana; LIBANIO, Gisele; FABER, Loise. **Semear: cultivando plantas medicinais para colher afeto.** Rio de Janeiro: **Bambual Editora**, 2019. 152 p.

HEILBRON, J Mendes, G. Normas internacionais de conservação para jardins botânicos. 2. ed. Rio de Janeiro, **Rede Brasileira de Jardins Botânicos**, 2004. EMC Edições. 109 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma-Ata 1978:Atención primária de salud.** Genebra: OMS, 1978. (Salud para todos, 1). Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>>. Acesso em: 27 jun 2015.

PICHON-RIVIERE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

POMBO, Olga. **Epistemologia da interdisciplinaridade.** Disponível em:<<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/investigacao/portofinal.pdf>>. Acesso em:18 Nov. 2003.

RIGOTTI, Marcelo & Associação vida verde-viver. A cura pelas plantas. **Educação ambiental**, 2007.

REZENDE, H. A; COCCO M. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v.36 n.3 p.282-8, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org). Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2005.

SOUZA, T. S. MIRANDA, M.B.S. Horticultura como tecnologia de saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Bahia. 2017.

SCHVEITER, Mariana Cabral; ESPER, Marcos Venicio; SILVA, Maria Júlia Paes. As práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442 – 451, 2012.

VAN PRAET, Michel; DAVALLON, Jean; JACOBI, Daniel. Três olhares de além-mar: o museu como espaço de divulgação da ciência. **História, Ciência e Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12 Supl., p.349-364, 2005.

HORTA MEDICINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA: INDUTORA NA CRIAÇÃO DE DISCIPLINA EEM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2023

Marcia Augusta Pereira dos Santos

Júlio César Quaresma Magalhães

Maria Cristina Dias da Silva

Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca

Lucas

Lucas Lima de Carvalho

Lucas Rodrigues Claro

Amanda dos Santos Cabral

RESUMO: Em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais apontaram a urgência nas transformações curriculares a fim de que a formação na Medicina esteja alinhada com as necessidades de saúde da população brasileira. O presente relato de experiência aborda as experiências de ensino-aprendizagem no campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) referentes aos estudantes de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O objetivo foi descrever as experiências de docentes e discentes no que concerne à prática da horta medicinal na Clínica

da Família Assis Valente estabelecendo relação com a criação de disciplina eletiva em PICS. Foram realizadas atividades pedagógicas em um serviço de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2020 bem como, no âmbito da disciplina eletiva entre junho de 2020 e junho de 2021. As PICS foram consideradas determinantes na indução da criação de disciplina eletiva na faculdade de medicina sobre a temática em tela.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Educação Médica; Plantas Medicinais

ABSTRACT: In 2014, the National Curriculum Guidelines (DCN) indicated the urgency of curricular changes so that medical training is aligned with the health needs of the Brazilian population. This experience report addresses the teaching-learning experiences in the field of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) for undergraduate students at the Faculty of Medicine of the Federal University of Rio de Janeiro. The objective was to describe the experiences of professors and students regarding the practice of the medicinal garden at the Assis Valente Family Clinic,

establishing a relationship with the creation of an elective discipline in PICS. Pedagogical activities were carried out in a Primary Health Care Service in the Municipality of Rio de Janeiro from 2013 to 2020, as well as, within the scope of the elective course between June 2020 and June 2021. The PICS were considered decisive in inducing creation of an elective course at the Faculty of Medicine on the subject at hand.

KEYWORDS: Primary Health Care; Education, Medical; Plants, Medicinal

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Compreender a prática da horta medicinal na perspectiva da ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde e do incremento da participação dos usuários em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC).
- 2) Identificar a Estratégia Saúde da Família como espaço privilegiado para as PICS considerando o cuidado integral à população de seu território.
- 3) Estabelecer a relação existente entre a prática da horta de plantas medicinais e os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde.
- 4) Entender a prática da horta medicinal como uma ferramenta potente no processo de ensino-aprendizagem das profissões da área da saúde, especialmente, no que tange ao desenvolvimento da competência cultural.
- 5) Refletir sobre a relevância da criação e implementação de uma disciplina eletiva intitulada “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” no contexto da formação profissional em medicina.
- 6) Destacar as potencialidades e desafios em relação à sustentabilidade das PICS no contexto da APS.

1 | DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA PROPOSTA

1.1 Contexto e justificativa das experiências de ensino-aprendizagem em PICS para os estudantes de medicina

No Brasil as PICS tiveram como marco a edição da Política Nacional em 2006, a qual enfatiza a inserção destas na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema com um cuidado continuado, humanizado e integral (BRASIL, 2006). Nesse sentido, no tocante à universidade, surge a premissa da abordagem das PICS nos cursos de graduação da área da saúde, de forma a criar oportunidades de aprendizagem referentes a esse campo de conhecimento para os estudantes. As reformas dos Projetos Políticos Pedagógicos das Faculdades de Medicina, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) de 2014, tornaram-se urgentes a fim de viabilizar as transformações necessárias. Naquele momento já havia um reconhecimento da necessidade de mobilização de diferentes áreas do saber e de tecnologias do cuidado em saúde, uma vez que existem diferentes tipos de complexidade no que concerne aos problemas de saúde (BRASIL, 2014).

1.2 O Caminho Percorrido: Integração Universidade-Rede de Atenção Primária à Saúde

Em decorrência da pactuação entre a coordenação do Departamento de Medicina em APS da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro surgiu, em agosto de 2013, a possibilidade de inserção de estudantes de Medicina em atividades PICS numa Clínica da Família deste município situada no bairro Ilha do Governador – Área Programática 3.1 na qual havia uma horta medicinal instalada. Cabe ressaltar que esta clínica é certificada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como Unidade Amiga das Plantas Medicinais, desde 2011 (SANTOS, 2008).

Nessa oportunidade, dois tutores com formação em Homeopatia e Fitoterapia, assumiram a supervisão do grupo de estudantes da graduação. Mais adiante dois professores se integraram à equipe de supervisão, uma enfermeira sanitária e um médico com expertise em APS. A partir da riqueza dos debates e das vivências do grupo composto por professores, profissionais, usuários e estudantes começou a se desenvolver o embrião do sonho, acalentado por tutores e estudantes, de inclusão da temática PICS no currículo do curso de medicina por meio da criação de uma disciplina eletiva. A propósito, evocamos o pensamento de Seixas (1974) na música intitulada “Prelúdio”, destacado de forma recorrente por um dos tutores da equipe: “Sonho que se sonha só. É só um sonho que se sonha só. Sonho que se sonha junto é realidade”.

Algumas atividades da horta de plantas medicinais (BRASIL, 2012) foram vivenciadas de forma compartilhada pelos estudantes imersos em um processo de ensino que primava pela centralidade nesses sujeitos e, portanto, no incentivo ao desenvolvimento do protagonismo na condução do seu processo de aprendizagem (UNIDERP, 2016). Foram empregadas metodologias ativas a fim de que os problemas encontrados no serviço estimulassem nos estudantes a reflexão, sua implicação e a ressignificação de ideias e conceitos (LUNA; BERNARDES, 2016).

Nesse contexto, interessava a articulação e a integração entre estudantes de diferentes etapas do curso (estudantes do terceiro período e internos), uma vez que tal proceder poderia resultar em contribuições para a formação de profissionais com condições de atuar de forma a assegurar ações e serviços de saúde de qualidade direcionados à população (VIEIRA, 2016).

Arranjos curriculares foram importantes para se viabilizar práticas pedagógicas produtoras de médicos capazes de perceber os usuários e suas necessidades de modo ampliado e, portanto, com uma visão menos reducionista e fragmentada. A graduação é um momento privilegiado para a exposição dos estudantes à experiências e conhecimentos a respeito do processo saúde-doença e da relação médico paciente, assim como do que tange às dimensões social e cultural.

No presente relato duas experiências serão descritas, a saber: 1- A vivência dos estudantes de medicina na horta de plantas medicinais em uma unidade da APS e 2- A implementação da disciplina eletiva “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” na faculdade de medicina da UFRJ buscaremos enfatizar o ensino no território da Saúde da Família (SF) onde há maior possibilidade de conhecer o contexto de vida dos usuários. Trata-se de destacar a abordagem integral do cuidado que guarda relação com uma atitude profissional compatível com a expectativa do usuário, que diverge da sua redução ao aspecto biomédico e, que significa olhar o sujeito em sua complexidade (PINHEIRO, 2006).

Ressalta-se que a decisão de expor os estudantes às experiências pedagógicas no cenário de atuação das equipes da SF partiu do entendimento de que APS também é um espaço de formação para os profissionais do SUS e um diferencial no sentido de assegurar vivências relevantes para formação de médicos competentes e com habilidades para o cuidado de populações residentes em diferentes territórios.

As ações implementadas pela SF foram estruturadas com base nos atributos essenciais e derivados da APS, quais sejam: essenciais - atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e os derivados - abordagem familiar, a orientação comunitária e a competência cultural - e possibilitaram aos estudantes conhecer o processo de trabalho. Destacamos os atributos derivados uma vez que qualificam as ações de saúde e guardam relação estreita com a prática da horta de plantas medicinais. Na perspectiva da abordagem familiar à saúde dos sujeitos é considerada tendo em vista o contexto familiar; a orientação comunitária, por sua vez, tem como referência o horizonte da população para a prática da atenção clínica; a competência cultural tem a ver com a capacidade efetivar o cuidado em saúde com compreensão e consideração relativos aos sistemas de crença dos usuários e à cultura local (STARFIELD, 2002).

2 | I^a EXPERIÊNCIA: A VIVÊNCIA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NA HORTA DE PLANTAS MEDICINAIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA APS

2.1 Recorte temporal

Correspondeu ao período entre o segundo semestre de 2013 e o segundo semestre de 2019.

2.2 Objeto da experiência

Práticas Integrativas Complementares em Saúde realizadas na ESF com foco no uso e manejo de plantas medicinais.

2.3 Objetivos

- Descrever o processo vivenciado por estudantes de medicina, profissionais de saúde e usuários da clínica da família no uso e manejo da horta medicinal.
- Refletir sobre a experiência de inserção do acadêmico de medicina em práticas de promoção da saúde sobre plantas medicinais em uma unidade de Saúde da Família.

2.4 Cenário da Experiência

A Clínica da Família Assis Valente contava com seis equipes de Saúde da Família e três equipes de Saúde Bucal, seu território era constituído pelas comunidades Vila Joaniza e Barbante totalizando 24000 moradores. A clínica apresentava um Centro de Convivência do Idoso que desenvolvia atividades para a terceira idade e uma Academia Carioca da Saúde.

O artista que dá nome à clínica, Assis Valente, residiu durante muitos anos na Ilha do Governador e, é considerado um dos compositores de maior expressão no Brasil, sendo muito produtivo. O sucesso foi alcançado devido às composições que foram produzidas para diversos cantores do cenário musical popular brasileiro (OTICS, 2021).

2.5 Sujeitos da Experiência

Estudantes do terceiro período e do Internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; docentes da UFRJ (3 professores médicos e 1 enfermeira sanitarista); equipe da Estratégia Saúde da Família, NASF; usuários e profissionais com expertise em PICS, como uma técnica agrícola da Prefeitura.

2.6 Descrição da experiência

A imersão de alunos do terceiro período de medicina na Clínica da Família Assis Valente propiciou a inserção destes nas atividades PICS em curso na unidade. Nesse período a unidade já era campo de prática do Internato Integrado de Medicina de Família e Comunidade da faculdade de medicina da UFRJ. Os alunos participaram ativamente de diferentes práticas relacionadas à horta medicinal, quais sejam: oficinas de cultivo, manejo e uso de plantas medicinais. As estratégias de ensino-aprendizagem adotadas estavam em consonância com as metodologias ativas (CARVALHO *et al.* 2021) e induziram discussões e reflexões sobre o uso terapêutico das plantas medicinais e fitoterápicos no espaço da horta medicinal (SAAD *et al.* 2018).

Em parceria com a equipe de saúde e o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) foram intensificadas as atividades do grupo de idosos no manejo da horta de

plantas medicinais. Trata-se de uma iniciativa que possibilita, entre outras, a ampliação do acesso da população ao serviço de APS bem como, o fomento da participação dos usuários no processo de cuidado à saúde, uma vez que a continuidade do processo favorece o fortalecimento do vínculo com os profissionais e a corresponsabilização pelo cuidado à saúde (Vasconcelos, 2001). No espaço da horta medicinal foram realizadas atividades como: identificação botânica; produção de mudas por sementes e por estacas. As oficinas possibilitaram a confecção de temperos de ervas frescas, vinagre aromático, xarope caseiro e sabonete artesanal medicinal.

As rodas de conversa promoveram debate e aproximação com as narrativas e histórias de vida dos usuários que, muitas vezes, traziam na bagagem saberes e vivências familiares e ancestrais sobre as plantas medicinais. Nesse contexto, foi incentivado o estabelecimento de relação horizontal com os usuários por meio do diálogo e a partir do entendimento do seu potencial terapêutico. Sobre a questão do diálogo Gadamer (2006, p.133), assinala que “ele já é tratamento e continua sendo muito importante no tratamento que se segue, o qual deve conduzir à cura”.

As oficinas quinzenais foram programadas com base nos seguintes pontos: duração média de duas horas; escolha dos temas segundo às necessidades dos usuários, indagadas no final de cada encontro; divulgação da atividade por toda a equipe de saúde; elaboração de convite que era entregue aos usuários pelos agentes comunitários de saúde (ACS); práticas de meditação e relaxamento; aplicação de dinâmicas de grupo pautadas nas relações horizontais e dialógicas assim como, na escuta ativa; apresentação de plantas medicinais de acordo com o tema escolhido e a vivência dos participantes do grupo (memória afetiva); explanação sobre os aspectos científicos das plantas medicinais; avaliação final da atividade por meio do emprego de “palavras síntese” ou de questões como: “o que eu levo desse encontro?” e finalmente, confraternização com alimentos que cada participante trazia ou que eram preparados coletivamente.

As oficinas possibilitaram a reflexão sobre as vivências e o fortalecimento do vínculo entre profissionais, docentes, alunos e usuários. No Abrigo Stella Maris, equipamento social localizado no território da Clínica da Família Assis Valente, onde ocorrem o acolhimento e a reinserção social de famílias e idosos em situação de vulnerabilidade foram realizadas visitas dos profissionais, docentes e estudantes com o intuito de incentivar o manejo da horta medicinal da instituição. A presença dos ACS contribuiu muito para que os estudantes pudessem observar e participar do acolhimento dos usuários.

Depois da visita à instituição, alguns usuários passaram a frequentar o grupo de plantas medicinais realizado na clínica da família Assis Valente. Um usuário em especial se destacou compartilhando conhecimento e experiência a respeito do cultivo e manejo da horta.

A visita coletiva ao Jardim Botânico do Rio de Janeiro (JBRJ) foi o ponto alto das experiências compartilhadas pelo grupo com a possibilidade de conhecimento das espécies

de plantas medicinais certificadas. Participaram desse encontro professores, estudantes, profissionais da equipe Saúde da Família e usuários. A professora Yara Brito, curadora da coleção temática de plantas medicinais do JBRJ recepcionou e acompanhou os visitantes na observação dos canteiros. A roda de conversa itinerante possibilitou o diálogo entre os presentes e a abordagem dos nomes científicos e populares das plantas medicinais, assim como seu uso terapêutico nas diversas possibilidades de acordo com as espécies vegetais cultivadas nos canteiros.

Nota-se que o cuidado em saúde pode ocorrer em diferentes ambientes, dentro e fora da clínica da família e, que o diálogo produtivo é uma ferramenta que potencializa o encontro entre os cuidadores e os usuários dos serviços de saúde. Para atingir tais objetivos, a fusão de horizontes entre as partes é essencial na compreensão das experiências compartilhadas, na busca pela sustentabilidade das atividades PICS e, por conseguinte, na abertura para a produção novos modos de realizar os encontros (SILVA, 2016).

Durante a visita ao JBRJ, percebemos nos visitantes um clima de alegria e gratidão pela oportunidade de integração das pessoas entre si, pelo contato direto com a natureza exuberante e pela celebração da vida partilhada, até então, no decorrer das atividades do Grupo da Horta Medicinal da Clínica da Família Assis Valente.

Por meio de uma ferramenta de avaliação utilizada na disciplina AIS, o portfólio (SILVA, 2016), pôde-se acompanhar o relato e reflexão dos estudantes em relação a suas vivências. No internato, os instrumentos eleitos para o registro das atividades foram o Diário de Campo, o Relatório final e o Trabalho temático que possibilitaram a descrição das práticas vivenciadas pelos estudantes. A Auriculoterapia foi um dos temas sobre PICS escolhido por uma estudante para construir o seu Trabalho Temático no qual procurou estabelecer, conforme orientação dos docentes, conexão entre a prática em si e os aspectos teóricos como por exemplo os atributos essenciais e derivados da APS. No final do período, esses trabalhos foram apresentados para professores e estudantes, sendo que os profissionais da SF também foram convidados para participar como forma de dar um feedback para o serviço de saúde.

2.7 Resultados

Foram realizadas cerca de 50 oficinas com a participação média de 12 estudantes de medicina, 3 docentes, 3 profissionais de equipe da SF, 2 profissionais do NASF e 25 usuários da clínica da família.

Os alunos tiveram oportunidade de desenvolver as Práticas Integrativas e Complementares com ampliação do conhecimento no que tange à ação e manipulação das plantas medicinais. Também tiveram a oportunidade de vivenciar a prática dialógica com os usuários e profissionais da equipe interdisciplinar e trocar conhecimentos e dúvidas sobre a temática desenvolvida em cada oficina.

A experiência exitosa foi divulgada em congressos científicos. Por meio dos portfólios e dos diários de campo foram registradas as percepções dos estudantes, como podem ser observadas nas narrativas abaixo:

“A leitura sobre a “Embaúba” foi de extrema importância [...] por conta de seus princípios ativos que através de chás ou óleos permitem a diminuição da pressão por vasodilatação e efeito diurético. Durante a leitura eu e o professor fomos traduzindo alguns termos técnicos para o entendimento de todos, os ouvintes trocaram ideias sobre suas experiências com as plantas e a correta maneira de se fazer o uso delas. [...] escutamos mais histórias dos usuários [...] firmando o intuito do grupo que se constitui de uma roda de conversa com entrelaçamento do saber científico e popular. Vale lembrar que esse dia se constituiu uma exemplificação da Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, cuja base é promover uma maior atenção à saúde através da amplificação das opções terapêuticas, visto que o conhecimento através do grupo amplifica a aceitação do tratamento e o maior uso pelos usuários do grupo de plantas medicinais.” (AIS, masculino, 2019.2)

“No final da manhã, participei do Grupo de Plantas promovido na Clínica da Família. Inicialmente cada um contou um pouco sobre suas experiências com plantas medicinais, especialmente temperos medicinais, e logo depois, pudemos aprender diversas propriedades medicinais com a professora Márcia e a equipe, que gentilmente nos levaram amostras, dentre elas, de tomilho e manjericão. A discussão foi muito proveitosa uma vez que além de transmitir conhecimentos úteis e naturais para a promoção da saúde, ela propiciou uma criação de elo com a comunidade. A Horta Medicinal demonstrou ser um ótimo mecanismo de convivência e, principalmente, de ser um incentivo ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos como possibilidade de tratamento.” (AIS, masculino, 2018.2)

“Ao final foi abordado o tema fitoterapia, que consiste no estudo das plantas medicinais e suas aplicações na cura das doenças. Essa ciência surgiu independentemente na maioria dos povos. Foram citadas as medicinas chinesa, indiana e tibetana. Os medicamentos fitoterápicos englobam o uso de extratos de plantas e são elaborados por técnicas apropriadas de farmácia. Foi muito importante como futura médica, poder ter acesso a todo esse aprendizado que pude experientiar”. (AIS, feminino, 2016)

“Sempre gostei de plantas medicinais. Descobrir essa atividade na clínica, muito me estimulou”. (Internato, feminino, 2017.2)

“Achei muito importante interagir com os pacientes na horta.” (Internato, masculino, 2018.1)

2.8 Análise crítico reflexiva da experiência

A partir dessa experiência, docentes, alunos, profissionais da SF, do NASF e usuários puderam vivenciar a cultura e o potencial do saber popular local relacionado às plantas medicinais numa troca dialógica, possibilitando crescimento mútuo e o fortalecimento das PICS na Atenção Primária à Saúde.

Os discentes ampliaram sua visão do cuidado além da dimensão biomédica para uma perspectiva de saúde integral.

2.9 O legado da experiência

A inserção do acadêmico de Medicina na Estratégia Saúde da Família possibilitou a construção de experiências de ensino-aprendizagem no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares. O contato dos alunos com as narrativas dos usuários sobre o uso de plantas medicinais propiciou o conhecimento sobre a cultura local e direcionou seu olhar para o cuidado em saúde. A atividade da horta mostrou-se potente para o fortalecimento do vínculo com os usuários, para a troca de conhecimentos e saberes tradicionais e útil na ampliação do acesso e no acolhimento dos usuários.

3 | II^a EXPERIÊNCIA: A CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA DISCIPLINA ELETIVA “INTRODUÇÃO ÀS MEDICINAS TRADICIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE” NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFRJ

A partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e tendo em vista as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina numa perspectiva de formação integral, era urgente proporcionar aos estudantes vivências alinhadas com tais horizontes (Nascimento, 2018). Foram construídas as possibilidades para criação de disciplina inédita na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro que aborda as PICS utilizando metodologias ativas. O período de realização da disciplina foi de junho de 2020 a junho de 2021, sendo o início programado para março adiado devido um desafio até então não vivenciado por nenhum de nós: a pandemia do novo Coronavírus.

3.1 Objeto da experiência

Disciplina Eletiva: Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

3.2 Recorte temporal

Compreendeu o período entre o segundo semestre de 2019 e o primeiro semestre de 2021.

3.3 Objetivos

- 1- Descrever o processo de criação da disciplina eletiva “Introdução às Medicinas Tradicionais e PICS”.
- 2- Refletir sobre as vivências dos discentes e docentes nas oficinas realizadas como alternativa de ensino-aprendizagem durante a pandemia COVID-19.

3.4 Cenário da experiência

Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da FM UFRJ.

3.5 Sujeitos da experiência

Estudantes de graduação de Medicina, cursando o quarto, quinto ou sexto período da faculdade.

3.6 Relato de experiência

O sonho de criar uma disciplina na graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro relacionada à temática das PICS foi acalentado desde a década de 2010 por professores, que atuavam na disciplina Atenção Integral à Saúde do 3º período, alguns deles com formação em homeopatia e Fitoterapia. Tal idealização foi compartilhada com a coordenação do então Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS) para quem a formação integral é prioridade. Ressalta-se, que desde 2010, os estudantes tiveram oportunidade de se aproximar de atividades PICS ao participar de oficinas sobre a Horta Medicinal em uma das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro. Atendidas as exigências acadêmicas e administrativas foi criada, em março 2020, a disciplina eletiva “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” cuja proposta pedagógica está alicerçada nos princípios e fundamentos apontados pelas DCNs portanto, compatíveis com uma formação humanista, crítica, reflexiva e ética. A disciplina foi organizada da seguinte forma: créditos: 2,0; carga horária: 45 h; duração: 15 semanas (3 horas semanais) e 7 professores. Quanto à ementa foram selecionados os seguintes pontos: Racionalidades médicas. Medicinas Tradicionais. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS: Legislação vigente. Integralidade no cuidado à saúde: aspectos relacionados à utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Apresentação das diferentes PICS.

Transdisciplinaridade na ampliação do conhecimento científico. PICS e a humanização do cuidado.

Os objetivos delineados foram: 1- Apresentar o que são as Medicinas Tradicionais e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). 2- Apresentar as Políticas Públicas e legislação vigente das PICS, 3- Discutir os aspectos éticos e legais que se relacionam com as PICS, principalmente no que concerne a indicação e utilização das diferentes práticas, 4- Ampliar o conhecimento sobre PICS para futuros profissionais de saúde: finalidades, limites e possibilidades de integração com o modelo da medicina hegemônica nos diversos cenários da humanização do cuidado.

Estruturou-se o conteúdo programático da seguinte forma: Unidade I: Conhecendo as Medicinas Tradicionais e as Práticas Integrativas Complementares em Saúde; Unidade II – Políticas Públicas, legislação e a formação vigente e Unidade III – As diferentes PICS.

As estratégias de ensino eleitas foram a roda de conversa, discussão de vídeos, aulas expositivas e demonstrações práticas e vivências em PICS.

Cinco pilares da disciplina “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” emergiram no decorrer das atividades pedagógicas: autocuidado, autoconhecimento, autocura, leveza e gratidão.

Em decorrência da pandemia COVID-19 ocorreram alterações na programação inicial e reflexões sobre o isolamento social e as demandas dos estudantes. Neste contexto, os professores identificaram a urgência de novas perspectivas para lidar com um porvir que se anunciava e a necessidade de escolhas de ferramentas que promovessem o autoconhecimento e o modo de ser do cuidado em saúde. O referencial teórico e as vivências foram selecionados segundo seu potencial para mitigar a ansiedade e ampliar o autoconhecimento. Para a imersão na temática PICS foram realizadas atividades emergenciais virtuais semanais num período de oito semanas com feedback ao final de cada módulo. Vinte e cinco estudantes aderiram à proposta que previa 8 encontros e 3 professores convidados com expertise em Mindfulness, Musicoterapia e Yoga. A fim de identificar o impacto dos encontros na vida dos estudantes e as sugestões, buscou-se conhecer suas percepções sobre as vivências, por meio da enunciação de uma palavra síntese.

Posteriormente, de agosto a novembro de 2020, persistindo o período pandêmico, a disciplina transcorreu na modalidade PLE (Período Letivo Excepcional) contemplando a ampliação dos temas como Racionalidades Médicas, Medicina Tradicional Chinesa, Ayurvédica, Antroposófica, Homeopatia, Fitoterapia, Musicoterapia, Mindfulness, entre outros. Nesse período tivemos a participação de trinta estudantes na disciplina.

No primeiro semestre de 2021, inicia-se a primeira turma curricular da disciplina eletiva com vinte e cinco vagas disponíveis e aumento substancial da procura pelos discentes, correspondendo ao dobro de vagas oferecidas. Devido à disponibilidade oficial de vagas, trinta estudantes cursaram a disciplina.

3.7 Resultados

Na perspectiva discente houve uma percepção que o conteúdo foi apresentado de forma leve com obtenção de informações agregadoras para uma formação profissional integral: em relação ao conhecimento da Medicina Tradicional, à terapêutica e às possibilidades das ferramentas de cuidado em saúde. A experiência se mostrou gratificante porque possibilitou ressignificar o que já foi vivenciado; muitos estudantes referiram que as práticas foram adotadas na rotina diária com aumento do bem-estar, do autoconhecimento e diminuição da ansiedade. Também foi visto que a atuação do médico não se limita ao aspecto técnico, mas, inclui a abordagem integral, a empatia nos momentos de vulnerabilidade dos indivíduos, a escuta sensível e a compreensão de que cada pessoa

tem a sua própria trajetória de vida. Indagados sobre o que a disciplina trouxe de leveza, o que contribuiu para a vida pessoal, as vivências preferidas e quais seriam as sugestões para a próxima turma, os estudantes responderam:

“Amei na disciplina a visão do enfoque mais na saúde do que na doença. A disciplina traz momentos de relaxamento e qualidade de vida.” (estudante PICS, feminino, 2021.1)

“A aula é participativa e me senti acolhida. Me identifiquei com a dinâmica do alecrim” (estudante PICS, feminino, 2020.2)

“Vou levar outras formas de tratar que não só remédios”. (estudante PICS, masculino, 2021.1)

“Para a vida profissional, levo o respeito ao conhecimento da população sobre o uso dos chás e prática que mais me identifiquei foi mindfulness.” (estudante PICS, feminino, 2020.1)

“Saber que uma disciplina da UFRJ pode contribuir para a gente ficar melhor, menos ansioso e divulgar para outras pessoas, pacientes é muito importante.” (estudante PICS, masculino, 2021.1)

“Levo para vida profissional a palavra cuidado integral.” (estudante PICS, feminino, 2020.2)

“Apaixonada pela disciplina. Mais tranquilidade para aprender. Aprender não só a parte técnica, mas, o aspecto humano.” (estudante PICS, feminino, 2021.1)

“Gostei da musicoterapia e da yoga”. (estudante PICS, feminino, 2020.1)

“Sugiro manter as práticas na disciplina, pois foram importantes para que eu inserisse na minha rotina uma pausa e, ver como eu estava me sentindo.” (estudante PICS, masculino, 2020.1)

“Minha palavra escolhida é gratidão. Vou levar essa conexão para a vida” (estudante PICS, feminino, 2021.1)

Na perspectiva docente, as experiências de ensino remoto das PICS foram consideradas num primeiro momento inesperadas e desafiadoras, mas, despertaram também além da perplexidade, a resiliência, a reinvenção e a inovação.

Experimentar emoções, sentimentos com foco na prática da escuta ativa e no ensino centrado no estudante, foram fundamentais na disciplina. Foi desafiador trabalhar com as necessidades, sentimentos e expectativas dos estudantes em relação a uma temática até então desconhecida num momento tensão, ansiedades e incertezas postos pela situação de exceção configurada pela pandemia do COVID-19.

A competência dos professores convidados e da equipe docente responsável; o equilíbrio entre a abordagem teórica e as vivências; e a necessidade de adequar o ensino à modalidade virtual foram fundamentais para a experiência exitosa.

3.8 Análise crítico reflexiva

A experiência permitiu o ensino-aprendizagem com valorização da leveza, do autocuidado e do autoconhecimento. O conteúdo apresentado de forma interativa agregou informações aos estudantes sobre ferramentas de cuidado. Os estudantes ressaltaram que as práticas foram adotadas na rotina diária com aumento do bem-estar, do autoconhecimento e diminuição da ansiedade e que a atuação do médico inclui principalmente uma abordagem integral, valorizando a “escuta” do paciente de forma sensível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Faculdade de Medicina da UFRJ é uma instituição que apresenta lacuna e resistência no emprego de racionalidades médicas diferentes da perspectiva biomédica. Entretanto, é possível que as diferentes lógicas e racionalidades sejam partícipes de um campo institucional comum. Urge a ampliação de espaços de ensino, assistência e pesquisa para as medicinas alicerçadas em diferentes tradições. A integração da universidade com a APS, por sua vez, é promissora no sentido da qualificação e fortalecimento das ações de saúde implementadas nos territórios, bem como, para sinalizar a direção das transformações necessárias no horizonte do ensino. A presente experiência de inserção da disciplina eletiva com a temática PICS no Curso de Medicina da UFRJ se mostrou exitosa. A partir de então, está em tramitação para que se torne disciplina obrigatória na grade curricular do curso de medicina, tendo em vista a relevância do tema na formação profissional.

Vale mencionar que no decorrer da disciplina, os professores acolheram alguns estudantes que manifestaram ansiedade e fragilidades emocionais que, muitas vezes, foram exacerbadas ou mais frequentes em decorrência da pandemia da Covid-19. Tal proceder foi oportuno, no sentido de abrir espaço para a reflexão de que vivenciar a escuta ativa na graduação também é uma forma de aprender a acolher o outro, na medida em que se é acolhido. Essa experiência pode ser significativa para que, no exercício da profissão, o médico compreenda e aplique a escuta ativa e sensível como parte integrante do cuidado em saúde.

Além disso, a disciplina propiciou a discussão sobre o cuidado do cuidador à medida em que os estudantes puderam repensar o autocuidado e que, no futuro como profissionais, essas medidas serão essenciais para a sua própria qualidade de vida e para a produção do cuidado integral à população.

Como produtos da experiência podemos citar a elaboração de trabalhos temáticos pelos internos sobre Auriculoterapia. Apresentação da experiência no COBEM e bem como, a produção de um livro a respeito da temática PICS que está em curso e conta com a participação de professores, técnicos e estudantes.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

1. De que maneira a prática da horta medicinal nos serviços da APS pode contribuir para a ampliação do acesso dos usuários ao serviço do SUS?
2. Por que a participação dos usuários da SF nas atividades PICS realizadas na APS pode significar um diferencial para o autocuidado e na organização dos serviços?
3. Quais são os desafios e potencialidades que podem ser identificados na implantação das práticas PIC's na Saúde da Família?
4. Em relação aos atributos derivados da APS teça considerações sobre sua importância em relação à sustentabilidade das PICS no cotidiano das equipes da SF.
5. Como a aquisição do conhecimento técnico-científico acerca do uso das plantas medicinais e fitoterápicos pode contribuir para ser mais uma ferramenta terapêutica incorporada na sua prática médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**, Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Brasília. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1, 8-11. Acesso em: 16/8/2021. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31)

CARVALHO, A. G.; DE MEDEIROS, L. M.; LIMA DALTRIO, M. C. DE S.; DE ASSIS, S. C.; DE

OLIVEIRA, M. DE F. L. L.; SOUSA, M. N. A. DE. **Metodologias ativas: Uma revisão integrativa sobre práticas no ensino de graduação na área da saúde**. Revista Brasileira de Educação e Saúde, v. 11, n. 1, p. 21-29, 1 jan. 2021. Acesso em: 16/8/2021. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/8330/8164> DOI: <https://doi.org/10.18378/rebes.v11i1.8330>

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**/Hans-George Gadamer: tradução de Antônio Luz Costa. - Petrópolis, RJ: Vozes. 2006.

LUNA, Willian Fernandes; BERNARDES, Jefferson de Souza. **Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina.** Rev. bras. educ. med. 40 (4). Oct-Dec 2016. Acesso Em: 16/08/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Ct8D5cMvW8P5yd9N5VntYtd/?lang=pt&format=pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01042015>.

OTICS. **Observatório de tecnologia em informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde.** Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicas-dafamilia/clinicas-dafamilia-inauguradas/ap-3.1/clinica-dafamilia-assis-valente> Acesso em 23/05/2021.

PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde /**, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SAAD, Gláucia de Azevedo. Et al. **Fitoterapia contemporânea: tradição na prática clínica** – 2a. ed - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SANTOS, Márcia Augusta Pereira. **Estratégia de Saúde da Família e Fitoterapia: Avanços, desafios e perspectivas.** Rio de Janeiro, 2008. 119 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-graduação, Mestrado em Saúde da Família, 2008.

SEIXAS, R. **Prelúdio. Cidade. Philips Records.** 1974. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=EbCdVG_T_U0 Acesso em: 16/8/2021.

SILVA, CJV, Ferraz AO, Botelho NM. **O portfólio como instrumento de autoavaliação crítico reflexiva na perspectiva dos alunos de um curso de medicina.** 2016;1(1):23-31, ISSN 1234-5678 DOI:<http://dx.doi.org/10.4322/ijhe2016001>.

SILVA, Maria Cristina Dias. **Experiência de cuidado às pessoas atingidas pela hanseníase: contribuições da hermenêutica filosófica.** Maria Cristina Dias da Silva. Rio de Janeiro, 2016. 128 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2016.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; Romano, Valéria Ferreira; Chazan, Ana Claudia Santos; Quaresma, Carla Holandino - **Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas /** Professional education in complementary alternative medicine: challenges for the public universities / Formación En medicina complementaria y alternativa: desafíos para las universidades públicas- Trab. educ. saúde; 16(2): 751-772, maio-ago. 2018. tab, graf Artigo em Português I LILACS I ID: biblio-963006.

UNIDERP. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.** Campo Grande, MS: Universidade Uniderp-Anhanguera, 2016. Disponível em: Acesso em: 24 mai. 2021.

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde.** In: VASCONCELOS, E. M. (org). A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde, São Paulo: HUCITEC, p. 11-26, 2001.

VIEIRA, Leila Maria et al. **Formação profissional e integração com a rede básica de saúde.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 293-304, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100293&lng=en&nrm=iso>. accessed on 20 May 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00093>.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA MODALIDADE TEATRAL EM ESCOLAS: UMA VISÃO QUE INTEGRA SAÚDE, EDUCAÇÃO E CULTURA

Data de aceite: 01/03/2023

**Eduardo Alexander Júlio César Fonseca
Lucas**

Amanda dos Santos Cabral

Lucas Lima de Carvalho

Lucas Rodrigues Claro

Bruna Liane Passos Lucas

Antonio Eduardo Vieira dos Santos

**Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos
Santos**

Simone Fonseca Lucas

Alexandre Oliveira Telles

Lucia Maria Pereira de Oliveira

Maria Cristina Dias da Silva

Claudia Lima Campos Alzoguir

Marcia Augusta Pereira dos Santos

Júlio César Quaresma Magalhães

RESUMO: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde remetem à sistemas complexos e modalidades terapêuticas que estimulam os processos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde e visam a promoção do cuidado integral. A educação em saúde e a participação popular são ferramentas potentes para implementação dessas práticas; valorizam o saber coletivo nos territórios e possibilitam a ampliação da atuação dos profissionais de saúde à luz do paradigma da integralidade. Tais pressupostos se relacionam com os atributos da Atenção Primária à Saúde e guiam as estratégias assistenciais no Programa Saúde na Escola. Este relato de experiência versa sobre as contribuições da ação educativa realizada por um projeto de ensino-pesquisa-extensão que utilizou o método lúdico para discutir a interface meio ambiente e qualidade de vida. A Vivência Lúdica Integrativa (VLI), como prática grupal emergente, se aplica na promoção da saúde por meio das manifestações artísticas. Os objetivos foram: Descrever as experiências sobre a ação educativa vinculada à temática: “Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses”, realizada numa escola de ensino fundamental

do Município do Rio de Janeiro e Discutir as potencialidades do teatro como ferramenta facilitadora em debates sobre saúde, educação e cultura. Por meio da aplicação da VLI, percebemos a sua contribuição na adequação da linguagem utilizada nas ações educativas ao vocabulário do escolar. Assim, a criança entendeu com facilidade as repercussões do meio ambiente em sua saúde, tendo os aspectos de cidadania como eixo estruturante para reflexão. Estas práticas educativas oportunizaram aos estudantes do projeto o contato com a realidade da população e propiciaram o desenvolvimento de habilidades comunicacionais. A escola é ambiente de potencialização da cidadania e promoção da saúde numa visão humanística. Para possibilitar o protagonismo da comunidade nas ações de educação em saúde, surge o teatro, estratégia que valoriza a cultura comunitária e as demandas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Saúde Holística; Serviços de Saúde Escolar; Saúde Ambiental; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Integrative and Complementary Practices in Health refer to complex systems and therapeutic modalities that stimulate the natural processes of disease prevention and health recovery and aim at promoting comprehensive care. Health education and popular participation are powerful tools for implementing these practices; they value collective knowledge in the territories and enable the expansion of the work of health professionals in the light of the integrality paradigm. Such assumptions are related to the attributes of Primary Health Care and guide assistance strategies in the School Health Program. This experience report deals with the contributions of the educational action carried out by a teaching-research-extension project that used the ludic method to discuss the interface between environment and quality of life. The Integrative Playful Experience (IPE), as an emerging group practice, is applied in health promotion through artistic manifestations. The objectives were: Describe the experiences on educational action linked to the theme: "Environment, Sustainability and Arboviruses", held in an elementary school in the Municipality of Rio de Janeiro and Discuss the potential of theater as a facilitating tool in debates on health, education and culture. Through the application of the IPE, we can see its contribution in adapting the language used in educational actions to the vocabulary of the student. Thus, the child easily understood the repercussions of the environment on their health, having the aspects of citizenship as a structuring axis for reflection. These educational practices provided the project's students with contact with the reality of the population and enabled the development of communication skills. The school is an environment for enhancing citizenship and promoting health in a humanistic view. To enable the community to take the lead in health education actions, theater emerges, a strategy that values community culture and health demands.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Holistic Health; School Health Services; Environmental Health; Primary Health Care.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

1. Identificar o teatro como prática grupal e Vivência Lúdica Integrativa emergente alicerçada no processo participativo e nas manifestações artísticas como forma de valorização da multiculturalidade.
2. Compreender a interface entre as PICS, a promoção da integralidade e a educação popular em saúde na produção do cuidado integral por meio de práticas que valorizam a cultura na perspectiva do território.

3. Discutir educação popular em saúde na modalidade lúdico teatral como ferramenta que potencializa os atributos da Atenção Primária à Saúde e às estratégias assistenciais utilizadas no cenário do Programa de Saúde na Escola.
4. Refletir sobre a importância de experiências exitosas, no campo das práticas educativas em saúde no contexto das PICS para a formação acadêmica com perfil humanístico e a ampliação da atuação dos profissionais de saúde no campo da APS.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são uma possibilidade de tratamento adicional à terapêutica hegemônica centrada na doença, uma vez que promovem práticas de cuidado à saúde sob a ótica humanizada. Sendo assim, busca-se o rompimento do modelo biomédico, propondo estratégias de cuidado pautadas no paradigma da integralidade. Além disso, esta visão ampliada de saúde, caracterizada como um dos pilares da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), busca atuar também na interação do indivíduo, meio ambiente e comunidade (BRASIL, 2015).

Sob esse prisma, cabe neste texto destacar os objetivos da PNPIC:

- Incorporar e implementar as PICS no Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às PICS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.
- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (IBIDEM).

Desse modo, as PICS são ferramentas basilares para a implementação do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde (APS). Sob esta ótica, os atributos essenciais e derivativos da APS orientados pelos pressupostos de Starfield (2002) são fundamentais para o desenvolvimento das práticas de atenção à saúde pautadas no paradigma da integralidade. De acordo com esta autora, os atributos essenciais e derivativos da APS são: Essenciais - a) Atenção no primeiro contato; b) Longitudinalidade; c) Integralidade; e d) Coordenação do cuidado. Derivativos - e) Orientação Familiar e Comunitária; e, f) Competência Cultural. Dentre esses atributos, podemos destacar os que entendemos convergir de forma mais direta e singular com a PNPIC:

1) a longitudinalidade, que apresenta a ideia da assistência continuada e integral no qual o indivíduo e sua família são acompanhados, de forma regular e multiprofissional, durante todas as fases da vida. Esse atributo é primordial para a criação de vínculo efetivo entre a equipe de saúde e o indivíduo, visando maior qualidade na assistência prestada, assim como preconizado pela PNPIC.

2) A integralidade, que pode ser compreendida numa perspectiva polissêmica, portanto, neste capítulo está dividida, grosso modo, em quatro dimensões a saber:

- a. reafirmação da promoção da saúde sob uma ótica ampliada da clínica no qual a mesma rompe com a visão restrita do processo saúde-doença pautado no determinismo biológico, para valorizar, com isso, os determinantes e condicionantes da saúde;
- b. garantia do acesso aos diversos serviços de saúde em seus vários níveis de complexidade e competências a fim de assistir o indivíduo em sua totalidade;
- c. abordagem integrada dos serviços de saúde interligando as ações de promoção, prevenção e recuperação; e,
- d. desenvolvimento de ações integrais prestadas à pessoa, sua família e comunidade, relativas à maneira que o profissional de saúde lida com a demanda daqueles que buscam sua assistência (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Estas quatro dimensões dialogam diretamente com a proposta da PNPIC que busca ofertar um cuidado integral, acessível e humanizado.

3) Orientação familiar e comunitária, que visa atender às necessidades em saúde de um indivíduo, sua família e comunidade à luz do contexto social. Para isso é importante entender a realidade, as condições de vida e os modos de viverem que a pessoa está inserida (REICHERT et al., 2016). Assim, este atributo da APS dialoga com a PNPIC, na medida em que ambos buscam desenvolver ações em saúde que melhor se adaptem à realidade do indivíduo, grupos e coletividades a partir de uma visão integral, incluindo a relação dos mesmos com o meio em que vivem.

É importante salientar que esses atributos também estão presentes na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Percebemos desta maneira, que os atributos da APS e os objetivos da PNPIC convergem para uma mesma abordagem à promoção da saúde. Entendendo que o processo de promoção da saúde, pautado numa abordagem integral, deve promover o protagonismo do sujeito, propõem-se ações em saúde que utilizam metodologias ativas para fortalecer ações inovadoras e apoiar experiências de educação popular em saúde na perspectiva do SUS. Dentre as ferramentas que contribuem para a valorização da comunidade e do saber coletivo, emerge a Educação Popular em Saúde. Segundo Stotz (1993, p.2) “A Educação Popular em Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes - humanista, cristã e socialista -, encontra seu denominador comum

no pensamento de Paulo Freire". Dessa forma, Ricardo e Stotz (2012) afirmam que, para refletir acerca do conhecimento referente ao processo de saúde-doença, de forma ampla, a educação popular em saúde é um instrumento potente que permite abranger aspectos socioculturais por meio de metodologia humana, espiritual e social onde são valorizadas plenamente as necessidades e demandas em saúde do indivíduo.

Para garantir que as práticas educativas em saúde ocorram de forma mais inclusiva e dinâmica, pode-se lançar mão da aplicação de métodos lúdicos para facilitar a produção de significados pelos usuários do SUS no contexto da APS. Estes métodos favorecem a criação de vínculo efetivo entre a equipe de saúde e a comunidade, viabilizando o contato com a sua realidade e construção de sentido às ações educativas em saúde. Por meio de tais práticas educativas, o indivíduo é colocado em uma posição de destaque em seu próprio aprendizado, no qual ele participa ativamente, interagindo e proporcionando a troca de saberes. Tendo discutido os aspectos inerentes à PNPIC e a APS, surge então como possível estratégia de abordagem complementar aos seus pressupostos, a ferramenta lúdico-teatral.

Apesar do teatro não ser considerado uma PICS, o mesmo apresenta potencialidades que dialogam diretamente com as diretrizes que regem estas práticas. O teatro permite o alcance ao indivíduo em toda a sua globalidade e especificidade, adotando estratégias criativas e permitindo que o processo de aprendizagem aconteça por meio do divertimento (NAZIMA, 2008). Convém ressaltar que a PNPIC contempla o teatro nas suas diretrizes ao estimular o apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre PICS em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação (BRASIL, 2006).

Sabendo da importância de tais práticas, é importante elencarmos a escola como ambiente propício para seu desenvolvimento. É na escola que surge uma atmosfera singular de relações, propícia para o desenvolvimento de pensamentos críticos e políticos, tendo como metas construir valores pessoais, ideais, concepções e maneiras diferentes de conhecer o mundo (LUCAS, 2013). Ademais a escola é um ambiente de potencialização da cidadania no qual se discute aspectos relevantes para a promoção da saúde e os diferentes saberes, numa perspectiva humanística, possibilitando a criação e recriação de formas de pensar, agir e compreender seu crescimento interior e o mundo a sua volta, incluindo a sociedade e o meio ambiente (LUCAS et al., 2020a).

Desta forma, o presente capítulo apresenta uma descrição acerca das experiências do projeto de ensino-pesquisa-extensão intitulado "O TEATRO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO SOCIOEDUCATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", vinculado à Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O projeto desenvolve atividades de educação em saúde na modalidade lúdico-teatral voltada para a APS no contexto da integração da ESF e do Programa Saúde na Escola (PSE), abordando temáticas relevantes para a saúde da comunidade escolar.

Neste capítulo, serão abordadas as experiências da equipe executora do projeto durante a apresentação do musical com a temática “Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses” em uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro. Traçamos então uma relação entre as experiências vivenciadas que possuem interface com as PICS sob a ótica que integra saúde, educação e cultura, no uso de metodologias ativas.

Sendo assim foram definidos os seguintes objetivos para este capítulo:

- I. Descrever as experiências do projeto sobre a ação educativa vinculada a temática: “Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses”, realizada em uma escola de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro;
- II. Discutir as potencialidades do teatro como ferramenta facilitadora em debates sobre saúde, educação e cultura.

2 | O TEATRO E AS PICS: INTERFACES PAUTADAS NAS VIVÊNCIAS LÚDICAS INTEGRATIVAS

O teatro é uma ferramenta dialógica que pode ser utilizada como uma estratégia pedagógica de aproximação da comunidade tanto à equipe de saúde, quanto à temática apresentada, possibilitando a compreensão do pensamento e da linguagem do outro (SANTOS, N. ALINNE; SANTOS, N. ALICE, 2012). Assim, essa ferramenta lúdica beneficia a criação de vínculo com a população propiciando uma abordagem integral em saúde e colaborando para ações intersetoriais. Estas ações objetivam o cuidado pleno, indo de encontro com a diretriz da PNPI que versa sobre a importância do estímulo às ações de múltiplos setores unidos para desenvolver práticas de assistência integral (BRASIL, 2015). Convém destacar que a ferramenta lúdico-teatral no contexto da educação popular em saúde é eficaz ao favorecer a centralização das práticas educativas no indivíduo (sujeito), sua família e a comunidade. Ademais, com a utilização do teatro, torna-se possível a reflexão sobre a importância da ampliação do conceito de saúde e a aquisição de autonomia do sujeito e da comunidade a partir dos seus ideais, vivências e necessidades.

Nesta perspectiva ganha destaque as relações entre pares e o ambiente a sua volta, envolvendo questões de promoção da saúde e prevenção de agravos (NAIDDO e WILLS, 1994 apud GUBERT et al., 2009). As práticas de educação popular em saúde na modalidade teatral, permitem ainda a reflexão sobre o processo de saúde-doença, de forma ampla, por valorizar plenamente as necessidades e demandas em saúde do indivíduo. Isto ocorre devido ao reconhecimento de aspectos socioculturais relacionados a este processo, por meio da metodologia humana, espiritual e social (RICARDO e STOTZ, 2012).

Para potencializar o processo criativo nas ações de promoção da saúde desenvolvidas na escola, os métodos lúdicos, tais como, o teatro são uma excelente alternativa. Estes métodos favorecem a integração da equipe de saúde e a comunidade, viabilizando a

participação social dos usuários nas atividades de promoção da saúde. Além disso, o teatro se constitui como instrumento vigoroso para auxiliar os profissionais na aproximação da abordagem centrada na pessoa, família e comunidade às práticas educativas.

Por meio das práticas lúdico-teatrais, o indivíduo é colocado em uma posição de destaque em seu próprio aprendizado, no qual ele participa ativamente, interagindo e proporcionando a troca de saberes (SAMPAIO et al., 2016; LUCAS et al., 2020a).

Sob esse prisma, o teatro consiste em uma metodologia ativa que dialoga com os objetivos e diretrizes da PNPIC na medida em que incentiva e fortalece a participação popular em todo o processo de educação em saúde (BRASIL, 2006). Ademais, promove um olhar ampliado sobre o processo de saúde-doença e estimula a conexão do ser humano com o meio ambiente e a sociedade contrapondo o modelo biomédico e curativista ainda utilizado nos tempos atuais (BRASIL, 2015).

Cabe destacar que o teatro auxilia no contexto sociocultural ao estimular reflexões, diversidade, inclusão social e o protagonismo do indivíduo que perduram em todos os ambientes de convívio social. Assim, a ferramenta lúdico-teatral colabora para a educação inclusiva criando um espaço acolhedor onde o sujeito é capaz de ampliar sua compreensão sobre si e sua participação na sociedade em que está inserido.

A utilização de ferramentas lúdicas, prevista na Política Nacional das PICS, também está referenciada na Portaria Estadual nº 274, de 27 de junho de 2011 do Estado do Rio Grande do Norte, que aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), instaurando uma nova modalidade de PICS: Vivências Lúdicas Integrativas. Estas são definidas como ações que promovem diferentes formas de sentir as emoções durante o processo de adoecimento humano, em diversos contextos, objetivando assim tornar físico o princípio da integralidade da vida. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA, 2011).

Sampaio et al. (2016) em uma pesquisa de campo, utilizou Oficinas de Vivências Lúdicas Integrativas para promover a educação inclusiva com professores e crianças em idade escolar. Neste estudo, os autores apontam que esta atividade como prática integrativa emergente e complementar à luz da PEPIC, permite o desenvolvimento individual e coletivo no que diz respeito à aquisição de habilidades para a vida. Isto ocorre na medida em que esse tipo de prática integrativa emergente promove nos participantes a reflexão sobre os significados atribuídos às ações de saúde.

Este processo de significação e/ou ressignificação é aspecto basilar para que a discussão sobre as temáticas emergentes relativas às práticas de promoção da saúde dialogue com a realidade vivenciada na comunidade de modo a facilitar mudanças efetivas nas práticas educativas em saúde (LUCAS, 2013).

As Vivências Lúdicas Integrativas são definidas como práticas grupais e sua aplicação está pautada na importância da troca de experiências/saberes entre os atores envolvidos no processo de promoção da saúde. Permitem assim que o próprio indivíduo atue

como agente educador em saúde para seus pares, estimulando o protagonismo durante a ação para a comunidade. Além disso tais práticas utilizam as manifestações artísticas para valorizar a multiculturalidade, objetivando maior identificação dos integrantes envolvidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016; LUCAS et al., 2020b).

Fazemos então uma aproximação entre essa prática grupal e o teatro, uma vez que a ferramenta lúdico-teatral é capaz de trabalhar com os aspectos artísticos e culturais de uma forma participativa, criativa, dialógica e emancipadora. Isto ocorre pois há a valorização de elementos culturais que dialogam com o universo do público-alvo, como personagens e músicas.

Ademais, existe a preocupação de adequar a história encenada com a realidade e o dialeto do público-alvo. Todos esses componentes produzem uma maior identificação dos escolares com a atividade de educação em saúde realizada. A criança é capaz de se envolver, compreender a mensagem e expressar os seus sentimentos, suas crenças e suas vivências a partir do momento em que seu protagonismo é encorajado, fazendo com que a prática educativa em saúde tenha significado para ela. Assim é possível externá-las durante a execução destas atividades.

Nesse contexto, o teatro tem similaridades com as PICS emergentes na PEPIC sendo inclusive considerado por Nascimento e Oliveira (2016) uma PICS grupal, ao promover um espaço acolhedor e incentivador do protagonismo do sujeito. Assim, o escolar se sente à vontade para expor aos demais as suas opiniões, sensações, vivências e crenças fazendo uso de um dialeto comum no cotidiano escolar. Esses momentos são valiosos para propiciar as trocas de saberes e as redes de apoio social que partem da socialização de experiências.

Essa comunicação ocorre por meio de uma linguagem simbólica e frequente naquele ambiente onde um escolar comprehende seus pares, provocando um mecanismo de identificação e ajuda mútua além de ressignificar os impasses culturais, ambientais, psicossociais emocionais e espirituais que perpassam pela saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

2.1 O teatro vivo na sala de aula

Considerando a importância do desenvolvimento das práticas educativas em saúde anteriormente citadas, o projeto em tela executa ações de saúde utilizando essa abordagem lúdica nas escolas do município do Rio de Janeiro. O público-alvo é a comunidade escolar sendo essa composta pelas crianças em idade escolar, adolescentes, seus familiares/responsáveis, professores, coordenadores e demais profissionais que atuam na escola. Ademais, o projeto possui uma parceria com a Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) 3.1 e está inserido nas ações do PSE mediante a execução de estratégias pautadas na assistência prestada pela APS.

Cabe destacar que as temáticas são apresentadas aos escolares, que escolhem livremente as peças que desejam assistir conforme a motivação de cada turma/grupo. Foram elaboradas dramatizações no formato de musical contendo personagens e músicas do universo da comunidade escolar. Cada pré-roteiro possui 2 finais alternativos e o final dramatizado no momento é escolhido pela plateia a fim de propiciar a participação ativa da comunidade durante o próprio processo de educação em saúde. Dito isso, ressaltamos alguns temas que são abordados nestas apresentações, tais como: Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses; Alimentação Saudável; Higiene Corporal; Prevenção de Acidentes; Igualdade de Gênero; Bullying; dentre outros. Nossa experiência com a ferramenta lúdico-teatral se iniciou em 2016 e se dá até a atualidade. Dentre nossas ações em saúde, estivemos em escolas municipais, fundações sem fins lucrativos e clínicas da família do município do Rio de Janeiro.

O presente relato versa sobre a ação educativa, em formato de musical intitulado “A Floresta Encantada”. Nesta atividade, por meio de uma linguagem clara e acessível, foi abordada a temática “Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses”. Esta dramatização foi destinada ao público infantil e utilizou músicas e personagens que dialogavam com o universo dos escolares. Dentre os personagens tínhamos: a Mãe Natureza, uma figura ficcional; Finn, um personagem aventureiro do desenho animado “Hora de Aventura”; a bruxa Blair; e o Mosquito Aedes aegypti.

Ademais, foram elaboradas, pela equipe do projeto, paródias que abordam o tema em questão. Estas paródias são entendidas pela equipe do projeto como estratégias de comunicação lúdico-criativas que facilitam a aproximação do público-alvo com a temática e despertam seu interesse pela atividade, beneficiando a criação de vínculo entre a equipe executora e a plateia. Auxilia assim no processo de reflexão e percepção de responsabilidade consigo, com a sociedade e com o meio ambiente a partir da própria vivência do escolar.

A peça transcorre em uma floresta repleta de árvores verdes, frutos suculentos, flores coloridas e um rio de água cristalina. Neste local habitam seres de diversas espécies que vivem em harmonia. Em certo dia tudo isso muda com a chegada de uma bruxa, Blair. Mãe Natureza e Finn a recepcionam cordialmente, porém Blair só deseja poluir o meio ambiente espalhando lixo em todo o cenário e poluindo o rio. Em seguimento, com a presença de toda poluição e acúmulo de água em recipientes destampados, um amigo da bruxa resolve visitá-la e depositar seus ovos, seu nome é Mosquito Aedes aegypti. Esses eventos provocam espanto em Finn, pois ninguém nunca havia visto este inseto na região.

A Mãe Natureza faz Finn refletir, explicando-lhe a importância de preservar o meio ambiente para a manutenção da vida. Ele descobre que por meio da natureza há água, oxigênio e alimentos diversificados. No mais, o meio ambiente também proporciona relaxamento, diversão e liberdade. Esses elementos auxiliam de maneira positiva no processo de amadurecimento, bem-estar psicológico, sociológico, emocional e resistência dessas crianças.

Já o Mosquito é compreendido como um vetor de doenças sendo elas: dengue, chikungunya e zika. A Mãe Natureza explica que combater esse inseto é a melhor maneira de prevenir tais enfermidades, mostrando que para isso é necessário cobrir recipientes com água e retirar este líquido acumulado de pneus e jarros de plantas. Juntos, a Mãe Natureza e o aventureiro recolhem todo o lixo despejado no meio ambiente.

Enquanto isso, a figura ficcional canta uma paródia da música “Baile de Favela” interpretada pelo cantor Mc João denominada “Regra dos 3 Erres”, para ensinar a Finn sobre a importância da reciclagem. Para ilustrar segue trecho da paródia: *“Reduzir é a regra dos 3 erres/ E recicla é a Regra dos 3 erres/ E reutiliza é a regra dos 3 erres/ pra fazer o mundo mais belo é pra isso que ela serve/ Se é metal, joga no amarelo/ Se for vidro, joga no verinho/ Plástico vermelho, assim eu espero/ E o papel no azul porque é esse que é o certo.”*

A bruxa demonstra descontentamento com as ações de sustentabilidade e saúde, voltando a espalhar toda a sujeira no ambiente. Por consequência desses atos, Mãe Natureza enfraquece apresentando-se frágil e debilitada. Finn observando todo o caos e refletindo sobre o que foi ensinado, resolve oferecer à bruxa uma segunda chance para se arrepender e ajudá-lo a salvar a Mãe Natureza. Ele acredita que todas as pessoas são merecedoras de uma nova oportunidade e que a realização dos comportamentos sustentáveis é um dever de toda a sociedade.

Essa apresentação possui 2 finais alternativos, que mantém a mensagem principal, previamente elaborados pela equipe executora. A seleção do desfecho desejado para a performance é realizada por meio de votação da plateia, favorecendo o seu protagonismo. No final 1, Blair comprehende os efeitos de seus atos e se alia a Finn para cantarem uma música que auxilia na recuperação da Mãe Natureza. No final 2, a bruxa não demonstra remorso e é enganada por quem menos esperava, seu amigo Mosquito. Após ser picada, Blair comprehende as repercussões de suas atitudes e une-se a Finn para juntos salvarem a Mãe Natureza.

A apresentação desta peça foi realizada em uma escola Municipal localizada na zona sul do Rio de Janeiro após uma breve introdução da temática conduzida pelo coordenador do projeto. Participaram desse momento duas turmas de diferentes anos do ensino fundamental. Observamos que durante a apresentação, as crianças de 6-7 anos obtiveram maior interação do que as de ano escolar mais avançado.

Um fator relevante para essa interação foi a adoção de personagens conhecidos do universo infantil, a linguagem acessível e utilização de paródias. Estas estratégias auxiliam na compreensão de um assunto extenso e complexo e despertam o interesse das crianças em assistir, interagir e aprender. À vista disso, a peça teatral oportunizou um diálogo mais dinâmico e eficaz, e facilitou a ressignificação das ações educativas em saúde para estas crianças. Além disso, a escolha do final do musical possibilitou a participação da comunidade escolar contribuindo para o seu próprio processo de educação em saúde tornando-os agentes propagadores de saúde em seu meio social e ambiental.

Baseado nas experiências exitosas da execução do musical em tela, podemos inferir que a educação popular em saúde é uma ferramenta de intervenção que privilegia as condições elementares para a prática do exercício de cidadania da criança. Partindo desse pressuposto, convém ressaltar a concepção do direito à saúde como componente essencial para a garantia de ambientes saudáveis, bem como o dever da preservação do meio ambiente e o consumo sustentável. Isto porque esses aspectos podem atuar como molas propulsoras da agenda ambiental contemporânea nas escolas para mobilizar esta geração de crianças em direção a hábitos que possam propiciar a melhoria da qualidade de vida e de saúde para as próximas gerações.

Ademais, a prática educativa desenvolvida na modalidade de educação popular permitiu ampliar a compreensão do conceito de saúde que o escolar possuía, inserindo a perspectiva do meio ambiente como um componente imprescindível para a manutenção do bem-estar abrangente. A partir dessa compreensão, o público-alvo tornou-se agente multiplicador dos saberes compartilhados. Assim, o uso de metodologias ativas para promover a educação em saúde favoreceu a inserção do significado do tema no universo infantil incentivando a emancipação, o diálogo e a participação social por intermédio do desenvolvimento e do fortalecimento da cidadania da população assistida. Isso permite compreender que esses sujeitos são agentes ativos e críticos em toda essa ação (GOLDSCHMIDT, 2010).

Este protagonismo da comunidade, propiciando a participação popular nas ações referentes à Atenção Primária à Saúde, tem sua relevância defendida na própria PNPIC, mais uma vez, aproximando tal política da utilização da ferramenta lúdico-teatral. Além disso, como as PICS buscam entender a relação do ambiente com a saúde do indivíduo, apontamos a importância de abordar a temática proposta visando a promoção da saúde do escolar. Isto ocorre, uma vez que, para a criança entender as repercussões do meio ambiente a saúde, precisamos utilizar uma metodologia que aproxima o escolar da temática, discutindo aspectos complexos inerentes ao tema de forma clara e objetiva.

Em adicional, podemos apontar a importância da discussão sobre a prevenção das arboviroses, como tópico essencial para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. Isto porque as arboviroses, tais como: dengue, Chikungunya, Zika e febre amarela urbana, são entidades nosológicas caracterizadas por doenças infecciosas com perfil de morbimortalidade que impacta negativamente os indicadores de saúde das populações mais vulneráveis do nosso país (LOPES et al., 2014). Sendo assim, a inclusão da temática das arboviroses nas escolas como temática de uma ação educativa lúdico-teatral potencializou a discussão sobre a importância da participação comunitária no protagonismo das ações de promoção da saúde no âmbito da comunidade escolar.

Sob a ótica da educação popular em saúde como uma ferramenta que fortalece a visão de cidadania do indivíduo por instigar o pensamento crítico e as reflexões a partir da compreensão da realidade e condições de vida da comunidade, citamos também o

movimento “SUS nas Ruas”. Este movimento teve início no Estado da Paraíba, sendo protagonizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) com a finalidade de abranger as ações de educação e vigilância à saúde no contexto da pandemia de COVID-19.

Dessa forma, com fundamento no vínculo com a comunidade e a preocupação em estimular a autonomia do sujeito no processo de educação em saúde, foram adotadas estratégias de compartilhamento de informações sobre o controle da pandemia por meio de programas de rádio, bicicletas com caixa de som, WhatsApp como instrumento de organização da atenção à saúde e possibilidades de desenvolver práticas integrativas a distância, cartazes com as principais normas de cuidado distribuídos em domicílios, dentre outros (RUIZ; MARTUFI, 2020).

Essa iniciativa de ir às ruas para informar a população sobre saúde permitiu combater as informações falsas e compreender, dentro da realidade vivenciada, as condições de vida e o significado que a comunidade atribui a pandemia. Assim, é possível adequar as atividades de promoção à saúde às necessidades do público assistido e aproximar o assunto abordado valorizando o conhecimento popular e os modos de viver em comunidade.

No que concerne a experiência da equipe executora do projeto na ação educativa sobre Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses, evidenciamos que o teatro é um método facilitador para promover a educação popular em saúde, expondo e debatendo assuntos pertinentes à faixa-etária em questão. Compreendemos que esta ferramenta lúdica é capaz de captar a atenção das crianças por trabalhar com o imaginário transformando um conteúdo denso em descontraído e dinâmico. Além disso, o teatro é multifacetado pois aborda com responsabilidade e compromisso social questões relativas à cidadania, sustentabilidade, reciclagem, arboviroses e educação ambiental.

A educação ambiental, compõe-se por atitudes individuais e coletivas que objetivam a preservação do meio ambiente e elevação da qualidade de vida. Assim, cabe ressaltar seu papel imprescindível para a saúde por operar como instrumento de sustentação às políticas públicas que favorecem as práticas geradoras de vida e de saúde. Sua execução favorece a consolidação das PICS por propiciar ambientes públicos e privados que tencionam a promoção de práticas saudáveis e ecológicas. Além de estimular valores sociais, raciocínio lógico e crítico baseado na realidade da comunidade, senso de responsabilidade e sensibilização pelos assuntos sobre meio ambiente (JÚNIOR et al., 2017).

É importante discutirmos que no cenário de prática selecionado como ambiente de atuação deste projeto, as atividades de educação em saúde estão predominantemente centralizadas no modelo hegemônico, pautado no controle de sinais, sintomas e na doença. Essa realidade provocou inquietações na equipe executora do projeto que justificaram a decisão de elaborar ações de extensão que viabilizassem o empoderamento do público infantil. Em adição, objetivamos ofertar práticas de cuidado integral que visam a promoção e a prevenção de problemas de saúde e a integração do ser humano com o ambiente e a sociedade por meio de uma abordagem lúdica e acolhedora.

Para isso, a escolha da temática deveria se atentar a um significado que conversasse com a realidade, os sentimentos e a faixa etária, de 6 a 12 anos, daqueles escolares e que estivesse associado ao projeto pedagógico da escola.

É importante salientar a necessidade de adequar essa ação à realidade da comunidade escolar considerando o seu conhecimento prévio. Esse quesito é essencial para que o público-alvo possa compreender e implementar os saberes em saúde em seu cotidiano. Isto reforça seu protagonismo e cria um espaço receptivo para a troca horizontal de conhecimentos, fortalecendo sua participação ativa durante as práticas de promoção da saúde e estreitando laços entre os escolares assistidos e a equipe executora.

Compreendemos que a estratégia de estimular e fortalecer o protagonismo infantil sob a ótica de saúde, cidadania e meio ambiente, impulsionou os próprios escolares a se envolverem mais efetivamente com as ações de educação em saúde. Isto despertou reflexões sobre autocuidado, convivência social e noções de prudência com o ecossistema na condição de figura central das práticas de promoção da saúde.

O escolar é um cidadão em formação que constrói opiniões e composições ideológicas sobre aspectos culturais, emocionais, psicológicos e biológicos. Ademais, é visto como um ser humano com capacidade de reflexão e crítica da realidade. Isso é revelado por meio de seu interesse, mobilização e criatividade diante das atividades de promoção da saúde desempenhadas na escola. Essa afirmação é reforçada também pelo reconhecimento da equipe executora, mesmo sem a caracterização dos personagens, tornando perceptível o nível de concentração dispensado às ações de educação em saúde e o registro de memória do musical.

Nesse contexto, as ações de promoção à saúde estão correlacionadas à cultura de um determinado povo assumindo o significado de informação em consonância com a sua realidade. Cabe destacar que, as teias de significados, caracterizadas por Geertz (2011), são aspectos culturais contendo significados sociais para um indivíduo e a comunidade a qual ele pertence, na qual se faz necessária à análise à luz do contexto vivenciado para compreendê-lo em sua totalidade, valorizando seu conhecimento prévio bem como suas percepções e seus princípios e, mediante a isso, ampliar a visibilidade dos determinantes socioculturais no processo saúde-doença (LUCAS, 2013).

Sob essa ótica, a escuta qualificada, o cuidado integral, o acolhimento, o tratamento digno e o respeito são essenciais para favorecer a construção de vínculo com o público-alvo. Acreditamos que esses conceitos privilegiam o cuidado integral ao priorizar o sujeito e incentivar o seu protagonismo no processo de educação em saúde. Dito isso, percebemos que a integralidade se estabelece por meio de ação social democrática envolvendo a comunidade assistida, especialmente na APS. Assim, é viabilizado o entendimento de como ocorre o significado de viver e adoecer que estão atrelados a sua história de vida e que deverá repercutir sobre a assistência de saúde ofertada (IBIDEM).

Além disso, o fortalecimento de elementos culturais favorece o processo de educação em saúde no contexto da APS. As músicas são um exemplo para essa afirmação. As

paródias utilizadas nas dramatizações são de comum conhecimento da plateia assistida, o que favorece capturar sua atenção e promover a reflexão e a interação da mesma. Ao traçar novamente uma relação entre esse tipo de estratégia e as Vivências Lúdicas Integrativas, conseguimos determinar os benefícios da valorização da cultura. Segundo Sampaio et al. (2016), esta metodologia de utilizar paródias conhecidas é capaz de resgatar memórias afetivas, propiciando modos de sentir distintos. Isto está diretamente ligado aos contextos socioculturais onde o sujeito analisa o seu significado social de saúde e doença e remete isso a sentimentos como alegria e tristeza. Ademais, é possível resgatar aprendizados de longa data nos quais, por meio das emoções, se podem formar indivíduos mais equilibrados emocionalmente e menos suscetíveis a sofrer danos psicoemocionais.

Nesta perspectiva, este tipo de atividade grupal se torna uma alternativa interessante para compreender aspectos pessoais e internalizados que refletem na atitude do sujeito durante a vida, assim, é possível comprehendê-lo melhor. Isto favorece a concepção que visa à autonomia do sujeito em seu próprio processo de saúde-doença e a sua coparticipação quanto cidadão na produção de vida e saúde perante a sociedade e ambiente em que está inserido (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

2.2 Contribuições do teatro para os estudantes de graduação participantes do projeto na perspectiva das PICS

As atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo projeto por meio do teatro oportunizam, ainda na graduação, que os extensionistas tenham contato com a realidade da população. Essa proximidade com o sujeito e o meio em que vive é de extrema importância para levantar assuntos de saúde emergentes da comunidade com uma linguagem acessível de forma a atribuir maior significado à ação de promoção da saúde para o público assistido nos territórios adstritos às clínicas de família participantes. Isto implica na criação de vínculo entre a equipe executora e o público-alvo, o aprofundamento de conhecimentos que envolvem as práticas de promoção da saúde e a ampliação das estratégias de cuidado que serão muito proveitosas para os graduandos. Assim, a graduação é um período propício para a aquisição de habilidades e competências que visam a configuração de um perfil profissional humanístico, permitindo aos estudantes a adoção de uma postura reflexiva e crítica, os capacitando para a prática profissional no contexto do SUS, incluindo a APS.

Para mais, a educação em saúde na modalidade lúdico-teatral auxilia no desenvolvimento de habilidades comunicacionais com a comunidade assistida. Isto porque, o teatro é uma estratégia que aproxima a cultura, os modos de viver que estão inseridos na comunidade escolar e as sensações que a temática reflete no sujeito. Além disso, as atividades lúdicas oportunizam aos graduandos a experimentação, durante a formação acadêmica, do processo de desconstrução da visão biomédica, muitas vezes hegemônica nos cursos de graduação da área da saúde.

O distanciamento desse modelo centrado na doença, se faz necessário para dar lugar ao processo de ensino-aprendizagem pautado no paradigma da integralidade. Com isso, a equipe do projeto pôde refletir sobre as práticas de promoção da saúde centralizadas na criança, sua família e comunidade, valorizando os aspectos da cultura local tendo como referência o cuidado integral à saúde. (SIGAUD, 1996; LUCAS et al., 2020a).

Dito isso, o teatro auxilia também no ensino das PICS durante a formação universitária, pois favorece a troca de conhecimento e a criação de vínculo entre os discentes e comunidade assistida à luz da PNPIC. Esse vínculo com a comunidade é estratégico para que as ações em saúde dialoguem com a realidade que as pessoas vivenciam, promovendo sentido prático e efetivo às intervenções realizadas. Com isso, os profissionais de saúde podem transcender as práticas meramente curativistas para compreender as reais necessidades de saúde dos usuários, bem como de sua família por meio de aspectos culturais.

Convém destacar ainda que a experiência da equipe executora do projeto nos permite afirmar que a integração das Vivências Lúdicas Integrativas com a temática “Meio Ambiente, Sustentabilidade e Arboviroses”, na perspectiva da educação popular em saúde, criou uma janela de oportunidade para implementação de práticas em saúde articuladas com os atributos da APS, a saber: integralidade, longitudinalidade e a orientação familiar e comunitária. Isto propicia uma atenção interdisciplinar que visa o cuidado integral dos grupos humanos e coletividades na perspectiva do território, valorizando os aspectos concernentes à cidadania, e a influência do meio ambiente na saúde da população.

Notamos então que a ferramenta lúdico-teatral ajuda a incorporar os objetivos da PNPIC e os atributos da APS nas ações de educação em saúde que são realizadas no ambiente escolar. Assim, o graduando consegue ter contato com outras áreas de conhecimento e ampliar sua visão sobre o conceito de saúde, promovendo um cuidado centrado na pessoa, família e comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbrada a experiência exitosa do projeto, observamos que a ferramenta lúdico-teatral tem a capacidade de potencializar as ações de promoção da saúde, encorajando o protagonismo infantil nas práticas de promoção da saúde. Além disso, o teatro se constitui como metodologia ativa potente do processo de ensino-aprendizagem em saúde se distanciando do modelo de ensino tradicional biomédico centrado no paradigma cartesiano. Portanto, a utilização dessa metodologia ativa facilitou a comunicação com as crianças, uma vez que proporcionou a conexão dos assuntos que envolvem saúde, meio ambiente e cidadania com o universo infantil.

Perante esta perspectiva, essa ação de educação em saúde atuou em parceria com a escola para propiciar uma assistência integral e continuada. Isto favoreceu a criação de

vínculo com os usuários enriquecendo a atividade de promoção da saúde por meio das trocas de saberes. Vale salientar que a prática educativa realizada se constituiu como uma oportunidade de rompimento com o paradigma tradicional flexneriano, fortalecendo a ideia do aprendizado horizontal caracterizada pela participação ativa da comunidade escolar em todo o processo.

Concluímos que a atividade desenvolvida por meio do teatro concorda com as propostas das PICS que almejam promover um ambiente acolhedor, dialógico e emancipatório. Admite ainda a participação de uma equipe multisetorial que assegura a oferta de um cuidado pleno e humanizado. Nesse processo, a criança é encorajada a exercer a autonomia por meio da cooperação durante a dramatização, expressando suas opiniões, crenças e saberes populares sobre o tema em destaque. Ademais, amplia o conceito de saúde que o escolar possui auxiliando na promoção de saúde e na prevenção de numerosas enfermidades assistidas na APS.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

1. O teatro é uma ferramenta que se distancia do paradigma biomédico. Como sua integração com as PICS pode colaborar na valorização do saber popular e protagonismo da criança em idade escolar?
2. Como o teatro pode ser utilizado para a incorporação dos objetivos da PNPIc nas atividades de educação em saúde?
3. Qual é a definição de Vivências Lúdicas Integrativas?
4. O teatro pode ser considerado uma Vivência Lúdica Integrativa? Por quê?
5. De que forma o teatro pode potencializar as práticas de educação em saúde desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde?
6. Baseado na experiência relatada no capítulo, quais as colaborações do teatro para o ensino das PICS e a formação acadêmica na área da saúde em nível de graduação?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ATITUDE DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO.** 2^a. ed. Brasília - DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. 7-95 p. ISBN 978-85-334-2146-2. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 971. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília - DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 16 out. 2020.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas.** 1ª ed. [Reimpr.], Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GUBERT, F. do A.; SANTOS, A. C. L. dos; ARAGÃO, K. A. et al. **Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):165-72. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46914/23018>>. Acesso em: 17 mar 2021.

GOLDSCHMIDT, Irene Leonore. **Arte e saúde. o teatro na educação em saúde.** 2010. Dissertação (Mestrado Profissionalizante de Educação Profissional em Saúde) - Escolas Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8895/2/Irene_Goldshmidt_EPSJV_Mestrado_2010.pdf. Acesso em: 31 jun 2021.

JÚNIOR, F. E. de B.; SILVA, R. A.; LUNA, A. L. N. da L. et al. **Horta e vida: integrando educação ambiental e práticas complementares para promoção da saúde na atenção básica.** Anais CONGREPICS. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/31854>>. Acesso em: 17 mar 2021.

LOPES, Nayara;NOZAWA, Carlos; LINHARES, Rosa Elisa Carvalho. **Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil.** 2014. RevPan-Amaz Saúde, v. 5, n. 3, p. 55-64, 2014. DOI 10.5123/S2176-62232014000300007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v5n3/v5n3a07.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.

LUCAS, E. A. J. C. F. **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil.** 2013. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07052013-163232>>. Acesso em: 17 mar 2021.

LUCAS, E. A. J. F.; CARVALHO, L. L; CLARO, L. R. et al. **O teatro como instrumento socioeducativo na escola - experiências exitosas.** In: Enfermagem moderna: bases de rigor técnico e científico 6.

Organizadora SOMBRA, Isabelle Cordeiro de Nojosa. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020a. v. 6, cap. 17, p. 167-178. ISBN 978-85-7247-931-8. DOI: 10.22533/at.ed. 31820170117. Disponível em: <<https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/29567>>. Acesso em: 20 fev 2021.

LUCAS, E. A. J. F.; CARVALHO, L. L; CLARO, L. R. et al. **O teatro e a educação em saúde na escola: relato de experiência.** Interagir: pensando a extensão, v. 0, n. 29, p. 50-62, 2020b. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/50780/36278>>. Acesso em: 20 fev 2021.

NASCIMENTO, M. V. N. D.; OLIVEIRA, I. F. D. **As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.** Estudos de Psicologia (Natal), 21(3), 272-281. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n3/1413-294X-epsic-21-03-0272.pdf>>. Acesso em: 17 mar 2021.

NAZIMA, T.J.; CODO, C.R.B., PAES I.A.D.C et al. **Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência.** Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2008 mar; 29(1):147-5. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5313/3014>>. Acesso em: 20 fev 2021.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** RevBrasEnferm, v. 66(esp), p. 158-64, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2020.

REICHERT, A. P. S.; LEÔNICO, A. B. de A.; TOSO, B. R. G. et al. **Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança.** Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 1, p. 119-127, Janeiro. 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n1/119-127/pt>>. Acesso em: 28 dez 2020.

RICARDO L. M.; STOTZ, E. N. **Educação popular como método de análise: relações entre medicina popular e a situação-limite vivenciada por trabalhadores do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra.** Rev APS. 2012; 15: 435-42. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Educa%C3%A7%C3%A3oPopular.pdf>>. Acesso em 28 dez 2020.

RUIZ, D.; MARTUFI, V. **Movimento “O SUS nas ruas”.** Rede APS. 2020. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/2020/07/26/movimento-o-sus-nas-ruas/#:~:text=O%20Movimento%20E2%80%9CO%20SUS%20nas,definir%20pautas%20conjuntas%20de%20 reivindica%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SAMPAIO, A. T. L.; Nelson, I. C. A. D. S. R.; Custódio, D. K. S. A. et al. **A contribuição das práticas integrativas e complementares no processo de inclusão.** Campina Grande. Anais eletrônicos. Paraíba. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30451/1/AContribuicaoDasPraticasIntegrativasEComplementares_2016.pdf>. Acesso em: 22 out 2020.

SANTOS; SANTOS. **O teatro e suas contribuições para educação infantil na escola pública.** Campinas, 2012. Disponível em: <http://www2.unimep.br/endipe/3252p.pdf>. Acesso em: 20 fev 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA. **Proposta preliminar para institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Estado do Rio Grande do Norte.** Coordenação de Promoção à saúde. Natal, RN: Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN-SESAP. 2011.

SIGAUD, C. H. S.; VERRISSIMO, M. D. L. R. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.** São Paulo: EPU, 1996. 270 p.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf>. Acesso em: 22 out 2020.

CAPÍTULO 14

CONHECENDO AS PLANTAS MEDICINAIS POR INTERMÉDIO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2023

Claudia Lima Campos Alzuir

**Eduardo Alexander Julio Cesar Fonseca
Lucas**

Alexandre Oliveira Telles

Lucia Maria Pereira de Oliveira

Julio César Quaresma Magalhães

Sérgio Coelho Gomes

Rundsthen Vasques

RESUMO: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde apesar de legitimadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS e fazerem parte das ações em saúde disponibilizadas no SUS ainda apresentam desafio relacionado à sua implementação: a formação qualificada de profissionais para assegurar tais práticas, sobretudo na Atenção Primária à Saúde e a oferta das disciplinas e projetos de extensão em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS ainda é escasso. Por outro lado, percebemos a necessidade de compartilhar a experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade na construção deste projeto de extensão com a troca de experiências entre professores da área da saúde e da área tecnológica, alunos

de graduação e pós-graduação em saúde de diversos cursos e com a participação da comunidade atendida em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. O objetivo deste capítulo é relatar uma experiência em interdisciplinaridade, intersetorialidade com participação comunitária, na construção e implementação de um projeto de extensão em educação em Saúde sobre o uso de plantas medicinais. A metodologia utilizada é um relato de experiência sobre a elaboração e implementação de um projeto extensionista sobre a difusão do uso de plantas medicinais aos usuários da Atenção Primária à Saúde - APS, por via remota, pelos alunos de graduação e professores da área da saúde e tecnológica, com a parceria de profissionais de uma unidade de APS. Ao longo da elaboração e implementação deste projeto de extensão, ainda em andamento, pudemos observar a importância da construção de saberes de diversas áreas multiprofissionais de forma integrada e da competência cultural das comunidades, aproximando a universidade dos serviços de saúde e da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação comunitária, plantas medicinais, educação em saúde.

ABSTRACT: The Integrative and Complementary Practices in Health, despite being legitimized by the World Health Organization - WHO and being part of the health actions made available in the SUS, still present a challenge related to its implementation: the qualified training of professionals to ensure such practices, especially in Primary Care Health and the offer of courses and extension projects in Integrative and Complementary Practices in Health - PICS is still scarce. On the other hand, we realize the need to share the experience of interdisciplinarity and intersectionality in the construction of this extension project with the exchange of experiences between health and technological professors, undergraduate and graduate students in health from various courses and with the participation of the community assisted in a Primary Health Care Unit. The objective of this chapter is to report an experience in interdisciplinarity, intersectionality with community participation, in the construction and implementation of an extension project in Health education on the use of medicinal plants. The methodology used is an experience report on the elaboration and implementation of an extension project on the dissemination of the use of medicinal plants to users of Primary Health Care - PHC, remotely, by undergraduate students and professors in the health and technology, with the partnership of professionals from an APS unit. During the elaboration and implementation of this extension project, which is still in progress, we were able to observe the importance of building knowledge from various multidisciplinary areas in an integrated manner and the cultural competence of the communities, bringing the university closer to health services and the community.

KEYWORDS: interdisciplinarity, intersectionality, community participation, medicinal plants, health education.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Compreender a interdisciplinaridade e a intersetorialidade por meio da ação conjunta da universidade com a rede de serviços do SUS, contando com a participação de alunos, professores e profissionais de saúde na construção de conhecimentos e compartilhamento de saberes.
- 2) Descrever a participação da comunidade e troca de saberes com vistas à produção de material educativo em plantas medicinais; em consonância com a realidade populacional atendida pela rede SUS.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Histórico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) no Brasil

Legitimadas pela Organização Mundial da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares apresentam demanda crescente e têm a formação profissional como um dos maiores desafios para o seu avanço no Sistema Único de Saúde (SUS). Analisando a oferta destas disciplinas nas universidades públicas e privadas nos diversos cursos na área da saúde, verifica-se a necessidade da ampliação e qualificação do ensino de Práticas Integrativas e Complementares, dentre eles a inserção integrada em cursos de saúde

visando à interação e complementaridade entre saberes distintos e apoiada na perspectiva do cuidado integral e referenciada em literatura nacional e internacional (NASCIMENTO et al, 2018). Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, levando em conta que 80% da população mundial utiliza essas práticas através de preparações destas no que se refere à Atenção Primária à Saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo (BRASIL, 2018).

No Brasil, em 1985 foi feito um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fiocruz, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Instituto Hahnemaniano do Brasil institucionalizando a assistência homeopática na rede pública de saúde. Em 1985, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) deliberou pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde. Em 1988 as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (BRASIL, 2006).

Em 2003 o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho com representantes institucionais de diversas especialidades das medicinas não convencionais, que apresentou as diretrizes de uma política pública, denominada de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no SUS, incluindo a Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, a Homeopatia, a Medicina (BRASIL, 2006).

Em 2006 foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, sendo instituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006. Esta portaria ampliou as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, a fitoterápicos e a serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Somando-se a isso, o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído em 2007, visa “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”. Com vistas a atingir o objetivo desse programa, dentre as proposições, destaca-se a de “Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros” (BRASIL, 2007).

Em 2018 o Ministério da Saúde lança uma nova PNPIC no SUS, visando ampliar o acesso às PICS, com ênfase na atenção básica, contribuindo para a resolubilidade do sistema, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável das comunidades e estimulando o controle social (BRASIL, 2018).

Hoje, o SUS disponibiliza 29 Procedimentos de PICS à população: Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Plantas medicinais e fitoterapia e Termalismo social/crenoterapia, arteterapia, Ayurveda, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Quiropraxia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Medicina antroposófica, Biodança, Dança circular, Osteopatia e Reflexologia, aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de florais e Reiki (BRASIL, 2018).

1.2 Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e clínica ampliada

Assim, embasados nas legislações e considerando os saberes populares e as suas práticas de utilizações, pretende-se com este relato compartilhar uma experiência exitosa de interdisciplinaridade e intersetorialidade na construção de um projeto de extensão que não objetiva a difusão do uso correto de plantas medicinais de forma cartorial e vertical pelos profissionais de saúde aos usuários da clínica da família, mas o compartilhamento de experiências entre professores da área da saúde e tecnológica, alunos de graduação e pós graduação em saúde de diversos cursos com a participação da comunidade.

Neste contexto, partimos da reflexão sobre o conceito de interdisciplinaridade e de clínica ampliada, que é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização, criada em março de 2003, durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz Não Violência, realizado em Natal/RN, que propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário.

A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado para tender às complexidades humanas e proceder de forma cada vez mais transversal, exigindo uma forma de pensar mais ampla, menos cartesiana contando com os componentes compartilhados de saberes (POMBO, 2008).

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e, só a partir da década de 60, começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado. Por outro lado, os cursos de graduação na área da saúde durante o século XX adotaram um modelo fragmentador e biologicista, sendo, a partir da década de 70 questionado, ficando conhecido como modelo flexneriano (MINAYO, 1991).

A reforma universitária em 1968 foi fortemente embasada no Relatório de Flexner, focou numa formação clínica predominantemente hospitalar, pouco interessada nos aspectos preventivos e de promoção da saúde (MIRANDA et al, 2020). O tema da interprofissionalidade tem mobilizado, recentemente, os educadores, pesquisadores, gestores, trabalhadores, conselheiros, organismos e instituições de saúde e educação e

vem ganhando contornos de um movimento com a realização de eventos, como o Colóquio Internacional sobre Trabalho e Educação Interprofissional, realizado em Natal (RN), em 2015, organizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS), e na criação de estruturas, como a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (Reip) (PEREIRA, 2018).

A interdisciplinaridade tem sido considerada como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual, com seus desafios. Entre eles, encontram-se os problemas de saúde (VILELA, MENDES, 2003). A interdisciplinaridade, como fenômeno gnosiológico e metodológico, está impulsionando transformações no pensar e no agir humanos em diferentes sentidos. Retoma, aos poucos, o caráter de interdependência e interatividade existente entre as coisas e as ideias, resgata a visão de contexto da realidade, demonstra que vivemos numa grande rede ou teia de interações complexas e recupera a tese de que todos os conceitos e teorias estão conectados entre si (THIESEN, 2008).

As experiências têm indicado que o exercício da formação em saúde em sintonia e articulação com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado um maior alargamento político e epistemológico do campo de saberes e práticas, possibilitando o surgimento de novos arranjos, diversidade e diferenças em relação ao modelo biomédico de profissionalização. No SUS, a interprofissionalidade tem se constituído em uma referência para as mudanças do trabalho e da formação em saúde, que são necessárias para a realização da saúde, de forma integral e universal, presente em ações estratégicas como o trabalho em Equipes de Saúde da Família (ESF), de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e na Atenção Básica (AB); como a formação em programas de pós-graduação profissional em saúde da família (ProfSaúde), de educação pelo trabalho na saúde (PETSaúde) e vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), assim como o projeto de provimento e educação em serviço de profissionais médicos (Programa Mais Médicos para o Brasil) (PEREIRA, 2018).

Ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm mutuamente entre si criando os modos pelos quais compartilhamos experiências. A qualidade de nossos compartilhamentos interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e, assim, em nossas compreensões, relacionamentos e disposição de nosso saber-fazer. É frequente ouvirmos das experiências de formação interprofissional na realidade brasileira, como as Vivências na modalidade de Estágio e as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (RIMS) no Sistema Único de Saúde (SUS), reorientaram pensamentos e práticas nos modos de compreensão do mundo ou naquilo que pensamos ser o mundo do trabalho em saúde. Também que alteraram a percepção das várias profissões e dos modos de cada um aprender e que se ampliaram a compreensão sobre necessidades em saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto (CECCIM, 2017).

Na universidade, a extensão expressa o seu compromisso social com a democratização do conhecimento produzido e a reflexão crítica sobre sua produção e seu destino. É onde se dá a interação entre a universidade e a sociedade para a problematização e reflexão sobre questões concretas buscando a cidadania plena de todos. Trata-se de uma prática acadêmica de caráter inter, multi e transdisciplinar, que possui uma dimensão dialética, onde teoria e prática se modificam mutuamente, e uma dimensão pedagógica, onde professores universitários, alunos e membros da sociedade aprendem e ensinam (SOUZA, 2005).

1.3 O componente comunitário e familiar na educação em saúde

A participação comunitária na construção de ações em saúde faz parte dos atributos da Atenção Primária à Saúde. A atenção básica orientada para a comunidade combina habilidades epidemiológicas e clínicas para regular os programas e acessar as necessidades prioritárias de saúde de uma população definida (STARFIELD, 2002).

Por sua vez, o atributo enfoque familiar considera a família (em todas as suas expressões) e comprehende sua influência sobre o indivíduo, procurando envolvê-la como parceira nos cuidados de saúde (HAGGERTY et al, 2007). Por outro lado, ao abordarmos os aspectos da valorização do componente cultural das comunidades na produção de um projeto terapêutico singular e na educação em saúde, observamos a importância do trabalho comunitário que une saberes de natureza diversas, o saber popular e o saber acadêmico.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um texto com características descritivas e qualitativas, do tipo relato de experiência, que teve a finalidade de discorrer sobre a elaboração e implementação de um projeto extensionista referente à difusão do uso de plantas medicinais aos usuários da APS, por via remota, pelos alunos de graduação em saúde, professores da área da saúde e tecnológica e profissionais de saúde de uma unidade de Atenção Primária à Saúde que ocorreu no período de novembro de 2020 até abril de 2021.

O Cenário de prática deste projeto é uma unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada no bairro do Rio Comprido, Rio de Janeiro, RJ. Esta unidade de saúde conta com 6 equipes de saúde da Família, composto por uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A clínica é campo de prática de cursos de graduação em medicina e enfermagem das universidades Estácio de Sá, UFF e UFRJ e do curso de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Os pacientes foram selecionados, de forma aleatória, a partir de uma lista de nomes

e telefones de pacientes fornecidos pela clínica. Os critérios de inclusão utilizados foram: idade igual ou maior de 18 anos, cadastrado na unidade de saúde que aceitou responder as perguntas do questionário do projeto. Foram excluídos os pacientes que não aceitaram participar e os menores de 18 anos.

Os pacientes foram contactados por telefone e aplicado um questionário sobre uso de plantas medicinais com a finalidade de se elaborar um material educativo sobre este assunto adequado à realidade destas pessoas.

Este projeto é exclusivamente de extensão, buscando integrar os profissionais de saúde da unidade de saúde, a comunidade e a universidade em ações de educação em saúde em plantas medicinais, não tendo finalidade de pesquisa, iniciando-se efetivamente em novembro de 2020 e será concluído em setembro de 2024.

Após aprovação em 28/09/20 no Sistema Integrado de Gestão Acadêmica – SIGA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que gerencia as ações de extensão, foi dada publicidade ao projeto via Pró Reitoria de Extensão para captação e seleção de alunos extensionistas. Os alunos foram selecionados no mês de outubro e reunidos em grupos de whatsapp juntamente com os professores e profissionais da saúde que participaram da equipe executora do projeto para troca de informações, orientação didático-acadêmica, e marcação das reuniões e rodas de conversas por via remota.

3 I RELATO DA EXPERIÊNCIA

A equipe original do projeto contava com professores do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde - DMAPS, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia - HCTE da UFRJ, um aluno do doutorado do HCTE/UFRJ e uma médica da atenção primária à saúde. Esta equipe possui formação em Medicina, Enfermagem, Astrofísica, História, Biologia e Economia. Nesta etapa elaboramos o objeto, os sujeitos e os aspectos metodológicos do projeto extensionista.

3.1 A discussão

O projeto original foi concebido na perspectiva presencial, havendo a necessidade de modificação para a via remota em virtude da pandemia de COVID-19. Desta forma, tal adaptação visa preservar a saúde de todos os participantes e evitar a disseminação da doença na comunidade. O trabalho remoto vem sendo um desafio para todos os docentes, técnico- administrativos com carreira docente e alunos, pois trata-se de uma nova metodologia de ensino e de cuidado em saúde no qual não estávamos habituados a utilizar. Aprender a utilizar esta ferramenta de via remota em Saúde e Educação foi, ao mesmo tempo, difícil e alvissareira, já que esta forma de cuidado foi desbravada e acreditamos que continuará sendo utilizada, de forma complementar e irreversível, na assistência à saúde.

Percebemos a necessidade de agregar à equipe profissionais da APS promovendo a intersetorialidade entre a universidade e a APS para o compartilhamento de experiências da prática médica assistencial e da realidade da práxis neste cenário.

Para este fim, foi feito contato com a preceptoria da unidade de saúde da APS, objetivando esclarecer a proposta do trabalho a ser desenvolvida a bem como, solicitar apoio à sua execução com a disponibilização de listas com telefones de pacientes atendidos na unidade, principalmente na adequação da mesma às necessidades e realidade local e sua divulgação na comunidade. Três médicas demonstraram interesse no projeto, aderiram à proposta e, na sequência foi firmado o Termo de Compromisso entre a APS e a universidade.

A participação de membros da equipe da unidade de saúde em APS foi fundamental para a construção deste projeto, pois nos possibilitou a aproximação com o cenário da prática da atividade extensionista e da realidade dos usuários da unidade de saúde, bem como com a expertise das médicas que atuam na ponta do atendimento em medicina de família e comunidade.

Após a aprovação do projeto no SIGA, os alunos se inscreveram e foram selecionados por meio da análise de currículo. Os alunos de graduação da UFRJ selecionados eram oriundos dos seguintes cursos: Odontologia, Enfermagem e Medicina e um aluno do doutorado do HCTE, com formação em Biologia. Contamos também com a participação de alunos externos à universidade, do curso de Nutrição da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), do campus Duque de Caxias.

Posteriormente foi realizado o nosso primeiro encontro, por via remota, no mês de novembro de 2020 - uma roda de conversa e apresentação do projeto, da equipe executora e dos alunos extensionistas. Nesta data foi apresentado o questionário a ser aplicado com os usuários da APS sobre conhecimento em plantas medicinais e fitoterápicos, bem como à metodologia a ser utilizada na abordagem ao usuário da clínica.

Esclarecemos as dúvidas a respeito dos conceitos de telessaúde (cuidados em saúde a usuários da Atenção Primária à Saúde por via telefônica), aspectos éticos (termo de adesão, sigilo, confidencialidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido gravado). Convém ressaltar que segundo Silva (2014), o termo telessaúde é intrinsecamente associado à incorporação de tecnologias de informação e de comunicação nos sistemas de saúde. As atividades de telessaúde definem a ampliação da esfera de ação da telemedicina para a promoção e prevenção em Saúde, para além dos aspectos clínicos e de atenção médica.

No nosso segundo encontro, uma semana após o primeiro foi feita uma roda de conversa com a fitoterapêuta que integra o projeto, por via remota, sobre as plantas medicinais mais utilizadas na prática clínica, sua aplicação, efeitos, posologia, reações adversas, instrumentalizando os alunos extensionistas para a discussão com os usuários da clínica sobre uso de plantas medicinais.

No terceiro encontro, após uma semana do segundo encontro, foi abordado o tema de telessaúde, apresentando aos alunos as planilhas disponibilizadas pelo Centro Municipal de Saúde Salles Netto com os telefones dos usuários e a equipe de saúde a qual eles pertencem, com a finalidade de treiná-los na abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade, com ênfase nos aspectos culturais desta clientela.

A partir do terceiro encontro os alunos passaram a iniciar as ligações para os pacientes aplicando o questionário. Neste ponto em diante do projeto, passamos a intercalar nossas práticas da seguinte forma: rodas de conversa sobre os diversos temas quinzenais e orientações sobre telessaúde quinzenais.

No quarto encontro, com a participação do astrônomo membro da equipe executora do projeto, foi abordada a importância da compreensão dos movimentos do Sol e da Lua, numa abordagem Física e holística, dentro de um contexto social, e suas relações e implicações com as variações meteorológicas e climáticas durante o ano no plantio e na colheita, e como esse conhecimento foi importante na formação das sociedades e na própria evolução da Humanidade.

No quinto encontro, recebemos a enfermeira especialista em cuidados paliativos, que faz parte do projeto, quando foi discutido uso de óleos essenciais de plantas medicinais na terapia paliativa, demonstrando a importância das plantas medicinais na assistência a pacientes em cuidados paliativos em outros níveis de assistência à saúde, além da atenção primária (secundário, terciário e quaternário).

A roda de conversa seguinte foi sobre o uso de plantas medicinais no tratamento de diabetes, ministrado pela fitoterapêuta e médica da equipe executora.

Em abril tivemos a última roda de conversa com este primeiro grupo de alunos extensionistas sobre o uso de temperos e especiarias com finalidade medicinal.

Entre as rodas de conversas tivemos encontros quinzenais para treinamento do uso da ferramenta Excel na elaboração de planilhas e gráficos para consolidação dos resultados obtidos; apresentação dos resultados oriundos da aplicação do questionário na atividade de telessaúde; orientação de elaboração de relato de experiência para publicação de um relato no E-Book da Extensão, com o olhar do extensionista nesta prática; orientação para elaboração de material didático a ser veiculado por via remota aos usuários da unidade de saúde e apresentação dos resultados.

Durante todo o período, os alunos extensionistas foram monitorados semanalmente, por meio de planilhas disponibilizadas no Google Drive e ocorreram encontros remotos com a coordenadora do projeto para orientação e avaliação do processo de aplicação dos questionários aos usuários por via telefônica. Nesta atividade os alunos aplicaram um questionário direcionado aos usuários da APS sobre uso de plantas medicinais e fitoterápicos, com a finalidade de compreender como estavam sendo usados de forma empírica, a fim de se produzir um material educativo adequado à realidade destas comunidades.

Após a consolidação dos dados pudemos observar que a maioria das pessoas (79,6%) usa algum tipo de planta medicinal principalmente em forma de chá (95%). Outras formas de utilização relatados pelos pacientes foram: 27,5% macerado, 5% In natura, 2,5% Manipulados em farmácia, 27,5% cozido, 5% inalado, 5% em forma de creme, 12,5% usam em outras formas como sabonetes, batido ou em forma de gel. Sendo que alguns pacientes utilizam mais de uma forma para absorver os compostos fitoterápicos. Os pacientes relataram que seus conhecimentos sobre plantas vêm da infância. Muitos eram imigrantes ou parentes de imigrantes oriundos do interior do Rio de Janeiro ou de outros estados do Brasil, onde faziam o cultivo das plantas medicinais.

Quanto ao objetivo do uso de plantas medicinais, observamos que não era restrito a fins curativos. Certa de 22,5% de todas as unidades também usam as plantas com intuito de emagrecimento e estética corporal, assim como atos religiosos. As plantas medicinais mais utilizadas pelos pacientes foram a Erva Cidreira e o Boldo.

Após esta análise foi criado um material educativo para ser veiculado por via remota (Facebook e Instagram da unidade de saúde) com as principais indicações e cuidados no uso das plantas medicinais mais utilizadas pela população atendida nesta unidade de saúde. A avaliação da equipe docente e discente ocorreu por meio de relatório sobre a experiência vivenciada durante o projeto extensionista, destacando os pontos fortes e pontos fracos e sugestões para os próximos grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração e implementação deste projeto de extensão em andamento, observamos a importância da construção de saberes de diversas áreas multiprofissionais de forma integrada e da competência cultural das comunidades.

A aproximação da universidade com a comunidade e com diversas áreas de atuação aprimoram a construção de saberes, práticas e conhecimentos que contribuem para a formação de trabalhadores em saúde engajados com a efetiva implementação dos atributos essenciais e derivativos da atenção primária à saúde. Em que pese a importância da formação acadêmica visando capacitar os futuros profissionais para as boas práticas em saúde.

Cabe destacar a importância da escuta das necessidades e demandas da comunidade pelo meio acadêmico para que a ciência e a assistência à saúde estejam cada vez mais adequada a realidade da população assistida, contribuindo para a melhoria do cuidado em saúde. O uso da epistemologia como ciência que investiga a realidade das coisas e se refere à construção do conhecimento científico é parte fundamental da formação de profissionais da saúde. Para tanto, utilizamos neste projeto as rodas de conversa com os alunos extensionistas, professores e técnicos de diversas áreas do conhecimento, não nos atendo apenas a área da saúde, mas ampliando o debate para outros campos da ciência.

Por outro lado, observamos que o uso de plantas medicinais está enraizado nas práticas e saberes populares, fazendo-se necessária a integração ensino-serviço-comunidade no compartilhamento de saberes e na construção de ações educativas sobre o tema.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Qual a importância da interdisciplinaridade e intersetorialidade na construção de um projeto extensionista entre a universidade e a rede de saúde SUS?
- 2) Qual o objetivo de buscar a participação comunitária na produção de ações educativas em saúde?
- 3) Como integrar a universidade, as unidades de saúde que compõem o SUS e a comunidade atendida na rede SUS na construção de um projeto extensionista em educação em saúde?
- 4) Qual é a relevância da discussão do uso de plantas medicinais no contexto das PICS na rede de atenção primária à saúde?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. [on-line]. 2007. Disponível em: http://portaldesaude.gov.br/por_tal/arquivos/pdf/politica_plantas_medicinais_fitoterapia.pdf. Acesso em: 12 de março de 2019.

_____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília. 2018. 2 ed. p.1-98

_____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília, DF. 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em 19 nov. 2020.

CECCIM RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC, organizadora. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 49-67.

HAGGERTY J, BURGE F, LÉVESQUE JF, GASS D, PINEAULT R, BEAULIEU MD, et al. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. Ann Fam Med. 2007;5(4):336-44.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina Ribeirão Preto. 1991 abr/jun; 24 (2): 70-7.

MIRANDA C, SCHOLZE AS, GARCIA JÚNIOR CA, MAEYAMA MA. MIRANDA C, SCHOLZE AS, GARCIA JÚNIOR CA, MAEYAMA MA. O Ensino da Prevenção nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Medicina do Estado de Santa Catarina. Arq. Catarin Med. 2020; 49(1):34-49

NASCIMENTO MC, et al. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as Universidades Públicas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro. 2018;16(2). p.751-72

PEREIRA, MF. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface: Comunicação, Saúde e Informação**. 2018; 22(Supl. 2):1753-6

POMBO O. Epistemologia e Interdisciplinaridade. Revista do centro de educação e letras da Unioeste. 2008. v.10, n.1, p.9-40.

SILVA, AB. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2014.

SOUZA, CM. Participação comunitária e educação para a saúde:uma proposta metodológica de ensino, pesquisa e extensão. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 1, pp. 65-72, jan./abr. 2005

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726 p.

THIESEN, Juares da Silva. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 39,2008, p. 545-554.

VILELA EM, MENDES IJM. Interdisciplinaridade e saúde: ade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4):525-31

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

1. Você já utilizou alguma planta ou fitoterápico para tratar alguma doença ou sintoma de doença (dor, enjoo, falta de apetite, etc)

() sim () não

2. Se sim, quem indicou o seu uso?

() médico () enfermeiro () outro profissional da saúde () parentes ou amigos

Se não, por quê?

() tenho medo de utilizar () não sei utilizar () não conheço plantas medicinais e fitoterápicos () não acredito no efeito terapêuticos de plantas medicinais e fitoterápicos () são tratamentos caros

3. Alguém da sua família utiliza algum tipo de planta medicinal? () sim () não

Se sim responder as perguntas 5, 6, 7, 8 , 9 e 10

4. Qual o grau de parentesco?

() mãe () pai () avô ou avó () tio (a) () primo (a) () filho (a) () outro . Qual?...

.....

5. Qual (s) plantas medicinais você ou alguém de sua família costuma usar?

6. Como é o preparo desta planta utilizada como medicação?

() chá () macerada () cozida () in natura () inalada () emplastos () creme () manipulação farmacêutica. outros. Qual?.....

7. Como você prefere utilizar as plantas medicinais?

() preparações caseiras () manipulação em farmácias especializadas () produto fitoterápico vendido em farmácias e lojas de produtos naturais.

8. Você já teve algum efeito adverso (colateral) com o uso de plantas medicinais ou fitoterápicos? () sim () não. Se sim qual?

UMA CERTEZA NA FRENTES E UMA HISTÓRIA NA MÃO: DA IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA AO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

Data de aceite: 01/03/2023

Ana Carolina Arruda

Beatriz de Feitas Salles

Gabriela Koatz

Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets

Leila Brito Bergold

Marcus Vinícius Machado

Marly Chagas

Martha Negreiros

Thelma Sydenstricker Alvares

Vandrê Matias Vidal

RESUMO: A trajetória da Musicoterapia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) é parte importante da história sobre o desenvolvimento da Musicoterapia no Brasil. Também está imbricada com o desenvolvimento da Psiquiatria no país, pois se inicia formalmente no Instituto de Psiquiatria a partir da implementação da assistência em 1968, passando pela pesquisa e extensão até chegar à graduação em 2019. Neste capítulo essa trajetória é esmiuçada destacando

o papel interdisciplinar da musicoterapia ao desenvolver sua prática em diferentes locais da UFRJ junto a outros profissionais. Também se destaca o papel da Musicoterapia ao ampliar os recursos assistenciais e promover espaços integrados de ensino através de campos de estágio para cursos de graduação e pós-graduação, além de desenvolver projetos de extensão e projetos de pesquisa. Outro aspecto importante é a contribuição dos professores musicoterapeutas na criação da Rede de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) da UFRJ e na implementação de disciplinas eletivas sobre PICS na UFRJ Campus Macaé e na sede. Por fim, a criação do Curso de Graduação em Musicoterapia na UFRJ solidifica o tripé ensino, pesquisa e extensão e ratifica o papel inovador e democrático da Universidade Pública, além de contribuir para formação em PICS e a inserção destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares, Musicoterapia, Promoção da Saúde, Formação, Educação Superior.

ABSTRACT: The trajectory of Music Therapy in the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) is an important part of the history about the development of Music Therapy in Brazil. It is also overlapped with the development of Psychiatry in the country, since it was formally initiated in the Instituto de Psiquiatria that started from the assistance implementation in 1968, going through research and extension until it attained a Bachelor's degree in 2019. In this chapter, this program is scrutinized by highlighting the interdisciplinary role of Music Therapy in developing its practice in different settings of the UFRJ together with other professionals. The role of Music Therapy is also emphasized when assistance resources are amplified and integrated teaching spaces are promoted through internship for undergraduate and graduate programs, besides developing extension and research projects. Another important aspect is the contribution of music therapists professors in the creation of the Network of Integrative and Complementary Practices in Health (ICPH) of UFRJ and the implementation of elective disciplines about ICPH in the UFRJ Macaé Campus and main branch. Finally, the creation of the Bachelor's degree in Music Therapy in the UFRJ, consolidates the tripod: teaching, research and extension - and strengthens the innovative and democratic role of the Public University, besides contributing in the formation of ICPH and the insertion of these practices in the Health Unic System (HUS).

KEYWORDS: Complementary Therapies, Music Therapy, Health Promotion, Human Formation, Higher Education

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Conhecer as estratégias de incorporação da Musicoterapia na UFRJ e sua contribuição para a pesquisa, extensão e ensino de estudantes de graduação de Musicoterapia e outros cursos da Área da Saúde.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O convite para compor um capítulo que registre o percurso da Musicoterapia, enquanto Prática Integrativa Complementar em Saúde (PICS) no ensino de graduação na Universidade Federal no Rio de Janeiro (UFRJ) representa um desafio: registrar em poucas palavras mais de 50 anos de história. Uma trajetória que se confunde com a própria constituição deste campo do saber no Brasil, não só no que concerne à formação como também à constituição desta profissão enquanto categoria profissional, uma vez que o Instituto de Psiquiatria foi o lócus formal da primeira Associação de Musicoterapia criada no País, integrada por psiquiatras e educadores musicais entusiasmados com os efeitos terapêuticos da música na promoção da saúde.

Para que se possa compreender esse caminhar tomamos emprestado as considerações de Barcellos (2019) sobre a existência de uma linha comum para o desenvolvimento da Musicoterapia, cujo início se dá ante os desafios impostos pela prática clínica, seja ela desenvolvida com pacientes da Psiquiatria, da Educação Especial – um braço que advém da Educação Musical ou da Reabilitação. Nelas o musicoterapeuta, imbuído na busca por aprofundar conhecimentos e desejo pela delimitação de seu campo

de atuação é convocado a exercer múltiplos papéis, dentre eles o de Musicoterapeuta Político; Teórico; Docente; Coordenador de Curso; Supervisor e Pesquisador.

A Musicoterapia, enquanto ciência, estuda o universo das sonoridades em suas aplicabilidades terapêuticas sendo exercida, enquanto profissão reconhecida pelo código brasileiro de ocupações, por um musicoterapeuta qualificado que utiliza a música e/ou seus elementos, som, ritmo, melodia e harmonia para facilitar a comunicação e promover objetivos terapêuticos relevantes com o propósito de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais e espirituais (REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, 1996). No Brasil a Musicoterapia é uma profissão cuja formação se dá por meio da Graduação ou Especialização Latu-Sensu, sendo uma das poucas práticas integrativas complementares em saúde que oferece a formação em cursos de graduação no país. Está presente em sete instituições de ensino superior, sendo três privadas (Conservatório Brasileiro de Música – CBM/RJ - 1972; Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas – UniFMU/SP – 2001; Faculdades EST/RS – 2002) e quatro públicas (Universidade Estadual do Paraná/UNESPAR – 1983; Universidade Federal de Goiás/UFG – 1999; Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG – 2009 e Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ – 2019).

A cronologia da criação destes cursos nos permite inferir que a Musicoterapia surge em movimentos que envolvem o Sul e Sudeste do País, primeiramente a partir do trabalho desenvolvido por mulheres pioneiras como Nise da Silveira, Liddy Mignone, Ruth Loureiro Parames, Doris Hoyer de Carvalho, Cecília Fernandez Conde, Gabrielle Souza e Silva (RJ), Di Pâncaro (RS), Clotilde Leinig (PR); Benedita Borges de Andrade (MG) que, a partir de sua formação primeira – Psiquiatras, musicistas e educadoras musicais - se envolvem em processos de promoção da saúde por meios diversos, seja na interface com a saúde mental, educação especial e/ou reabilitação.

2 | CONTRAPONTOS E PONTES ENTRE MÚSICA, MEDICINA, INTÉRPRETES E ATORES

2.1 A Musicoterapia na Universidade Federal do Rio de Janeiro: Origem

A interlocução da Musicoterapia com a UFRJ está imbricada com o desenvolvimento da Psiquiatria no país e se inicia formalmente no Instituto de Psiquiatria com a assistência (1968), passando pela pesquisa (1982) e extensão (2000) para chegar à graduação (2019). A presença da Musicoterapia no tratamento de pacientes com transtorno mental encontra-se registrada na obra “Terapêutica Ocupacional Psiquiátrica”, publicada em 1962 pelo psiquiatra e professor do Instituto de Psiquiatria, Dr. Arruda (1962, p. 128):

“Musicoterapia ou meloterapia psiquiátrica é o tratamento dos doentes mentais por meio da música, fazendo o doente ouvi-la, tocá-la ou compô-la. É o uso da música com fins especificamente terapêuticos. Faz-se o doente ouvir certas músicas, participar de grupos corais e de danças. Tocar instrumentos e mesmo, compor músicas, procurando-se, assim, obter efeitos benéficos definidos de natureza fisiológica, psicológica e espiritual, além das finalidades recreativas educacionais e vocacionais.”

Esta obra, provavelmente a primeira a nominar a Musicoterapia no Brasil, corrobora a afirmação de Costa (2008) de que o Instituto de Psiquiatria da UFRJ sempre esteve à frente de seu tempo. Élcio Arruda (IPUB), Nise da Silveira e Fabio Sodré (STOR) são personagens centrais no desenvolvimento da Psiquiatria nas décadas de 40 e 50, e certamente induziram, por meio de suas experiências estético-clínicas, a consolidação de outros campos do saber como o da Terapia Ocupacional, da Musicoterapia e da Coreoterapia ou dançaterapia. Estas práticas, denominadas de Terapêuticas Ocupacionais, aconteciam no STOR (Setor de Terapêutica Ocupacional do Centro de Psiquiatria Nacional e no IPUB) e comprovam que a Musicoterapia sempre esteve presente como terapêutica ocupacional no tratamento dos pacientes psiquiátricos no Rio de Janeiro se inserindo formalmente na Universidade em 1968, com a criação da primeira Associação de Musicoterapia no Brasil, composta por Educadoras Musicais e Psiquiatras do Instituto de Psiquiatria.

A musicoterapeuta Clarice Moura Costa, que trabalhou no IPUB de 1980 a 2005, reconstitui este percurso em sua obra a “História da Musicoterapia no Rio de Janeiro – de 1955 a 2005 (COSTA, 2006), onde compila depoimentos detalhados dos principais atores que contribuíram para constituir o campo da musicoterapia no Rio de Janeiro e na UFRJ. Os principais cenários da Musicoterapia na UFRJ são o IPUB (1968) e a Maternidade-Escola (1988), inicialmente na assistência, seguidos pela pesquisa (IPUB 1980; Escola de Música 2010; Macaé 2018), extensão (IPUB 2000; Escola de Música 2010) e pela implementação da graduação, uma proposta Multiunidades viabilizada por meio de um consórcio composto pelos Instituto de Psiquiatria (IPUB), a Maternidade Escola (ME), o Departamento de Arte Corporal (DAC), o Departamento de Terapia Ocupacional (TO) e a Escola de Música (EM) em 2019.

Cabe ressaltar que se hoje a Musicoterapia encontra-se formalmente instituída nestes espaços, isto se deu pela semeadura realizada pelos estudantes da primeira graduação em Musicoterapia no País, criado no Conservatório Brasileiro de Música (1972) que, desde o início, acreditando que sementes plantadas geram flores, se habilitaram em campos de estágio, transformados posteriormente em frentes de trabalho.

2.2 Os atores e intérpretes: ontem e hoje

Inicialmente, em ordem cronológica, vamos apresentar quem foram os protagonistas das situações que colocaram a Musicoterapia no mapa da assistência na UFRJ, tanto os professores/gestores que contribuíram para que ela pudesse prosperar como os Musicoterapeutas que atuaram nesse cenário.

O suporte institucional do caminhar da Musicoterapia na UFRJ contou, desde o início, com os apoios de: Roberto Alexandre Quilelli Correa, psiquiatra e músico – foi o 1º presidente da Associação Brasileira de Musicoterapia, fundada no IPUB em 1968 (COSTA, 2006); Dr. Portella Nunes – Diretor do IPUB em 1974 (NARDI et al, 2020); professor Dr.

Jorge Adelino Rodrigues da Silva – atual diretor do IPUB, à época (1980) Diretor Clínico responsável pela contratação das primeiras Musicoterapeutas para o IPUB; Prof. Dra. Maria Tavares, que integrou o grupo de trabalho para a elaboração da criação do curso de Graduação em Musicoterapia (2019), diretora do IPUB (2010-2018), período em que requisitou a abertura de Concurso Público para o cargo de Musicoterapeuta Técnico-Administrativo e Dr. Jofre Amin, Diretor da Maternidade Escola.

A atuação destes gestores viabilizou a vinda de Katia Cairo para o IPUB em 1970, sucedida por Iveth Farah – que mesmo quando findo o vínculo contratual – prosseguiu dando continuidade ao trabalho na assistência, voluntariamente, até a chegada de Martha Negreiros e Clarice Moura Costa em 1980.

A contratação de ambas se deu a partir de uma proposta de pesquisa a ser realizada com pacientes esquizofrênicos, atendendo à exigência do CNPq de comprovação de vínculo institucional para concessão de bolsas. Com a chegada das duas o Instituto passa a contar com uma equipe de quatro musicoterapeutas contratadas: Elieth Nick, Mariângela Aleixo, Martha Negreiros e Clarice Moura Costa. Mudanças legislativas em meados de 1980 fizeram com que a equipe fosse incorporada ao corpo de técnicos administrativos da instituição, criando na estrutura da administração federal o cargo de técnico administrativo em Musicoterapia (TAE Musicoterapeuta).

Em 1988 a Mt. Martha Negreiros é transferida para a Maternidade-Escola em Laranjeiras, onde implementa o serviço de Musicoterapia na atenção à saúde materno-infantil. Em 2002 junta-se a ela no serviço de assistência o estagiário Albelino Carvalhaes, colaborando ao longo de 13 anos na realização de importantes pesquisas. Em 1996, Vandré Vidal é contratado como extra-quadro e junta-se à equipe do Setor de Musicoterapia do Instituto de Psiquiatria, iniciando o trabalho que ficou conhecido como “Cancioneiros do IPUB”. Clarice desligou-se do Instituto em 2005 por motivos pessoais, mas o serviço de assistência continuou sendo realizado pelas Mts Elieth e Mariângela até a aposentadoria, sendo substituídas, via concurso público, pelas Mts Ana Carolina Arruda na Maternidade-Escola (2017) e Gabriela Koatz no IPUB (2018).

Em 2015, Beatriz Salles, professora vinculada ao Departamento de Música da Universidade de Brasília, é redistribuída para a UFRJ com a missão de concretizar a criação do curso de graduação em Musicoterapia, projeto acalentado desde o REUNE pelo Mt Dr. Marcus Machado, abraçado pela então Diretora do Instituto de Psiquiatria, Dra. Maria Tavares. A abertura do curso se concretiza em 2019, na gestão do Dr. Jorge Adelino. Atualmente o corpo docente do curso conta com 7 docentes da área específica, Beatriz Salles, Bianca Bruno Bárbara, Francisca Mariana Mayerhoffer, Marcus Vinícius de Almeida Machado, Marly Chagas, Raquel Siqueira e Thelma Alvares distribuídos em três das cinco unidades do consórcio (IPUB, ME e Escola de Música) (IPUB, ME e Escola de Música) O curso conta ainda com a colaboração de 2 docentes musicoterapeutas do campus de Macaé e de 5 Musicoterapeutas técnicos que compõem a assistência no Instituto de Psiquiatria, Maternidade Escola, Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Hospital São Francisco de Assis, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira e Escola de Música.

2.3 A Musicoterapia e seus cenários: onde e que tipos de serviços assistenciais eram oferecidos

2.3.1 A assistência no Instituto de Psiquiatria

Com a criação do Curso de Graduação de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música em 1972, o Instituto passa a receber estagiários de Musicoterapia, cuja supervisão, inicialmente, ficou a cargo de docentes do CBM, passando posteriormente às Mts Katia Cairo e Ivete Farah, recém graduadas contratadas, dando início ao serviço de assistência em Musicoterapia na instituição. Os atendimentos eram realizados na enfermaria, inicialmente para os pacientes internados. Em um segundo momento os atendimentos se ampliam aos pacientes do ambulatório que já tinham vínculo com a Musicoterapia depois de receberem alta da internação (NICK; ALEIXO, 1991).

Em 1982 implementa-se as atividades de pesquisa na assistência, viabilizadas por meio de bolsas do CNPq concedidas às MTs Martha Negreiros e Clarice Moura Costa para investigar a Musicoterapia em Pacientes Esquizofrénicos (1982-1984), aprofundadas em outra pesquisa, desta feita com o apoio da FINEP denominada “Valor Terapêutico das Técnicas Psicomusicais nas Esquizofrenias e suas Manifestações Ambiente Parentais. Com a criação do Hospital Dia em 1987, os atendimentos de musicoterapia se estendem do Teatro Qorpo Santo para o novo prédio do Hospital-Dia.

Ao longo dos anos até os dias atuais a assistência esteve presente no IPUB nos seguintes serviços: Centro de Atenção Diária (ou Hospital-Dia) – desde 1987, Centro de Atenção Psicossocial para infância e Juventude (CAPSi / CARIM) Centro Dia de Alzheimer (CDA) e Programa de Álcool e Drogas (PROJAD). Em Abril de 2020, em virtude da pandemia do COVID-19, a assistência aos pacientes com transtornos mentais (a adultos e idosos) precisou ser reinventada para a modalidade remota, com atendimentos virtuais síncronos, individuais e em grupo, realizados em uma plataforma digital própria da universidade, de modo a preservar o sigilo e o compromisso ético na relação terapeuta-paciente.

Atualmente a assistência conta com dois musicoterapeutas em exercício. Vandro Matias Vidal, que há 25 anos promove grupos terapêuticos de expressão e improvisação livre e coordena um grupo estético-terapêutico de fundamental relevância para a abordagem de musicoterapia em saúde mental – a banda Cancioneiros do IPUB, projeto de extensão que pertence ao Grupo de Projetos Artísticos e de Referência Institucional da UFRJ - GARINS; Gabriela Koatz, que divide seu trabalho entre o Centro de Atenção Diária (CAD ou Hospital-Dia) e o Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice (CDA), onde desenvolve grupos de Musicoterapia para pacientes com demência usuários do Centro-Dia e um Coral Terapêutico para pacientes e cuidadores, tanto do Centro-Dia quanto do ambulatório do CDA; e Beatriz Salles, docente e coordenadora adjunta do recém-criado curso de graduação em Musicoterapia e supervisora do PROJAD, onde coordena um grupo expressivo e de musicoterapia com pacientes do Programa de Álcool e outras Drogas.

O trabalho desenvolvido no IPUB gerou várias publicações de referência para a Musicoterapia no Brasil, tais como o “Despertar para o outro”, 1989; o “Livro com CD: Songbook e Cd: Cancioneiros do IPUB” Vandrê Matias Vidal, 1998; “Musicoterapia e Psicose”, 2009 e a pesquisa sobre a “História da Musicoterapia no Rio de Janeiro – de 1955 a 2005”, de Clarice Moura Costa, 2006

2.3.2 Ampliando a assistência para a Maternidade Escola

Em 1988 Mt. Martha Negreiros é remanejada para a Maternidade Escola com a missão de implementar a Musicoterapia naquela unidade. A assistência, cujo trabalho era predominantemente médico-centrado e composto somente por médicos obstetras, pediatras e equipe de enfermagem, foi ampliado e passou a contar com uma equipe Multiprofissional composta por uma musicoterapeuta, uma assistente social, uma psicóloga e duas nutricionistas. Entre 1988 e 1999 várias são as contribuições da Musicoterapia no âmbito da Maternidade Escola.

Dentre elas citamos as ações desenvolvidas na sala de espera e no ambulatório Pré-Natal. Na sala-de-espera, gestantes e familiares eram convidados para um encontro aberto que acontecia uma vez por semana, com duração de 90 minutos em dois momentos: um inicial destinado à escuta dos participantes e compartilhamento de informações sobre questões fisiológicas e emocionais da gestação e um segundo destinado ao relaxamento com música pré-selecionada pela musicoterapeuta, com o objetivo de tornar consciente a respiração para o trabalho de parto.

No ambulatório pré-natal uma médica, uma assistente social, uma psicóloga e uma musicoterapeuta, conduziam uma ação educativa de planejamento familiar com as puérperas com objetivo musicoterapêutico de sensibilizar as mulheres para importância da voz e do olhar na constituição deste sujeito humano, recém-nato, favorecendo assim a instalação da função materna, uma vez que ninguém nasce mãe, pai ou humano. Isso se constrói na relação mãe-bebê-pai-rede familiar e social.

Para o acompanhamento das gestantes adolescentes menores de idade foram criados dois grupos. Um com jovens entre 12 a 16 anos e outro com jovens entre 17 e 18 anos. Com dois encontros por semana de 90 minutos as gestantes e seus acompanhantes eram convidados a participar do grupo, de forma não-obrigatória, mas só eram atendidas pela médica depois do encontro realizado.

O objetivo musicoterapêutico deste trabalho era o relaxamento com música pré-selecionada e a conscientização da respiração advinda deste relaxamento. Estas ações de cuidado à saúde da mulher, com caráter de ações educativas, privilegiavam a escuta e o acolhimento para além dos resultados obstétricos. Em 1999 Martha Negreiros é cedida ao Hospital Universitário da Bahia a convite do Chefe de Psiquiatria daquele hospital para implementar o trabalho de Musicoterapia. Após um ano ela é convocada de volta

para integrar a equipe multiprofissional do recém-criado complexo neonatal (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Canguru e Unidade de Cuidado Intermediário Convencional). De 2000 a 2014 foi desenvolvido um trabalho contínuo, clínico e de pesquisa com mães-pais-familiares- rede social dos bebês internados no Complexo Neonatal.

Desde então a Musicoterapia vem ampliando o escopo de suas atividades com intervenções na “Enfermaria de Finitude” com mulheres que sofreram perda gestacional, com algumas crianças no ambulatório de *Follow up* sob a coordenação da Neonatologia e na sala de espera do Ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional. Atualmente, a ME conta com a assistência de duas musicoterapeutas servidoras e quatro musicoterapeutas voluntários, cujo trabalho está voltado para as gestantes internadas pelos mais diferentes motivos.

O que se observa no processo de desenvolvimento da assistência na UFRJ é que a musicoterapia começou a ser aplicada em espaços de assistência coletivos, enfermarias e salas de espera. Em sua ampla maioria, os atendimentos são oferecidos em grupos terapêuticos, muitas vezes em coterapia com colegas de outras formações profissionais, sendo os casos específicos encaminhados para atendimentos individuais.

Independentemente da modalidade, seja no atendimento grupal quanto no individual, o Projeto Terapêutico Singular sempre é pensado e desenvolvido coletivamente com a equipe de referência de cada caso. No que concerne à fundamentação teórica e linhas de atuação cada terapeuta, a partir de sua expertise, conduz e fundamenta sua clínica de modo singular. Assim, alguns grupos podem ter dinâmicas livres ou diretivas e segundo Costa (1989), podem ter caráter estético-terapêutico com ensaios direcionados visando a melhoria das composições autorais e/ou sonoridade do grupo.

Ao lado do trabalho clínico, assim como no IPUB, também é desenvolvida na Maternidade a preceptoria e supervisão de estagiários do Curso de Especialização e Graduação do CBM, aulas para alunos da Residência multiprofissional e Curso de Especialização na Saúde da Mulher e da Criança. Essa inserção interdisciplinar da Musicoterapia é uma característica da profissão que procura trocar e contribuir com outros profissionais da área da Saúde, ampliando o conhecimento e qualificando a assistência nos locais em que é implantada.

2.4 Cantos, contracantos e ressonâncias: Diálogos na interface extensão-pesquisa-ensino

Partindo da premissa de que a Musicoterapia se constitui a partir da prática clínica, temos entre 1970 e 2000 a implementação dos serviços de assistência, primeiramente no Instituto de Psiquiatria seguido da Maternidade Escola, onde várias pesquisas de referência na área foram realizadas. No fim dos anos noventa constitui-se o primeiro projeto

de Extensão com a criação do grupo Cancioneiros do IPUB, seguido em 2010 pelo projeto Educação Musical na Diversidade, em continuidade até hoje e pelo evento bianual Festival de Arte, Cultura e Diversidade (2012-2018). A partir de 2019, com o início da Graduação, efetiva-se o que se comprehende como lógica da produção universitária, preconizada pelo tripé ensino, pesquisa e extensão.

Para facilitar o entendimento desta seção, optamos por manter a linha do tempo em que estes processos se deram, entendendo que no caso da Musicoterapia, as reverberações produzidas pela assistência, geraram ressonâncias nas dimensões da pesquisa e da extensão, cujos efeitos contribuíram definitivamente para a constituição da terceira dimensão, a do ensino, concretizada com a criação da graduação em Musicoterapia.

2.4.1 Quando a Clínica convoca: Atuação na Pesquisa

A trajetória da pesquisa em Musicoterapia se inicia em 1982 no IPUB com a investigação “Musicoterapia para Pacientes Esquizofrênicos Internados por Períodos Breves” (bolsas de aperfeiçoamento do CNPQ) ampliadas posteriormente para a pesquisa “Valor terapêutico da Musicoterapia nas esquizofrenias e do Serviço social Psiquiátrico no tratamento das patologias comunicacionais familiares” (FINEP) conduzidas pelas musicoterapeutas Martha Negreiros e Clarice Moura Costa (MOURA COSTA et al, 1987).

A estas seguiram-se três pesquisas qualitativas realizadas entre 2010 e 2020 a partir do projeto de extensão Educação Musical na Diversidade, prática pedagógica transversal instituída com o intuito de unir extensão, ensino e pesquisa envolvendo alunos do ensino médio (PIBIC-EM), graduação (PIBIC) e pós-graduação (ALVARES; AMARANTE, 2016). As questões investigadas surgiram como desdobramento dos questionamentos a partir das atividades de música realizadas no Hospital Dia do Instituto de Psiquiatria.

A metodologia de pesquisa utilizada no trabalho foi o estudo de caso e a pesquisação com as seguintes temáticas:

- 1) A partir do entendimento das peculiaridades da situação de vida de pessoas em sofrimento psíquico, quais seriam as particularidades de uma metodologia de ensino de música para esta população?
- 2) Como o processo criativo coletivo das aulas de música contribuem com o empoderamento e com o protagonismo do indivíduo em sofrimento psíquico?
- 3) Como a performance, realizada em espaços públicos, e elaborada a partir do processo criativo coletivo, contribuiu com o empoderamento e com o protagonismo do indivíduo em sofrimento psíquico?

O resultado das pesquisas realizadas nos permitiu concluir que as atividades de música foram caminhos significativos de empoderamento para este grupo, que o processo coletivo de criação permitiu a expressão e discussão de questões relevantes que dizem respeito aos estigmas que envolvem pessoas com diagnósticos psiquiátricos e que a

performance em espaços públicos contribui significativamente para a desconstrução de estigmas e construção de novas possibilidades de interação social. Em 2018 as possibilidades para a pesquisa em Musicoterapia se ampliam com criação do Grupo de Pesquisa de Música e Musicoterapia (GEPEMUSA), cadastrado e certificado pelo Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), tendo como líderes do Grupo Gunnar Taets e Leila Bergold, musicoterapeutas professores do Curso de Enfermagem do Campus Macaé. Entendendo que o ensino, pesquisa e extensão formam um tripé obrigatório e indissociável para a produção universitária ao contemplar o papel solidário, social e cultural para com a sociedade (MOITA e ANDRADE, 2005), a pesquisa em nível de graduação se constitui em uma nova forma de aprendizado, focalizando o conhecimento através de metodologias que permitem conhecer um objeto de estudo.

O GEPEMUSA desenvolve, preferencialmente, pesquisas quantitativas, mas também adota o método misto com a utilização de conceitos das abordagens qualiquanti desde que o objeto de pesquisa o permita. Conta hoje com 15 pesquisadores entre docentes, discentes ou técnicos administrativos, do Campus UFRJ-Macaé e da Sede, com níveis de qualificação que vão da graduação ao doutorado, nas áreas de Musicoterapia, Enfermagem, Medicina, Física, Medicina e Farmácia distribuídos em 4 linhas de pesquisa: Música e Saúde, Música em Musicoterapia, Bases Moleculares, celulares, sistêmicas e ambientais do som/ondas sonoras e Efeitos Morfofisiológicos e Comportamentais de Intervenções sonoras para a Saúde.

Optamos por elencar aqui as pesquisas e os pesquisadores envolvidos a fim de proporcionar uma maior aproximação com os objetos de estudos e, quem sabe, estimular o interesse e a participação de novos atores:

- Encontro musical como estratégia de cuidado para a promoção da humanização em uma instituição de longa permanência para idosos.
- - A utilização da música em uma unidade pediátrica: contribuindo para a humanização hospitalar.

Pesquisadores: Leila Bergold, Alana Guimarães Gunnar Taets, Fátima Espírito Santo, Laryssa Portela, Rafael Nero e Karla Silva

- A importância do uso da música pela Enfermagem em Oncologia
- Efeitos Biológicos da Música em pacientes com câncer: Contribuições para uma prática baseada em evidências;
- Efeitos da atividade de canto coral: um estudo sobre estresse, ansiedade e depressão;
- Efeitos neurofisiológicos da música/som em pacientes portadores de demência e outras doenças neurodegenerativas;
- Efeitos do som em células não auditivas: uma revisão sistemática;

Pesquisadores: Gunnar Taets, Leila Bergold, Thiago Sanches, Marcia Capella, Luis Capella, Mariana dos Santos, Caroline Fernandes, Lucas Torres, Christian Carelli, Ramon Gutierrez, Ana Cunha, Iuri Melo e Isadora Carvalho.

- Acolhimento e humanização por meio da música em musicoterapia com pacientes em terapia intensiva;
- Acolhimento e humanização por meio da música em musicoterapia em uma instituição de longa permanência para idosos.
- Pesquisas realizadas no âmbito de uma experiência a partir da extensão universitária: Estudo descritivo-qualitativo que relata a experiência vivida por cinco estudantes do Curso de Graduação em Musicoterapia da UFRJ no Hospital São João Batista e no Lar de Idosos de Macaé em janeiro de 2020.

Pesquisadores: Gunnar Taets, Beatriz Salles, Marly Chagas, Renato Reis, Nicolle Rie, Marcos Barbosa, Gustavo Faria e Lucas da Cunha.

2.4.2 Ressignificando espaços, tempos e territórios: da assistência à extensão

Em seus primórdios o Cancioneiros do IPUB surge inicialmente como uma prática na assistência aos pacientes internados, proposto pelo Musicoterapeuta Vandrê Vidal a partir do projeto de pesquisa para monografia do curso de Especialização em Assistência ao Psicótico, cujo objetivo era registrar músicas autorais trazidas e cantadas por pacientes no pátio do IPUB.

Em 2000, torna-se o projeto de extensão “Cancioneiros do IPUB”, vinculado à Direção do Instituto de Psiquiatria, Musicoterapeuta Vandrê Vidal com a proposta de inclusão por meio da música no âmbito da assistência aos pacientes internados no hospital psiquiátrico.

Caminhando e Cantando e seguindo a canção: 25 anos de musicoterapia e assistência em Saúde Mental

Projeto pioneiro em Saúde Mental a proposta prioriza o trabalho de criação/ produção musical e se constitui como um dos exemplos dentre as possibilidades viabilizadas pelas novas abordagens terapêuticas de atenção aos transtornos mentais para além da instituição sob a égide do discurso antimanicomial (MAIA et al., 2002). Esse novo olhar se inspira não só nos moldes preconizados por Alienistas Franceses (BERCHERIE, 1989), como também nas ressonâncias produzidas pelas experiências inovadoras do Setor de Terapêutica Ocupacional do Hospital do Engenho de Dentro e no Hospital Psiquiátrico do IPUB que fogem à lógica manicomial, comum no Brasil naqueles tempos.

O Cancioneiros do IPUB é uma prática ou ação de assistência em musicoterapia que prioriza o trabalho de criação e produção musical em Saúde Mental. Criado em 1996 é um projeto pioneiro em Saúde Mental, exemplo de possibilidade dentro do discurso

antimanicomial que se insere nas novas abordagens terapêuticas para atenção aos transtornos mentais para além da instituição (MAIA. RC et al., 2002). Ambos, o projeto e a musicoterapia, estão intrinsecamente ligados ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNL) e às políticas públicas que criaram a Reforma Psiquiátrica.

“Uma trajetória do coração para o mundo através da música”

Os Cancioneiros do IPUB, surgiram em 1996 como grupo musical, criado na assistência aos pacientes do IPUB, como parte do projeto de pesquisa para monografia do curso de Especialização em Assistência ao Psicótico, cujo objetivo era registrar as músicas autorais trazidas nas seções de musicoterapia e cantadas por alguns pacientes no pátio do IPUB. Após 20 anos de existência o projeto foi objeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (UFRJ/IPUB) onde pode-se comprovar que o grupo musical formado com a proposta de ensaiar e divulgar as músicas ali produzidas trouxe uma mudança significativa na vida dos compositores, servindo de modelo para o surgimento de outros grupos, além de se tornar uma referência positiva das possibilidades do uso da musicoterapia na reabilitação psicossocial capazes de transgredir o território institucional.

Inicialmente concebido como uma estratégia de intervenção realizada em um grupo terapêutico na assistência, o Cancioneiros do IPUB já trazia em sua essência não só a concepção da dimensão extensionista, como também o que futuramente a Reforma Antimanicomial viria a preconizar: transpor os limites do preconceito, propiciando possibilidades de formação e aproximação entre universidade e sociedade. O Cancioneiros participou de inúmeros eventos com boa repercussão na sociedade, inclusive com interesse da mídia, dentre eles cabe citar o histórico evento “Cuidar Sim, Excluir Não”: a promulgação da Lei nº 10.216, em 7 de abril em 2001 que mudou a política de Saúde Mental, considerado o Dia da Mundial da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2001).

O grupo trabalha prioritariamente a partir de um repertório próprio, embora em alguns momentos se utilize de repertório conhecido do grande público para melhorar a sintonia e animar a plateia. Outro aspecto importante é a formação centrada no grupo, evitando sobreregar cada artista individualmente. A questão terapêutica sempre esteve em primeiro plano e a estética como resultado.

O IPUB/UFRJ foi berço e exemplo desta “nova política” e foi este campo de estudo que permitiu a expressividade de uma nova abordagem no cuidar de pacientes-músicos. Ao se “escutar música nas falas dos pacientes”, como definiu o professor João Ferreira, Diretor do Instituto de Psiquiatria (1994 - 2002), “quebramos o paradigma institucional de ver só o doente/doença, sem se preocupar com o sujeito, objetivo do cuidado” (VIDAL et al., 1998, pág.9).

Hoje, o projeto Cancioneiros do IPUB é um Grupo Artístico de Representação Institucional (GARINS) da UFRJ, laureado com o Prêmio PROARTE, concedido pelo Fórum de Ciência e Cultura da UFRJ, que recebe, além de pacientes compositores/ músicos, alunos de várias áreas da Universidade, extensionistas, bolsistas e colaboradores.

Caminhando e cantando para além da canção: a aproximação com outras unidades acadêmicas

A partir de 2010 o projeto de extensão Educação Musical – prática pedagógica coordenados pela musicoterapeuta e docente da Escola de Música Profa. Dra. Thelma Álvares se estabelece a primeira articulação efetiva entre a musicoterapia e um curso de graduação dentro da UFRJ: o curso de licenciatura em música. Esta articulação oferece aos licenciandos uma experiência de educação musical diversa e desafiadora.

Aos pacientes internados ela permite uma oportunidade de interlocução extramuros, o aprendizado da linguagem musical e da prática instrumental viabilizando a ambos uma quebra de paradigmas sobre limites e possibilidades, uma vez que, historicamente, os loucos sempre foram excluídos em espaços de degradação humana: os manicômios. Mesmo com as conquistas da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos sociais, as pessoas em sofrimento psíquico, assim como outros grupos que representam a diversidade humana, sempre encontraram e ainda encontram muitas barreiras em seu processo de inserção social (AMARANTE, 2007).

A Educação e a Cultura deveriam ser espaços para formação de pessoas aptas a conviver com a diversidade humana contribuindo com a construção da cidadania de qualquer indivíduo. No entanto, observamos uma ‘inclusão excludente’ que muitas vezes ocorre de forma velada e perversa. Por isso a articulação com a extensão tem uma importância fundamental ao contribuir com a formação discente, com serviços à comunidade e com o desenvolvimento da pesquisa com olhares ampliados.

Projeto de Extensão Educação Musical na Diversidade: prática pedagógica vinculada a uma disciplina obrigatória da grade curricular dos alunos da Licenciatura em Música da Escola de Música da UFRJ, o projeto desenvolvido no Instituto de Psiquiatria – IPUB está aberto para receber alunos da pós-graduação, alunos de graduação de outros cursos e alunos do ensino médio através das bolsas PIBIC-EM. De modo geral, a formação em Educação Musical traz ainda uma forte influência do modelo conservatorial com ênfase no repertório europeu dos séculos XVIII e XIX. Nesta proposta pretende-se permitir a experiência da prática e formação em outros contextos.

O trabalho é precedido de entrevistas com os usuários a fim de se conhecer a experiência musical de cada um. A maioria relatou dificuldades em estudar música em escolas especializadas: “O professor não me entendia e desisti” ou “Eu não conseguia me adaptar e saí”. Percebemos que o estudo autodidata, a participação em bandas e corais de igreja ou a participação em projetos que envolvessem música, na área de Saúde, eram as únicas opções para o desenvolvimento de suas habilidades musicais.

Por meio do projeto, em curso há mais de 10 anos, constatamos os seguintes benefícios: Proporcionar um espaço para aulas de música para pessoas em tratamento psiquiátrico;

1. Contribuir para o empoderamento e protagonismo de pessoas em sofrimento psíquico através da expressão musical;
2. Contribuir para a desconstrução de preconceitos relativos à loucura e para a construção de um novo entendimento sobre a pessoa em sofrimento psíquico;
3. Sensibilizar os alunos sobre questões relativas ao sofrimento psíquico;
4. Contribuir com o aprimoramento da formação discente possibilitando a futuros professores um melhor preparo profissional para lidar com a diversidade humana;
5. Contribuir com a democratização da Educação;
6. Promover a inclusão social;
7. Promover um diálogo entre a área de Educação e Saúde;
8. Criar um espaço que fomente o desenvolvimento de pesquisa; e,
9. Estimular a expressão artística/cultural da diversidade.

Projeto de Extensão Festival de Arte e Cultura da Diversidade - 2012 a 2018

Realizado duas vezes por ano o Festival, uma parceria entre Escola de Música,

Instituto de Psiquiatria, Fórum de Ciência e Cultura e Prefeitura do Rio de Janeiro, teve como objetivo principal criar um espaço de convivência da diversidade humana, entendendo que o processo de exclusão e desvalorização social faz parte da realidade vivida por indivíduos que são estigmatizados, seja por questões raciais, étnicas,性uais, religiosas, culturais por estarem em situação extrema de pobreza, por serem sujeitos em sofrimento psíquico, com algum tipo de deficiência, ou pela combinação destes fatores. Neste evento os grupos em vulnerabilidade puderam expressar suas ideias, anseios, identidades, e mostrar sua Arte junto com outros artistas. Rodas de conversa, apresentações artísticas, exposições, mostras de vídeos e oficinas foram meios de apresentar, valorizar e respeitar as diferenças humanas, que ocorreram em espaços fechados, assim como em praças e parques da cidade atingindo um público bastante eclético. Benefícios alcançados:

1. Quebrar o isolamento social de grupos estigmatizados;
2. Estimular a interação desses grupos com outros artistas, com a comunidade universitária e com um público bastante variado;
3. Contribuir para a reflexão e possível reconstrução de conceitos referentes à diversidade humana;
4. Reforçar o papel da Universidade pública como um espaço propício para a construção de conhecimento crítico e transformação social;

Reverberações síncronas e assíncronas: A oficina de musicoterapia no Centro de Convivência do Programa de Álcool e Drogas – PROJAD e a Agenda Conviver

O projeto de extensão Conexão RD – Redução de Danos Rede e Território: Conexões do Centro de Convivência PROJAD na interface arte/saúde cultura, um braço formativo da graduação, que juntamente com a especialização em álcool e drogas do PROJAD dá sustentação às atividades desenvolvidas neste Centro de Convivência. Vinculado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da UFRJ, este projeto de extensão universitária atua com o objetivo de intervir junto às pessoas que apresentam problemas relacionados ao consumo de drogas, usuárias da Rede de Atenção Psicossocial. Por meio de atividades desenvolvidas na interface arte/saúde/cultura busca-se ampliar e multiplicar os diálogos entre a Redução de Danos – uma estratégia em saúde pública no campo do cuidado a usuários de álcool e outras drogas – e as relações, hábitos e fazeres dos participantes, uma vez que a experiência estética nos campos da arte e da cultura, utilizada como insumo em Redução de Danos, possibilita o estabelecimento de novos laços sociais. (MACHADO, 2017).

O Conexão RD estrutura suas intervenções de forma presencial a partir do Centro de Convivência do PROJAD (Programa de Estudos e Assistência ao Uso indevido de Drogas), localizado no complexo hospitalar do Instituto de Psiquiatria – IPUB, Campus da Praia Vermelha/UFRJ, no bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, onde são realizadas diversas oficinas e atividades culturais.

O Centro de Convivência do PROJAD, inaugurado em 2006 no âmbito de uma parceria institucional entre o Ministério da Saúde (MS) e o IPUB, é o *lócus* formal onde são realizadas, presencialmente, dezenove atividades coletivas semanais que compõem o cotidiano dos conviventes atendidos pelo programa. Dentre elas a oficina de musicoterapia, grupo de expressão e improvisação livre que oportuniza aos usuários/pacientes por meio da música cantada e/ou tocada, a possibilidade de abordar as questões que surgem a partir da memória das experiências evocadas pelo conteúdo das canções por eles escolhidas.

Agenda Conviver e Hiperconvivência: Como as sonoridades afetam seu cotidiano?

Com a pandemia e a suspensão das atividades dos centros de convivência do Rio de Janeiro, o Fórum dos CECOs propôs a criação de um Centro de Convivência Virtual onde uma agenda de atividades semanais na modalidade on-line semanal foi disponibilizada aos usuários no link: www.centrodeconvivencialvirtual.com.br/agendaconviver.

A proposta desta oficina de musicoterapia foi construir estratégias de sensibilização, mapeamento e recriação da paisagem sonora cotidiana como forma de mitigar o estresse causado pelo confinamento em tempos de isolamento social.

O que podemos perceber neste caminhar da extensão é que ao canto das experiências realizadas no âmbito do Instituto de Psiquiatria com o Projeto Cancioneiros do IPUB criado em 2000 se agregam os contracantos propostos pelos projetos de extensão

trazidos pela Escola de Música em 2010 e pela Terapia Ocupacional e pelo Fórum dos Centros de Convivências do Estado do Rio de Janeiro em 2016 dando continuidade à canção, ampliando as ressonâncias da assistência e da pesquisa que foram estabelecidas e sustentadas ao longo de seis décadas pelos musicoterapeutas Kátia Cairo, Iveth Farah, Martha Negreiros, Clarice Moura Costa, Elieth Nick, Mariângela Aleixo e o Musicoterapeuta Vandrê Vidal.

A musicoterapia lhes é grata pelo não esmorecer do refrão “*vem vamos embora que esperar não é saber*”. Por terem compreendido a importância de exercerem com maestria seus diferentes papéis – o de político institucional, o de profissional com formação, o de docente, de teórico, de supervisor, de pesquisador – e, principalmente, o seu papel ético nesta missão pela sustentação e ampliação do espectro de atuação da musicoterapia em uma instituição pública de ensino a criação do curso de graduação.

2.4.3 Quem sabe faz a hora, não espera acontecer! O que muda no cenário com a criação da Graduação?

O Brasil, por ainda possuir uma política pública de desenvolvimento pouco equânime para diversas áreas e saberes, coloca sobre a universidade pública um papel fundamental no desenvolvimento de campos minoritários. Diversas profissões e campos de investigação, em nosso país, para solidificar e difundir seu conhecimento, dependem diretamente da existência (ou não) destas profissões em universidades. Alguns exemplos são significativos para o entendimento desta questão. Campos do conhecimento como a filosofia, a sociologia e antropologia, bem como a música, artes visuais, a dança e o teatro têm, quase que em sua maioria, formação em universidades públicas. Não fosse isso, essas áreas praticamente não existiriam, o que resta comprovado ao observarmos a extinção contínua e acentuada destes cursos nas universidades privadas ao longo das duas últimas décadas.

Para compreender o que vai acima exposto basta observarmos a trajetória da profissão terapia ocupacional no Rio de Janeiro. Até os anos de 2009, o Brasil contava com uma pequena quantidade de graduações no país, sendo seis delas em instituições públicas e dez em instituições privadas. Os estados que possuíam o curso de TO em universidades públicas como São Paulo e Minas Gerais tiveram um avanço significativo em seu espectro de atuação. O caso do Rio de Janeiro ilustra bem o que afirmamos, pois apesar da profissão de TO ter se iniciado aqui, o estado demorou muito tempo até conseguir abrir suas primeiras graduações públicas.

Só em 2009, com o advento do REUNI – programa de expansão universitária – e a abertura de mais de dez cursos públicos em diversos estados, o panorama da TO no país se modifica consideravelmente, bem como o reconhecimento deste campo do saber, o que corrobora nossa afirmação que a universidade pública tem então um papel ético que se relaciona com a expansão e o desenvolvimento de campos de saber minoritários. E é nesta

perspectiva, que diversos atores lutaram ao longo de mais de dez anos para abertura do curso de musicoterapia na Universidade Federal do Rio de Janeiro, conscientes do papel fundamental da mesma na mudança do panorama da profissão de musicoterapia no Rio de Janeiro e no Brasil. Com relação a esta afirmação, nos permitimos ir ainda mais além. Se quisermos que as Práticas Integrativas Complementares possam se desenvolver de forma mais significativa, faz-se mister a ampliação da oferta desta graduação em universidades públicas no país.

A criação do curso de graduação em musicoterapia – Noturno na Universidade Federal do Rio de Janeiro, 47 anos depois da primeira graduação em musicoterapia no Conservatório de Brasileiro de Música. Os reflexos deste percurso histórico, se inicia na década de 1960 no IPUB por meio de experimentações diversas, de uma postura ética e de uma dimensão da existência pela sensibilidade, trazida por Pinel, Nise e tantos outros. Estas consonâncias, dissonâncias, reverberações e ressonâncias permitiram a compreensão que a formação do musicoterapeuta precisaria alcançar, para além da dimensão da assistência, extensão e pesquisa, a dimensão do ensino com uma proposta crítica, transversal e multidisciplinar, que contemplasse as especificidades da área, o campo da sensibilização, da música e da saúde.

Enquanto proposta de formação a graduação em musicoterapia da UFRJ tem algumas peculiaridades que merecem ser mencionadas. É um curso Multiunidade e Multicêntrico pois envolve quatro unidades na área da saúde (CCS) e uma área de artes (CLA). O consórcio é composto pelo “Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (UFRJ) – IPUB”; a “Maternidade Escola – ME”; o “Departamento de Arte Corporal (graduações em dança) da Escola de Educação Física e Desportos – DAC/EEFD” e a “Escola de Música – EM”.

O Instituto de Psiquiatria é a unidade que se responsabiliza pela organização do curso e em conjunto com a Maternidade Escola oferta as disciplinas específicas da Musicoterapia. O departamento de Terapia Ocupacional oferta as disciplinas básicas na saúde geral, os fundamentos da reabilitação e as estratégias de acessibilidade cultural. O departamento de Arte Corporal oferta as disciplinas para a formação de consciência e expressão corporal, dança e formação músico-corporal e a Escola de Música oferta a formação técnico musical e vocal/instrumental.

A abertura da graduação em Musicoterapia foi um dos elementos que contribuiu para a construção de estratégias e dispositivos para a ampliação da presença das práticas integrativas na UFRJ, como a constituição da REDE PICS no Centro de Ciências da Saúde. Outro elemento foi a criação das disciplinas eletivas de Práticas Integrativas Complementares em Saúde em Macaé (2019) por professores dos Cursos de Enfermagem e Farmácia, e na sede (2020) via parceria entre a Escola de Enfermagem Ana Nery, o Departamento de Farmácia e o Departamento de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina. Desde o Período Letivo Excepcional – PLE 2020, o Curso de Graduação

em Musicoterapia contribui com a disciplina de Práticas Integrativas Complementares em Saúde ofertada pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina, ofertado de forma remota, com um excelente retorno por parte dos estudantes.

2.5 A musicoterapia enquanto pioneira no fortalecimento e ampliação do espectro das PICS no âmbito da UFRJ

A demanda por formação profissional nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) tem sido um dos maiores desafios para a ampliação da inserção destas no Sistema Único de Saúde (SUS). Pesquisa sobre a oferta de ensino das PICS na Universidade aponta que a mesma ainda é insuficiente, mantendo um perfil predominantemente opcional e informativo, e que é necessário haver uma inserção integrada em cursos de saúde visando a interação e complementaridade entre saberes distintos (NASCIMENTO et al., 2018)

Concomitante a criação da graduação em Musicoterapia, a primeira das práticas integrativas complementares a se constituir como formação em graduação na UFRJ, junta-se outra experiência pioneira: a criação da primeira disciplina de PICS, proposta pelas docentes Leila Brito Bergold e Juliana Pontes, do Curso de Enfermagem do Campus UFRJ-Macaé e com formação em Musicoterapia e Terapia Floral, e pelo professor Edison Santana do Curso de Farmácia, com formação em Plantas Medicinais e Fitoterapia.

Denominada “Introdução às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” e carga horária de 30 horas, é oferecida para os estudantes de todos os cursos da área de Saúde do Campus Macaé: Enfermagem, Farmácia, Medicina e Nutrição. São disponibilizadas 10 vagas para cada curso, havendo um total de 40 estudantes na disciplina, que tem por finalidade introduzir e ampliar o conhecimento dos estudantes acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da inserção dessas práticas no SUS. O objetivo é informar sobre a aplicabilidade das PICS, sensibilizá-los sobre as possibilidades terapêuticas destas através de vivências durante as aulas. Para isso, foram convidados professores da UFRJ com formação nas diversas práticas ou profissionais da Rede Municipal de saúde de Macaé que as utilizam no SUS.

No segundo semestre de 2019, a disciplina foi iniciada no formato presencial, passando para a modalidade remota a partir da pandemia. No desenvolvimento dessa disciplina, destaca-se a aula ministrada “Introdução à Musicoterapia”, apresentada pela professora Leila Bergold, que teve a participação no segundo semestre de 2020 do prof. Gunnar Taets, enfermeiro com formação em Musicoterapia.

Tanto no formato presencial como no remoto, houve a preocupação não só de informar o que é Musicoterapia, mas também possibilitar vivências que promovessem a sensibilização e compreensão sobre suas possibilidades terapêuticas. Alguns aspectos considerados importantes sobre a Musicoterapia foram mantidos em todas as aulas: definição, histórico, elementos da música e sua importância para o processo terapêutico, aplicabilidade e público ao qual se dirige, importância da formação profissional e discussão sobre pesquisas científicas que fundamentam a prática do musicoterapeuta.

Um tema que teve bastante destaque é a questão ética da Musicoterapia ser exercida por profissional que tenha a formação adequada, buscando alterar a ideia, devido ao desconhecimento sobre a profissão, de que qualquer pessoa ou profissional que utilize a música como um recurso terapêutico em sua vida ou na sua prática profissional está ‘fazendo musicoterapia’.

Essa é uma questão relevante, visto que a orientação de pacientes sobre o uso das PICS, com informação adequada e menos preconceito exige profissionais sensibilizados sobre o cuidado ampliado que tenham condições de integrar o conhecimento sobre os diferentes saberes e práticas em saúde, interagindo e colaborando com outros profissionais que adotem essas práticas de cuidado (BARROS; FIUZA, 2014).

Algumas das PICS apresentadas tiveram possibilidade de desenvolver vivências com os estudantes: Musicoterapia, Meditação, Yoga, Terapia Comunitária Integrativa, Dança Circular e Shantala. Ao final do semestre, os estudantes avaliaram que a disciplina promoveu: interesse pelas PICS voltado para utilização profissional e/ou pessoal; percepção da importância da interprofissionalidade na formação em PICS; maior compreensão sobre as práticas e sua relação com a Integralidade no SUS; redução do preconceito sobre as PICS e ampliação do conhecimento sobre a comprovação científica destas; integração com estudantes de outros cursos; e sensação de prazer e bem estar pelo relaxamento promovido pelas experiências na sala de aula.

A avaliação ao final da aula foi muito positiva, sendo apontado o inicial desconhecimento sobre musicoterapia, a importância da integração entre os conteúdos ministrados e as dinâmicas desenvolvidas, o que promoveu maior compreensão sobre a musicoterapia, ao envolver aspectos cognitivos, sensoriais e emocionais. Os estudantes, sensibilizados pelas experiências da escuta e reflexão sobre as possibilidades terapêuticas dos elementos da música, mostraram-se muito entusiasmados com as vivências, o que demonstra a importância da Musicoterapia ser conduzida por um profissional qualificado.

Destaca-se também a importância da disciplina para a formação dos estudantes de diferentes cursos da Área da Saúde, visto que o processo de aprendizagem apresentou êxito em promover conhecimento sobre PICS de forma ampla ao realizar vivências que incluem aspectos de sensibilização e subjetividade que envolveram estudantes fazendo-os compreender a importância da abordagem holística no cuidado, e também da interdisciplinaridade e interprofissionalidade para ampliar a integralidade de assistência no SUS.

2.6 O que mudou com a pandemia?

Com a suspensão das atividades presenciais, a Universidade teve que buscar caminhos para que os processos de ensino, pesquisa e extensão não paralisassem totalmente. Diversas estratégias foram criadas e algumas adaptadas. Destacamos algumas que foram importantes para que pudéssemos pensar o valor que as Práticas Integrativas

Complementares têm nas dificuldades que o mundo contemporâneo tem enfrentado: 1. A oferta on-line da Disciplina de PICS – Macaé; 2. A assistência virtual da Musicoterapia no IPUB; 3. A continuidade da Graduação em Musicoterapia na forma on-line e 4. A criação do projeto SisCEATE – Sistema para Central de Apoio à Saúde dos Trabalhadores e Estudantes da UFRJ.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a pergunta que não quer calar: Como fazer mais e melhor?

Muito se discute sobre como ampliar a presença das PICS em espaços de formação. Atualmente a UFRJ conta com uma Rede de Práticas Integrativas, projetos de extensão e disciplinas eletivas em PICS, criadas no caso da Musicoterapia na UFRJ. O caminho inicial foi a assistência, seguida da pesquisa e da extensão. A abertura da graduação a partir de 2019 propicia, inegavelmente, um outro patamar de investigação, formação e assistência nesta área, reafirmando o papel democrático e inovador que as universidades públicas devem ter ao fortalecer áreas que necessitam expandir-se em nível nacional. Experiências como a descrita acima demonstram que a criação de graduações e/ou especializações, de disciplinas e/ou projetos de extensão voltadas às PICS contribuem para a constituição de massa crítica, possibilitando o redimensionamento destas práticas e saberes na Universidade e, consequentemente, a potencialização das mesmas na rede do SUS e em outras políticas de promoção de saúde.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) O musicoterapeuta utiliza a música com qual finalidade?
- 2) A Musicoterapia se iniciou na UFRJ em qual local, e com que objetivo? Em que outros locais e que tipo de assistência é prestada pela Musicoterapia na UFRJ?
- 3) Como a Musicoterapia se relaciona com o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão na UFRJ e de que maneira isso contribui para a formação dos estudantes de Musicoterapia e de outros cursos de graduação?
- 4) De que forma a Musicoterapia contribui para o ensino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde?
- 5) Qual a importância da criação do Curso de Graduação em Musicoterapia na UFRJ?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARES, T.; AMARANTE, P. **Educação musical na diversidade:** um caminho para a ressignificação do sujeito em sofrimento psíquico. In: ALVARES, T.; AMARANTE, P. (org.). **Educação musical na diversidade:** construindo um olhar de reconhecimento humano e equidade social em educação. Curitiba: CRV, 2016.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. ARRUDA, Elso. **Terapêutica ocupacional psiquiátrica.** Rio de Janeiro: s/e, 1962.

BARCELLOS, L. R. M. **Sobre a docência em Musicoterapia.** INCANTARE, v. 10, p. 16-39, 2019.

BARROS, N.F.; FIUZA, A.R. Medicina baseada em evidência e medicina baseada em preconceito: o caso da homeopatia. **Cadernos de saúde Pública**, v. 30, n. 11, 2014.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica:** História e estrutura do saber psiquiátrico. RJ: Jorge Zahar, 1989.

BRASIL. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001.

COSTA, C. M. O Despertar Para o Outro: Musicoterapia. São Paulo/SP: Editora: Sumus. (Musicoterapia). 1989.

_____. **Musicoterapia no Rio de Janeiro - 1955 a 2005.** (2006) Disponível em <https://drive.google.com/file/d/18t4HC2wZ9oQf_ICnYrn4CAIpMwwuby4b/view> acessado em 27/11/2018.

_____. Musicoterapia no Rio de Janeiro- Novos Rumos. Rio de Janeiro,2008 - Disponível em www.amtrj.com.br

MACHADO, K. S.; SIMAS, R. S. **Redução de Danos, Insumos e Experiência Estética:** Uma Análise da Prática no Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. Revisbrato, v. 1, p. 67, 2017.

MAIA.RC; FERNANDES. AB; ADÉLIA B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 17, n. 48, p. 157 – 171, fevereiro 2002.

MOURA COSTA, M. C., SAMPAIO VIANNA, M. N., AZEVEDO E SILVA, L. F. e CRAVO DE ALMEIDA, H. “**O valor da musicoterapia nas esquizofrenias e do serviço social psiquiátrico no tratamento das patogenias comunicacionais familiares**”. Relatório enviado à FINEP - abril de 1987. - Inédito.

NARDI, A. E., SILVA, J. A. R. DA, MENDLOWICZ, M. V., & APPOLINÁRIO, J. C. Professor Eustachio Portella Nunes Filho (1929-2020): a great mentor of culture and humanistic philosophy and an enduring source of inspiration for generations of psychiatrists and psychoanalysts. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 4, p. 207-208, Dec. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852020000400207&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2021. EpubDec 04, 2020. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000293>.

NICK, E., & ALEIXO, M. **Musicoterapia em Hospital Dia:** Reflexões sobre uma proposta em Saúde Mental. [Curso de Formação de Musicoterapia]. 1991.

MOITA, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro; ANDRADE, Fernando Cézar. A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão: o caso do estágio de docência na pós-graduação. **Olhar de Professor**, Ponta Grossa v. 8, n. 2, p. 77-92 Jul./Dez. 2005. Acesso em: 04 julho de 2019 Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/olhardeprofessor/article/view/1441>>

NASCIMENTO, M. et al. Formação em Práticas Integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trab. Educ. saúde**, vol. 16, n.2, 2018.

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA. Definição de Musicoterapia segundo a Federação Mundial de Musicoterapia. Ano 1. Vol. 2. Página 04. 1996. Disponível em:<https://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/12/2-Defini%C3%A7%C3%A3o-de-Musicoterapia.pdf>. Acessado em 07/09/2021.

VIDAL, V. M. **Livro com CD: Songbook e Cd: Cancioneiros do IPUB**.IPUB/UFRJ, 1998.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: TRAJETÓRIAS, EXPERIÊNCIAS E SABERES DE UNIVERSIDADES BRASILEIRAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2023

Aline Macedo de Queiroz

Ana Cecília Jones da Silva Machado

Beatriz de Freitas Salles

Ana Edith Farias Lima, Ceanny Cristina Pinho Costa

Eleine Aparecida Penha Martins

Erika Romeria Formiga de Sousa

Lívia Carla de Melo Rodrigues

Magda Ribeiro de Castro

Marcio RossatoBadke

Margani Cadore Weis Maia

Marta Maria da Silva Lira Batista

Silvia Ribeiro de Souza

Simone Maria Leite Batista (*in memoriam*)

Tereza Raquel Ribeiro de Sena

RESUMO: A pandemia da Covid-19, iniciada em 2020, exigiu medidas sanitárias que impactaram a sociedade bem como as atividades desenvolvidas pelas

universidades brasileiras. A necessidade de distanciamento social e o aumento da demanda por atenção e cuidado em saúde entre a comunidade acadêmica e a população de um modo geral, impulsionou inovações no processo de formação e nas modalidades de atendimento à comunidade. Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) tomaram força como uma ferramenta do cuidado de si, bem como no processo de formação e no atendimento a servidores, acadêmicos, profissionais de saúde e população, sendo uma prática cada vez mais presente nas rotinas assistenciais. Objetivos: Compartilhar experiências exitosas por meio de algumas ações desenvolvidas por universidades brasileiras que se utilizam das PCIS, na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão, durante a pandemia. Aspectos centrais das experiências relatadas: Evidenciou-se a riqueza de possibilidades na integração dos saberes coletivos, educativos, culturais e científicos estimulando a relação dialógica e transformadora entre Universidade e Sociedade. Conclui-se que as PICS se constituem em recursos promotores para saúde, potencializando a autonomia dos indivíduos e impactando favoravelmente

na qualidade de vida da população, devendo, portanto, ser estimulada nos ambientes de formação acadêmica bem como nos territórios vivos junto à comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares. Saúde. Ensino. Pandemias.

ABSTRACT: The Covid-19 pandemic, which started in 2020, required sanitary measures that impacted society as well as the activities developed by Brazilian universities. The need for social distancing and the increased demand for health care and attention between the academic community and the population in general, boosted innovations in the training process and in the modalities of assistance to the community. In this context, Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) gained strength as a self-care tool, as well as in the training process and in the care of servers, academics, health professionals and the population, being an increasingly present practice in care routines. Objectives: To share successful experiences through some actions developed by Brazilian universities that use PICS, in assistance, teaching, research and extension, during the pandemic. Central aspects of the experiences reported: The wealth of possibilities in the integration of collective, educational, cultural and scientific knowledge was evidenced, stimulating the dialogical and transforming relationship between University and Society. It is concluded that the PICS are resources that promote health, enhancing the autonomy of individuals and favorably impacting the quality of life of the population, and should therefore be encouraged in academic training environments as well as in territories living in the community.

KEYWORDS: Complementary Therapies. Health. Teaching. Pandemics.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Reconhecer as estratégias de incorporação das PICS no processo de formação e no fazer profissional.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 As práticas Integrativas e Complementares e a Formação em Saúde no Contexto da Pandemia de Covid-19

Desde a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2006), as universidades têm apresentado crescimento na oferta de disciplinas sobre PICS nas diferentes graduações da área da saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2018; TESSER, *et al.*, 2018). Em consequência disso, observa-se a ampliação na formação desses profissionais, para além do modelo biomédico, passando agora a abranger o indivíduo na sua dimensão global com a perspectiva vitalista do processo saúde-doença (BRASIL, 2015).

O reconhecimento das 29 modalidades de cuidado no SUS, em 2018 (BRASIL, 2018), tensionou a demanda crescente pela qualificação de suas equipes e a inclusão de profissionais habilitados a lidarem com essas novas perspectivas de integralidade em saúde. De maneira geral, a formação de recursos humanos, para o exercício de PICS no Brasil, é considerada insuficiente e difusa, com limitações tanto na oferta

quanto na qualidade do ensino profissional (NASCIMENTO et 2018). Nesse sentido, as Instituições de Ensino Superior (IES), têm papel fundamental na transformação da realidade para a inserção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no espaço acadêmico, com experiências em diferentes regiões do país. O contexto da pandemia mobilizou a sociedade a reinventar e reconstruir modos de viver, produzir saúde, difundir conhecimento e se relacionar. Permitiu ressignificar esse contexto, que muito contribuiu para troca de ideias e experiências, destacando a potência do trabalho coletivo no mundo virtual, onde essa construção de saberes, processos e práticas se dão mediados pela tecnologia. Com esta perspectiva, as Universidades inovaram no processo de formação, diante de todos os protocolos sanitários impostos para o controle da transmissibilidade do novo coronavírus que suspendeu as atividades presenciais. A compreensão de que o distanciamento dos corpos, imprescindíveis para o controle da pandemia e os impactos na saúde mental das pessoas, potencializou ações de afeto e cuidados remotos.

Nesta reflexão, apresentamos algumas experiências vivenciadas no contexto das universidades no período da pandemia, pois seria difícil o engajamento de todos os atores sociais envolvidos nessa construção. Assim, ressaltam-se as experiências desenvolvidas tanto na pesquisa, como no ensino e nos projetos e programas de extensão universitária, que surgiram em função da pandemia ou que continuaram vigentes durante a mesma.

Todas estas iniciativas têm por objetivo também alcançar por meio da realização das práticas, a consolidação da aprendizagem, centrada nos estudantes, vivenciadas em sua grande maioria dos projetos extensionistas desenvolvidos nas distintas instituições brasileiras. Este capítulo surge por meio da interlocução originada dos movimentos sociais articulados com a academia e do trabalho no território vivo com o “SUS nas Ruas”¹.

Para continuidade do trabalho, que representa um recorte destas atividades desenvolvidas no Brasil em tempo de pandemia, optou-se por apresentar cada região, a partir das narrativas dos autores e do material compartilhado que relatam as experiências relacionadas às disciplinas, projetos de ensino, pesquisa, assistência e extensão das cinco regiões brasileiras. É sabido que outras ações permeiam as universidades brasileiras, porém, ressalta-se que nem todas foram contempladas neste relato. O intuito não é esgotar a discussão, e sim, abrir espaço de divulgação para ações em PICS e propiciar a constituição de uma rede de compartilhamento e trocas.

Assim, neste capítulo, apresentamos algumas das ações desenvolvidas por Universidades Brasileiras que utilizam as PICS na formação em Saúde, bem como sua aplicabilidade no contexto da pandemia. A diversidade dos costumes tradicionais e do conhecimento construído e transmitido por meio da arte, saúde e cultura, nos leva à valorização da sensibilidade, do olhar atento com respeito ao outro, e, à percepção das

¹ O movimento “O SUS nas Ruas” fortalece o SUS e reforça a importância da atuação dos Trabalhadores da Saúde, principalmente da atenção primária, e das práticas de cuidados em saúde no enfrentamento à Covid-19.

oportunidades de exercer a cidadania, através do cuidado e promoção da saúde, em sintonia com a singularidade cultural de cada lugar ou região.

2 | I SABERES E FAZERES INTEGRADOS NAS PICS DO NORDESTE

Sergipe é o menor estado do Brasil em extensão territorial, mas tem um trabalho enorme, frutífero e integrado da Universidade Federal de Sergipe (UFS) com o Movimento Popular de Saúde (MOPS). Conheça um pouco dessa história:

Os ofícios tradicionais se amparam no conhecimento ancestral, transmitido ao longo das gerações, que incorporam diversidade e pluralidade de saberes difundidos para o bem viver harmonioso dos seres (BANIWA, 2020; GUIMARÃES, 2020). A prática e o repasse de tais conhecimentos são fundamentais para a vida em comunidade, e, o MOPS possui uma parceria de longa data com a UFS. A integração com a academia teve reconhecimento formal com a concessão do Grau de Mérito Universitário Especial de Mestre em Saberes e Fazeres para as rezadeiras sergipanas Josefa Maria da Silva Santos, Dona Zefa da Guia, que atua na comunidade Quilombola na Serra da Guia no município de Poço Redondo, Maria de Fátima Souza, Fatinha, integrante fundadora do MOPS (UFS, 2020; ARAÚJO e MOURA; 2018).

Inúmeras atividades de pesquisa e extensão universitária estão sendo desenvolvidas por atores envolvidos em PICS nos diversos campus da UFS, como estratégia para disseminá-las no contexto acadêmico e social tais como:

- Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS) que oferece oficinas, atendimentos, estudos e eventos científicos em PICS para comunidade acadêmica em geral na Cidade Universitária, no município de São Cristóvão;
- Grupo transdisciplinar Mente e Consciência que desenvolve pesquisas científicas em PICS, com ênfase em Meditação Mindfulness;
- Projeto Viver Zen, parceria com MOPS e Associação de Docentes da UFS (ADUFS), que oferece aos servidores da UFS Auriculoterapia, Reiki, Meditação, e outras²;
- Serviço de Psicologia da Assistência Estudantil da UFS que disponibiliza suporte com PICS, meditação, em parceria com a LAPICS para estudantes assistidos;
- Projeto “Saúde, Equilíbrio e Autoconhecimento: Yoga no Alto Sertão Sergipano”;
- Projeto XiqueXique, desenvolvido pelo grupo de pesquisa sobre gênero e sexualidade UFS/CNPQ, que disponibiliza aulas de Yoga para comunidade no Campus do Sertão, no município de Nossa Senhora da Glória;-Projetos de Extensão Farmácia Viva e Promoção do Uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia na Rede de Atenção à Saúde nos municípios de Aracaju e São Cristóvão;

² A palavra “Outras” refere-se às práticas que ainda não estão nominadas na PNPIIC.

- Estudo que analisou sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de saúde no campus de Lagarto e que ofereceu atendimento em PICS: Auriculoterapia, Reiki e outras aos participantes;
- Atividades de extensão em parceria com o MOPS que capacitaram a comunidade em PICS e ofereceram assistência em Auriculoterapia, Reiki, Fitoterapia e outras na “Sala de Cuidados” do campus de Lagarto, possibilitando mudanças em estruturas curriculares e oferta de PICS em alguns cursos de graduação;
- O Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde Integrativa (NEPSIN), o Grupo de Estudos PlenaMENTE: Abordagens em Saúde Mental (GEPASM) e a Liga Acadêmica de Terapias Manuais e Alternativas (LATMA) desenvolvem atividades no Ambulatório de Saúde Integrativa, vinculado ao Departamento de Farmácia em Lagarto;
- Projeto “Acolhendo Quem Cuida” (AQC-UFS) dos departamentos de Educação em Saúde, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia que oferece Reiki, Terapia Floral, Auriculoterapia, entre outras, no campus de Lagarto.
- Programas Institucionais, Projetos, Cursos, Eventos e Ações de Extensão da UFS incentivam e oferecem suporte com bolsas, materiais, transportes e divulgação das atividades em PICS, em todo o estado de Sergipe, e podem ser acessados diretamente em <https://www.sigaa.ufs.br/sigaa/public/home.jsf>.

O **Ceará** apresenta sua trajetória com as ações educativas utilizando uma *web* Rádio comunitária, como instrumento transformador e informativo, dentro de um território vivo.

A experiência da Equipe de Saúde da Família do Grangeiro 2, para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 por profissionais de saúde, é aqui relatada em um projeto articulado com informações, em constante prática educativa, utilizando os meios de comunicação existentes, com destaque para a *web* rádio.

Como ferramenta de diálogo em saúde coletiva com o objetivo de fortalecer as ações educativas e permanentes durante a pandemia, utilizou-se o recurso da *web* rádio por meio de um programa semanal que teve enfoque nas informações de combate ao Covid-19 e demais temas em saúde junto às comunidades da Vila Carrapato, Vila Pedroza, Vila Gregório, Vila Nova e Vila Nova Belo Horizonte, no estado do Ceará. Também foram desenvolvidos programas formativos com outros temas de interesse da comunidade e momentos culturais como citações de crônicas, poesias, recital de textos de livros. Muitos convidados integram esta equipe multidisciplinar envolvida, bem como o bloco “Alô doutor”, onde os ouvintes, por meio do *Whatsapp*®, podem fazer suas perguntas que são respondidas nos programas seguintes.

Tais ações favoreceram a democracia comunicacional (PERUZZO, 2007) ao longo dos meses de difusão, a avaliação da audiência foi monitorada através do controle de acesso ao link e/ou uso do *Whatsapp*® da rádio. Foi observado um aumento da audiência que culminou na ampliação da duração do programa, que passou de 1h para 2h com a

inclusão de momentos musicais entre os blocos como forma de descontrair e fidelizar a audiência, além de despertar o interesse por assuntos tão importantes para a educação em saúde.

A *web rádio*, nesse contexto, pode ser valorizada, pois ampliou e diversificou a divulgação do conhecimento, para além do seu território. Contudo, ganha cada vez mais audiência, por dar voz aos seus sujeitos. Portanto, é uma comunicação que se compromete, acima de tudo, com os interesses de suas “comunidades” contribuindo para ampliação dos direitos e deveres de cidadania (PERUZZO, 2007). A ação favoreceu a troca de informações e a *web rádio* pode transcender o localismo, quebrando o isolamento das comunidades assistidas.

No **Piauí** foi instituído em um Hospital Universitário um plano de cuidados com ações de promoção da saúde física e mental voltados para todos os seus profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia por Covid-19. De março a dezembro de 2020 foram realizados 680 atendimentos, sendo ofertados diariamente atendimentos em Reiki, Yoga, Aromaterapia, Terapia com Florais de Bach e Auriculoterapia, entre outras. A segurança sanitária foi respeitada em todos os atendimentos, realizados em salas individuais, sendo variável a quantidade e a duração da sessão de acordo com a demanda. Segundo pesquisa de satisfação, todos os atendidos relataram resultados positivos.

O **Maranhão** mostra as experiências dos educandos e educadores do curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde (EPSJV/FIOCRUZ, 2016) nas comunidades quilombolas e de assentamentos. O curso foi conduzido pelo Departamento de Educação em Saúde e posteriormente incorporado à Escola de Saúde Pública do estado do Maranhão, instituída pela lei número nº 11.114/2019. A escola criou o programa Inova Saúde e o programa estadual de bolsas de estudo, pesquisa e extensão o qual tem por finalidade promover a formação, o desenvolvimento pessoal e a pesquisa básica ou aplicada de caráter científico e tecnológico.

O Maranhão apresenta as percepções e aprendizagem dos participantes do Curso de Educação Popular em Saúde, desenvolvido nos municípios de Açaílândia, Coroatá, Governador Newton Bello, Igarapé do Meio, Imperatriz, Itapecuru, Nina Rodrigues, Santo Amaro, São Luís, São José de Ribamar e São João dos Patos.

As dinâmicas desenvolvidas promoveram o processo de aprendizagem acerca da Educação Popular e das práticas nas comunidades e territórios, pois quando se abre espaço para a população de forma dialógica e amorosa, esta se torna mais consciente das suas condições de vida e saúde e isto se reflete, consequentemente, em um maior controle social, em uma gestão mais participativa e em uma maior integralidade das ações.

Neste sentido, apresenta-se a experiência narrada de forma poética construída a partir do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde de Imperatriz, a segunda maior cidade do estado do Maranhão, onde tivemos a oportunidade de vivenciar a experiência das PICS:

DIVERSIDADE CULTURAL

“Minha terra tem diversidades, indígenas, camponeses, agricultores Quilombolas e sem acesso à equidade estão à margem, rio afora.

*População negra, exilação colonial, descendentes africanos escravizados
Eta, preço grande cultural!*

*População do campo, das florestas, das águas, da rua, indígenas e LGBT Invisíveis aos olhos dos gestores da política pública venho lhes dizer
Vulneráveis a esse direito, é difícil romper o preconceito.*

Equidade, princípio mui difícil de garantir.

Concentração de riquezas e capital a refletir.

Iniquidade, pobreza, exclusão reduzir.

Povos e comunidades, tradição sem igual, mais saúde é preciso investir.

Pela minoria o mundo é dominado, que vive do lucro do povo explorado e tem na sua vida a falta de, com luxo e mordomia. O pobre passa fome e não tem moradia.

Uma coisa podemos a Jesus, universalidade, integralidade, igualdade e que sejam cumpridos os princípios do SUS, como direito à diversidade”.

(Autor desconhecido, Turma 1, São Luís, 2018)

O Rio Grande do Norte retrata a importância da Educação Popular em Saúde para fortalecimento da cidadania, da formação de profissionais da saúde com mais bagagem, garantia da democracia, principal instrumento de transformação da conjuntura sociocultural.

Na ANEPS-RN, em parceria com o Centro Nordestino de Medicina Popular, vem sendo realizadas ações para formação de doula, agentes de PICS no processo de trabalho com mulheres tentantes, gestantes e puérperas. Desse modo, a ANEPS também tem atuado no processo de mudança em relação à percepção e relação de profissionais e usuários sobre o gestar, o parir e o nascer, exemplificado na Lei nº 10611/2019, que dispõe sobre garantia da participação de doula no acompanhamento das gestantes em maternidades públicas e privadas, em todo o território do Rio Grande do Norte, acerca do processo de humanização do parto.

Após um ano do primeiro decreto de calamidade pública, em virtude da crise sanitária provocada pela Covid-19, foram observadas as consequências da passividade de um povo diante das iniquidades praticadas, e a resistência daqueles que protagonizam o Controle Social, a Educação Popular em Saúde e a Comunidade Acadêmica para transformação da atual conjuntura sociopolítica, com impactos, avanços e melhorias à sociedade. Nesse contexto, é digno de destaque, que a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) introduziu na grade curricular dos cursos da saúde os componentes “Saúde e Cidadania”, e “Corporeidade e Gestão do Estresse” com carga horária de 60 horas cada, e “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” com 45 horas. Além do trabalho ininterrupto do Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares (LAPICS) durante a pandemia. A

disciplina “Saúde e Cidadania” tem instigado nos discentes a reflexão sobre a atuação em equipe e favoreceu uma visão ampliada da saúde e da importância das PICS. Aproximou a Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde, promoveu a percepção acerca da conjuntura da desigualdade do Brasil e abordou a importância e relevância da Educação Popular em Saúde.

Além disso, sem se deter exclusivamente ao conceito teórico, envolveu os discentes para a construção de uma proposta de intervenção para transformação qualificada de uma situação-problema em determinada comunidade. Do mesmo modo, o componente “Corporeidade e Gestão do Estresse” atuou como PICS de forma convergente e ensinou formas integradas de utilização das técnicas de promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar, com ênfase no ambiente laboral, e com foco nos profissionais dos serviços de saúde, com uma abordagem de aplicabilidade mais ampla voltado ao usuário.

2.2 NORTEando com as PICS: as redes lançadas no processo de formação

A região Norte carrega em si uma proximidade natural com as PICS, no sentido de sua diversidade cultural, da ligação com a natureza e das práticas ancestrais vivenciadas pelos povos originários. Contudo, a formalização das práticas nos municípios da região ainda não é uma realidade e, consequentemente, nos espaços formadores temos poucas experiências. As IES estão em processo de ajustes dos projetos político-pedagógicos para incorporação das PICS na matriz curricular dos cursos de saúde (LUNA SIQUEIRA; MARTINS, 2018).

No **Pará**, algumas iniciativas foram lançadas numa rede de afetos em direção ao processo formativo de profissionais de saúde como a experiência do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Pará (UEPA), que criou o Laboratório de Experimentação e Manejo de Práticas Integrativas³ para o cuidado e formação dos discentes do curso. Professores e discentes envolvidos, conduzem práticas de Acupuntura, prescrição de fitoterápicos e fitoterapia. Muitos cursos ainda não têm componentes obrigatórios no projeto político pedagógico que utilizem as PICS como conteúdo.

Para o professor coordenador do laboratório⁴, ter encontrado e participado das práticas, desde a graduação ao doutorado, junto aos indígenas da etnia Caiapó, há mais de 15 anos, na comunidade Kaprankrere (Pau D’arco - Redenção) e na comunidade Apexti (São Félix do Xingu), localizadas na confluência do rio Fresco e do rio Xingu, no sul do Pará, o fez compreender que a prática ritual é importante como prática de pertença, de identidade de um povo, mas também é potente como prática de saúde e de cuidado e que mobiliza seus estudos sobre o Trânsito entre a Arte e a Medicina, Cultura e Sociedade na Amazônia

³ O Laboratório foi idealizado e coordenado pelo Professor Mestre Rafael Ribeiro e Ane Dias - Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Pará.

⁴ Professor Mestre Rafael Ribeiro, Farmacêutico e Artista Cênico. Coordenador da referência técnica em Práticas Integrativas e Complementares do Núcleo de Atenção à Saúde.

Paraense. Essa experiência foi fundamental para construção de seu ser profissional e seu agir no mundo.

Para Gundim (2021), o impacto do isolamento social e o afastamento do ambiente universitário, vem promovendo ansiedade e pânico em acadêmicos devido às inúmeras implicações para o curso, tarefas, seminários e defesas de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) adiados. A utilização das PICS proporciona o equilíbrio energético nos planos físico, emocional e mental para os discentes, como forma de promover saúde (DACAL; SILVA, 2018).

Com o intuito de atender essa demanda, o curso de Enfermagem da UEPA, há onze anos, implantou disciplina optativa de 40h denominada Terapias Alternativas⁵, como estratégia para o enfrentamento e quebra de paradigmas do tradicional ensino biomédico. Mesmo sofrendo retaliações, a partir de evidências de melhora no desempenho acadêmico, a docente responsável conseguiu, com o apoio da coordenação pedagógica e da coordenação do curso, a efetivação da disciplina como obrigatória para o curso de Enfermagem que passou a ser denominada Unidade Temática de Práticas Integrativas e Complementares.

Com a experiência exitosa e a ampliação do interesse de docentes, foi criado o Espaço Ambulatorial e Terapêutico de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Espaço de PIC's/UEPA), para assistir aos docentes, discentes, corpo técnico e comunidade em geral, de forma a proporcionar um cuidado integrativo. As atividades desenvolvidas no Espaço Terapêutico são: Musicoterapia, Reiki, Bioenergética, Imposição das Mão, Auriculoterapia, Aromaterapia, Cromoterapia, Meditação e outras com o propósito de auxiliar no estilo de vida e na melhoria da qualidade de saúde da comunidade universitária. A Universidade Federal do Pará (UFPA), em 2020 aprovou o novo Projeto Pedagógico para o Curso de Enfermagem, cuja matriz traz a Atividade Curricular Práticas Integrativas e Complementares em Saúde com 60 horas de carga horária com a ementa: estudo dos procedimentos das PICS à população no SUS e sua interface entre os cuidados de Enfermagem e os recursos terapêuticos baseados em conhecimento tradicional. O curso já havia protagonizado as práticas em seu Projeto Programa de Apoio terapêutico Universitário (PROGATU)⁶ que tem as PICS como eixo central do acolhimento.

Em 2014 foram publicadas as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da graduação em Medicina, que incluem as áreas obrigatórias do internato, a ser implementada até 2018 (BRASIL, 2014). Nas trilhas por entre os rios, que são as marcas de ligação da região Norte e alimentam as florestas e vice-versa, uma outra experiência universitária da

⁵ A Professora. Doutra Andrezza Ozela é idealizadora e coordenadora da Unidade Temática de Práticas Integrativas e Complementares e Espaço de PIC's / UEPA com o apoio da Professora Mestre Camilla Souza Ferreira Rubim de Assis, Pedagoga, UEPA, coordenadora pedagógica e da Professora Doutora Margarete Carréra Bittencourt, coordenadora Campus IV- UEPA.

⁶ O Projeto PROGATU foi idealizado e coordenado pelos professores Doutores Aline Macêdo de Queiroz, Telma Garcia e Evanildo Monteiro.

UFPA acontece no curso de Medicina denominado: o “Externato”⁷. Esse nome foi escolhido como resistência e crítica ao internato médico que está fortemente vinculado ao ambiente hospitalar.

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (2014), o internato ou estágio curricular é o “último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica”.

O “Externato” acontece no modelo multidisciplinar onde é discutido, na vivência prática, o conceito ampliado de saúde e a exploração da cidade como espaço de produção de cuidado. As atividades desenvolvidas integramas PICS e a Palhaçaria, as quais promovem a intersecção entre saúde e arte, especialmente junto às populações em situação de vulnerabilidade.

No **Tocantins**, a disciplina obrigatória Internato Rural (IR) do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins começou em 2013 tendo como objetivo a interiorização da universidade nos municípios conveniados. Em 2017, o IR passou a atuar também nas periferias de Palmas nos Centros de Saúde da Comunidade, parceiras da Universidade, em que os enfermeiros da unidade são preceptores e desenvolve com os acadêmicos atividades práticas de educação em saúde e trabalho setorial com vários atores da comunidade. Participam desse processo, a própria comunidade através dos grupos atendidos diretamente nos centros, outros grupos religiosos, Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), estudantes de graduação em enfermagem e o preceptor.

Com o advento da pandemia de Covid-19 e o impedimento da prática do internato *in loco*, foi implementado o teleatendimento à comunidade com orientação dos preceptores. O projeto IRIS - Internato Rural Integrado da Saúde engloba, além dos cursos da saúde, outros cursos como educação física, teatro, psicologia e serviço social e desenvolve ações sugeridas pela própria comunidade que incluem rodas, fitoterapia, com possibilidades de ampliação de outras PICS. No momento as atividades são *online* nas plataformas digitais em teleatendimento.

Uma Viagem ao Centro do País: relatos de ações que envolvem PICS nas Faculdades da Região Centro Oeste

As Universidades Federais dos estados de **Mato Grosso**, de **Goiás** e de **Brasília**, seguiram o movimento nacional de inclusão das PICS nos seus currículos e projetos. Em Mato Grosso, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), em 2009, houve a inserção das PICS por meio das disciplinas Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais/Fitoterapia, com atividades teórico-práticas e ações na Rede Municipal de Saúde, na Unidade de Referência de PICS (URPICS) e no Ambulatório de Homeopatia⁸.

⁷ O Externato foi idealizado pelo Professor Mestre Vitor Nina de Lima.

⁸ Atividade supervisionada pelo Médico Homeopata e Professor Mestre Reinaldo Gaspar da Mota (FCM/UFMT).

A Faculdade de Enfermagem (FAEN) oferta a disciplina teórico-prática de PICS, com vivências em Reiki; Aromaterapia; Cromoterapia; Musicoterapia; Medicina Tradicional Chinesa (MTC), entre outras. Participam como convidados, terapeutas da ANEPS e integrantes da URPICS.

A Liga de PICS (LAPIC/UFMT), criada em 2019 a partir de iniciativas discentes, realiza seminários, cursos de capacitação, projetos de ensino, pesquisa e extensão. Destaca-se, entre eles, o ambulatório de Homeopatia, que atende a comunidade acadêmica; e o Núcleo de Yoga⁹, que oferta atividades de Hatha Yoga. Durante a pandemia, a LAPIC colaborou em congressos *online*, como o ConAPICS, com os projetos: “Pesquisar para desmistificar”;

“Efeito de medicamentos homeopáticos em síndromes gripais” e com a Fundação da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Saúde Integrativa e Complementar.

A FAEN ofertou, de agosto a dezembro de 2020, por meio de um projeto de extensão e pesquisa¹⁰, atendimentos em Reiki, Aromaterapia, Auriculoterapia e Musicoterapia a profissionais da linha de frente, do Hospital Universitário da UFMT e de Unidades de Saúde da Família. As ações foram realizadas presencialmente pelas docentes, e os resultados apontaram queixas psicoemocionais, como ansiedade e insônia, e melhora significativa destas, após os atendimentos. Ademais, *lives* pelo *Facebook*, com temática de PICS e saúde mental; cartilhas e informativos¹¹ com uso de PICS para o enfrentamento do luto e ansiedade, foram distribuídos de forma *online* (<https://linktr.ee/nesmufmt>) para a população geral, acadêmicos e profissionais de saúde.

Na mesma lógica do cuidado a profissionais de saúde, o projeto Cuidando do cuidador¹², propiciou atendimentos *online*, com Reiki, Yoga, Florais de Bach, TCI e Fitoterapia, para trabalhadores do SUS/MT, por 24 semanas, atingindo 600 atendimentos. Foi disponibilizado também, o curso de Fitoterapia, com foco na melhora do sistema imunológico, com 650 inscritos e 2000 acessos.

Para a comunidade em geral, foram ofertadas ações como o Seminário *online* de PICS e espiritualidade (PICE/UFMT)¹³, que discutiu a PNPIC/SUS, Reiki, Meditação, Ayurveda, Yoga, Homeopatia, entre outras. Os participantes relataram satisfação em se aproximar de discussões científicas e vivências sobre o uso das PICS, durante o período de isolamento social. Outras edições estão sendo organizadas para o ano de 2021.

O projeto extensionista, “Conexão FAEN”¹⁴, promoveu ações de saúde mental, com práticas de Hatha yoga *online*, de setembro a dezembro de 2020, com relatos dos

⁹ Parceria do Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM/FAEN) e Enfermeira doutoranda Vanessa Ferraz Leite.

¹⁰ Coordenados pela Professora Mestre Margani Cadore Weis Maia com colaboração da Professora Doutora Larissa de Almeida Rézio.

¹¹ Parceria entre Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), PET-Saúde Mental, NESM/FAEN.

¹² Desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESP/MT), FAEN, URPICS e terapeutas voluntários.

¹³ Organizado pelo Educador Físico Especialista Geovane Tolazzi, Instituto Golden Prana; Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE), LAPIC, Grupo de Meditação, Faculdades de Educação Física e Enfermagem.

¹⁴ Promovido por alunas de graduação da FAEN/UFMT, Pró Reitoria de Assistência Estudantil (PRAE), enfermeira/instrutora de Yoga, Drª Vanessa Ferraz Leite e grupo NESM/FAEN.

participantes de melhora na flexibilidade, concentração, artralgia, no padrão no sono e na sensação de bem-estar e alegria.

Em **Goiás**, desde 2019, a Faculdade de Medicina (FCM) da Universidade Federal de Goiás, aborda na disciplina de PICS, conteúdos como a PNPI, MTC, Acupuntura, Homeopatia, Ayurveda, Fitoterapia, Aromaterapia, Constelação Familiar, Meditação, Reiki e Práticas Corporais, além do estágio observacional realizados pelos preceptores da equipe multiprofissional¹⁵.

Na UFG, a Faculdade de Enfermagem (FEN) e a Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas e Enfermeiros de Práticas Integrativas (ABENAH), desenvolvem desde agosto de 2018, o ambulatório de PICS como porta de entrada aberta de cuidado. Experiência inovadora e interdisciplinar, para prestação de cuidado integral à saúde, formação profissional em PICS (Auriculoterapia) e disponibilização destas na rede de atenção à saúde.

O Instituto Confúcio (UFG), criado a partir da experiência supracitada, tem como objetivo, o ensino de MTC e a promoção da saúde pelas PICS e oferta as práticas: Acupuntura, Aromaterapia, Auriculoterapia, Automassagem, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Florais de Bach, entre outras. Participam da experiência, docentes, estudantes, técnicos administrativos e profissionais especializados, da rede pública e privada de saúde municipal. Destaca-se a contribuição das ações para a formação profissional, ampliação e melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Em **Brasília**, na Universidade de Brasília (UnB), as PICS estão inseridas nos eixos ensino, pesquisa, extensão e gestão. Nos cursos de graduação encontram-se presentes nas grades curriculares por meio das disciplinas: Saúde, Cuidado e Reconhecimento; Racionalidades Médicas; Práticas Integradas em Saúde Homeopatia; Saúde e Sociedade; Plantas Medicinais; Práticas Integrativas em Saúde: fundamentos da Homeopatia na Medicina; Práticas Integrativas e Terapia Comunitária, esta última ministrada por vários departamentos¹⁶ e profissionais¹⁷. Na pós-graduação, os mestrados Profissional e Acadêmico em Saúde Coletiva oferecem a disciplina Tópicos em Saúde Coletiva com foco nas PICS; já nas Ciências Farmacêuticas é oferecida a disciplina Fitoterapia baseada em evidências que aborda a prática fitoterápica. As disciplinas colaboram para a ampliação e discussão do uso de diferentes modelos terapêuticos e paradigmas em saúde na formação dos egressos.

A Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU) oferece ações voltadas à assistência¹⁸ e promoção da saúde mental, além de projeto de extensão que envolve Rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) *online*. Realiza ainda pesquisa

¹⁵ Promovidas pelo Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP/UFG), Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC) e Escola de Saúde Pública de GO.

¹⁶ Departamentos de Psicologia, Terapia Ocupacional e DASU.

¹⁷ Terapeutas Comunitários da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

¹⁸ Disponibilizadas em: <http://dac.unb.br/atividades-dasu/promocao-da-saude>.

interinstitucional em parcerias¹⁹ sobre os efeitos da TCI como estratégia de promoção à saúde mental na UnB e na Itália.

O Hospital Universitário (HUB) desenvolve o projeto de extensão “Serviço Cuidar”²⁰, voltado aos profissionais do HUB/Ebserh, que atuam diretamente no serviço de atenção a pacientes com Covid-19, em articulação com a Psiquiatria, Psicologia e as PICS. De junho a dezembro de 2020, 369 atendimentos com o foco em sintomas, quadros clínicos e doenças foram realizados em Acupuntura, Auriculoterapia, Terapia Floral e Constelação Sistêmica.

No projeto “Cuidando do Cuidador do HUB”²¹, Meditação entre outras práticas também foram ofertadas. Os participantes relatam melhora do sono, das aflições emocionais, da sensação de angústia e de desamparo, entre outros benefícios. Outras ações extensionistas, envolvendo as PICS e promovidas pelo Decanato de Extensão da UnB foram realizadas durante a Semana Universitária (SEMUNI 2020)²².

Diferentes faculdades da UnB ofertam projetos de extensão com foco nas práticas: “PICS no Cuidado da Saúde Física e Mental: uma iniciativa acolhedora que começa em casa” e “Quintal da Saúde: plantas medicinais na promoção do cuidado”²³. O primeiro oferece vivências em PICS através de *lives* e vídeos²⁴ sobre Meditação, Yoga, Aromaterapia, entre outras práticas, com mais de 3000 visualizações. O segundo, une e difunde os saberes científico e populares sobre as plantas medicinais e outras PICS que promovam saúde.

Implantado nos jardins internos da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), suas ações educativas atualmente ocorrem de forma digital, com 60 publicações (@qshorta) e postagens semanais diversas, com intuito de superar os obstáculos e continuar com as conexões entre os saberes e as experiências da academia e da comunidade.

A Arteterapia é trabalhada em dois projetos de extensão: “A Arteterapia como dispositivo terapêutico nas toxicomanias e Arteterapia no câncer infanto-juvenil²⁵ como recurso terapêutico para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. As plantas medicinais são utilizadas como ferramenta de educação em saúde no projeto “Horto de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares”²⁶ (@projetohortofce), cuja coordenadora conduz também pesquisas para avaliação das preparações Ayurvédicas em relação às preparações oficiais.

Outras pesquisas em PICS, buscam identificar plantas antivirais dirigidas ao SARS-CoV-2²⁷ e avaliar o uso do medicamento homeopático *Cinchona officinalis* dinamizada,

¹⁹ Associação Brasileira de Terapia Comunitária, Terapeutas Comunitários da SES/DF e docentes dos cursos de Psicologia e Saúde Coletiva.

²⁰ Coordenado pela Doutora Sílvia Furtado de Barros, psicóloga.

²¹ Coordenado pela Professora Doutora Priscila Almeida.

²² Disponibilizados em: https://www.youtube.com/c/Extens%C3%A3oUnB/channels?view=49&shelf_id=4

²³ Coordenado pela Professora Doutora Sílvia Ribeiro de Souza da Faculdade de Ciências da Saúde.

²⁴ Disponibilizados em: <https://www.youtube.com/channel/UChAFNa9TEGZYxjHS2BNAF3A>

²⁵ Coordenados pela Professora Doutora Ana Cláudia Afonso Valladares Torres da Faculdade de Ceilândia.

²⁶ Coordenado pela Professora Doutora Paula Melo Martins da Faculdade de Ceilândia.

²⁷ Coordenado pelo Professor Doutor Luiz Isamu Barros Kanzaki.

para a promoção da saúde em profissionais que atuam diretamente no enfrentamento a Covid-19 no HUB²⁸.

Cabe ainda ressaltar as iniciativas dos discentes ao criarem a Liga para a Transformação de Acesso ao Curso (LUTAC)²⁹ com ações que envolvem PICS (Hipnoterapia) como auxiliar no autocontrole e diminuição da ansiedade dos alunos; e da Liga de Saúde da Família e Comunidade (LASFAC)³⁰, que promoveu a Roda de conversa e práticas vivenciais em PICS.

2.3 Sudeste: promovendo saúde, tecendo saberes com a comunidade e SUStentando as PICS na academia

As universidades do sudeste também vêm utilizando amplamente as plataformas digitais desde o início da pandemia visando dar continuidade aos seus projetos, aumentando a difusão de conhecimentos sobre as PICS e sua aplicabilidade na promoção da saúde, fortalecendo o binômio universidade-sociedade por meio de atividades online. Compartilharemos algumas experiências exitosas desenvolvidas no período pandêmico por universidades do ES, MG, RJ e SP, respectivamente.

No **Espírito Santo**, o grupo de pesquisa PICsUFES®³¹, desde 2017, promove articulação entre universidade-sociedade-serviço contribuindo para a promoção da saúde em tempos de pandemia, disponibilizando vídeos sobre PICS, tornando públicas as reuniões científicas virtuais, utilizando o *blog* <https://www.picsufes.com> e, outras mídias (Instagram @pics.ufes, canal no youtube, spotify e facebook) com publicações periódicas sobre PICS.

O grupo possui caráter interprofissional sendo constituído por professores da UFES e de outras IES, pesquisadores, acadêmicos, pós-graduandos e trabalhadores da saúde com distintas formações acadêmicas e variadas formações e atuações na área das PICS. Os membros do grupo que trabalham com as PICS no sistema único de saúde (SUS) bem como os usuários dos serviços de saúde que participam das reuniões abertas, completam essa rede de atores que contribuem para o fortalecimento das PICS no SUS na universidade por meio de atividades de ensino, pesquisa, extensão, e, formação, consolidando o vínculo e articulação entre universidade-sociedade-serviço.

O PICs UFES® no período pandêmico também protagonizou a realização do “I Simpósio Capixaba de Práticas Integrativas e Complementares: a saúde em tempos de pandemia”, com a participação de muitas instituições de ensino, serviço e assistência³².

No contexto pandêmico, reforçamos a importância de avançar para além dos muros da universidade e dialogar com as pessoas que estão fora da academia, ofertando práticas

²⁸ Coordenado pela Professora Doutora Danielle da Silva Barbas.

²⁹ Professora facilitadora Doutora Érica Negrini Lia.

³⁰ Farmacêutico facilitador da atividade Doutor Leonardo Sisinno de Abreu.

³¹ Coordenado pela Professora Doutora Magda Castro.

³² UNICAMP, FIOCRUZ, UFF, ABRASCO, UFPE, UFRGS, UFES, EMESCAM, IBRA, PMV, SESA, UERJ, UFRJ, CNS, entre outras, além da ampla participação de trabalhadores de saúde, estudantes, docentes, pesquisadores, e, usuários dos serviços de saúde, de distintas regiões do território nacional.

de Yoga, pois as evidências reforçam que o Yoga atua como prática física e respiratória, considerada uma terapia complementar para problemas neuropsiquiátricos com potencial para promoção da saúde mental e física, contribuindo favoravelmente para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida de quem a pratica (BRASIL,2017).

Partindo dessa premissa, realizamos oficinas de Yoga com um grupo de 30 homens, com idade média de 30 anos, residentes em uma casa de recuperação para dependentes químicos, no Espírito Santo. As oficinas foram realizadas semanalmente ocorreram através de sessões presenciais, respeitando todos os protocolos sanitários, com cerca de 50 minutos de exercícios respiratórios, posturas psicofísicas e meditação, desde julho de 2020 até os dias atuais, possibilitando evidenciar que a prática regular do yoga tem contribuído de modo satisfatório na promoção da saúde física e mental e prevenção do adoecimento psíquico desses indivíduos, conforme relato dos mesmos, bem como percepção daqueles que interagem cotidianamente com esse grupo de assistidos.

Cabe ressaltar que na UFES existem ainda outros projetos envolvendo as PICS tais como: Projeto de extensão Práticas Integrativas e Complementares em Saúde³³, criado em 2019, Grupo de extensão MeditaUfes que passou a atuar no primeiro semestre de 2019 disponibilizando práticas para o enfrentamento da quarentena³⁴, e, o iPICS³⁵ criado em 2020, todos vinculados ao CCS/UFES.

No Centro Universitário Norte do Espírito Santo, ofertam-se disciplinas envolvendo Fitoterapia, Introdução à Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa e Floralterapia, bem como desenvolve projetos de extensão em PICS com públicos diversos³⁶.

Em **Minas Gerais**, o Kaipora³⁷ - Laboratório de Estudos Bioculturais, sediado na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) desenvolve práticas de pesquisa/extensão/ensino voltadas à promoção da saúde popular mestres e mestras dos saberes tradicionais biodiversidade em diálogo com a região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). O grupo procura, a partir de um diálogo entre os campos da biologia e antropologia, aprender e destacar saberes e práticas que cultivam relações de cuidado com o ambiente, com os humanos e com outros seres não humanos que habitam os territórios.

No intuito de promover a valorização da vida e do cuidado, o grupo tem desenvolvido em parceria com organizações e movimentos populares, tais como a Articulação Embaúba da RMBH; Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Tradicionais de Matriz Africana; Raizeiras, Parteiras e Benzedeiras cursos, oficinas e rodas de conversas (dentro e fora da universidade), sobre o cultivo, uso e manejo de plantas, animais, minerais e demais elementos do ambiente, importantes para o autocuidado e ao cuidado de uns com os outros.

³³ Coordenado pela Profª Drª Grace Kelly Filgueiras Freitas.

³⁴ Coordenado pela Profª Dra Magda Castro.

³⁵ Coordenado pela Profª Dra Lívia Carla Rodrigues.

³⁶ Coordenados pelo Dr. Jefferson Hemmerly.

³⁷ Coordenado pelos professores Drª Mariana Oliveira e Souza e Dr. Emmanuel Duarte Almada.

O “Projeto Música Para Quem Cuida” (MPQC)³⁸, do Curso de Musicoterapia da UFMG constitui-se em uma extensão remota desenvolvida por professores e estudantes que consiste em uma campanha de dedicatórias musicais nas redes sociais, voltada para profissionais da saúde e da assistência social que estão enfrentando a Covid-19 para cuidar de outras pessoas.

Esses profissionais fazem pedidos de canções de sua escolha, para si, para colegas de profissão e/ou para instituições em que trabalham. As músicas são gravadas pela equipe MPQC com uma dedicatória individualizada e divulgadas no perfil “Musicoterapia UFMG”, com objetivo de homenagear esses profissionais; incentivar o autocuidado e propiciar alento, ânimo, conexão e encontro por meio da música, o que adquiriu notável importância em tempos de distanciamento e isolamento sociais. Por ser aberta nas redes, a campanha lida com contextos socioculturais múltiplos, buscando sempre acolher e conectar as escolhas musicais feitas pelos profissionais atendidos com as histórias que acompanham os pedidos.

Depois da implantação do MPQC, a equipe passou a refletir mais sobre as possibilidades da Musicoterapia Comunitária, que vão além das sessões convencionais, levando os potenciais benéficos da música, por musicoterapeutas, pelas redes sociais.

No **Rio de Janeiro**, docentes da UNIRIO desenvolvem projetos envolvendo as PICS na perspectiva da promoção de saúde por intermédio das extensões universitárias: “Depressão em Idosos: Desenvolvendo ações de saúde mental em um Centro Municipal de Saúde”³⁹, voltada para o cuidado de saúde mental de mulheres longevas através de oficinas expressivas, utilizando os referenciais teóricos da Arteterapia. As oficinas que têm o intuito de promover autoestima, autocuidado, memória, coordenação motora, duram 120 minutos por semana, estimulam a expressão de 10 longevas participantes, possibilitando a construção de espaço terapêutico de confiança mútua e ampliação de redes de apoio.

O projeto de extensão “Movimento Vital Expressivo / Rio Aberto como prática de promoção da saúde”⁴⁰ desenvolve atividades como produção de materiais digitais, cartilha para a população sobre as PICS, realização de oficinas e a roda de Movimento Vital Expressivo denominada ‘O corpo expressa’, onde por meio de encontros semanais, com uma hora de duração com a participação de membros internos e externos à Universidade, contribui para a integração entre comunidade acadêmica e da população.

A “Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares”⁴¹, que desenvolve várias atividades e conta com a participação de 36 estudantes da área da saúde e o “Projeto de Extensão ComSAÚDE: atividades lúdicas e integrativas como estratégia facilitadora do processo de comunicação em saúde”⁴² com perfis no *Instagram* e no *Facebook* e conta com

³⁸ Coordenado pela Professora Marina Freire.

³⁹ Coordenada pela Professora Doutora Rosane Mello.

⁴⁰ Coordenado pela Professora Doutora Andressa Teoli Nunciaroni.

⁴¹ Coordenada pela Professora Doutora Natália Chantal Magalhães da Silva.

⁴² Coordenado pela Professora Doutora Natália Chantal Magalhães da Silva.

60 postagens para instigar a reflexão da comunidade e promover a comunicação em saúde em prol do bem-estar físico, mental e social.

O projeto “Blog Fábrica de Cuidados: o uso das mídias sociais para divulgação da prática do Do-in em tempos de pandemia do Covid-19”⁴³, realizou palestras online e postagens nas mídias sociais com orientações e demonstrações sobre a prática do DO-IN para o alívio das questões emocionais em tempos de distanciamento social, constatando que as mídias viabilizaram uma interação mais próxima com a comunidade.

Na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) estão em desenvolvimento os seguintes Projetos: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Saúde do Trabalhador (desenvolvido desde 2017, e, em 2020 focou em oferecer Reiki à distância com 5.900 atendimentos por mês) e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como suporte aos profissionais de Saúde em tempos de pandemia da Covid-19⁴⁴. Há também a oferta da disciplina eletiva Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, desde 2019, para acadêmicos das áreas de saúde, humanas e tecnológica⁴⁵.

Em **São Paulo**, o “Projeto Escuta Humanizada-Cuidados Integrativos para Profissionais da Saúde, da Educação e do Administrativo da SPDM em tempos de pandemia”⁴⁶, integra pesquisa, ensino e extensão e visa acolher a equipe de saúde, de educação e administrativa de serviços públicos de saúde, voltadas para o atendimento de casos de casos de Covid-19, e tem como foco questões urgentes de saúde pública relacionadas à promoção da saúde mental, em especial àqueles com maior risco de contágio.

As estratégias incluem acolhimento preferencialmente em grupo, com escuta das demandas da referida equipe, e método psicoterapêutico humanista, com abordagem centrada na pessoa, princípios de Psicoterapia Breve e, definição de reflexões temáticas, norteadas pela epistemologia dos cuidados integrativos para promoção e educação em saúde. O atendimento ocorre por meios online e conforme disponibilidade da equipe (nove psicólogas e seis monitores do curso de Psicologia).

O projeto foi elaborado por profissionais voluntários, com especialização em Cuidados Integrativos, professores colaboradores da Associação Brasileira de Cuidados Integrativos (ABRACI) e docentes da UNIFESP, como prática da ação solidária em situações de emergência em saúde e estado de calamidade pública. Também recebe a parceria do Núcleo de Cuidados Integrativos (NUCI) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da UNIFESP. O projeto-piloto foi desenvolvido ao longo de 2020, atendendo 10 profissionais do Hospital São Paulo.

A temática das PICS também motivou discentes de Psicologia da UNIFESP⁴⁷ a desenvolverem seu trabalho de conclusão do curso objetivando identificar o significado que o cuidado por meio das PICS representa para o indivíduo que o recebe.

⁴³ Coordenado pela Professora Doutora Priscila de Castro Handem

⁴⁴ Coordenados pela Professora Doutora Fátima Sueli Neto Ribeiro.

⁴⁵ Coordenados pela Professora Doutora Fátima Sueli Neto Ribeiro.

⁴⁶ Coordenado pelo Professor Doutor Fernando de Almeida Silveira e Professora Doutora Sissy Veloso Fontes.

⁴⁷ Acadêmica Carolina Claudio Bisi.

Cabe ressaltar que na UNICAMP, o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS)⁴⁸, desenvolve muitas atividades de ensino, extensão e pesquisa envolvendo as PICS. O projeto “Yogaterapia para estudantes universitários: uma estratégia de cuidado”⁴⁹ desenvolveu intervenção com Yoga e Meditação voltado para os desequilíbrios emocionais dos estudantes (graduação e pós-graduação) da área da saúde, durante a pandemia (Covid-19), no ano de 2020. Os praticantes do programa mencionaram que ao utilizarem as ferramentas da prática de yoga e meditação no cotidiano, ampliaram a capacidade de se auto-observar e de fazer melhores escolhas para o dia a dia.

2.4 A caminhada de integração na Região Sul: campos, serviços e universidades

No Paraná há 165 municípios que ofertam as práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde em levantamento ocorrido em 2018, que se utilizam das 29 práticas aprovadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas.

A Universidade Estadual de Londrina (UEL) participa ativamente em várias frentes de atuação com as PICS. Destaca-se o Departamento de Enfermagem lotado no Centro de Ciências da Saúde (CCS). Em 2017 houve a criação e consolidação do grupo de pesquisa multiprofissional, denominado Núcleo de Estudos em Espiritualidade, Práticas Integrativas e Complementares e Conscienciologia (NEEPICS), cadastrado no CNPQ⁵⁰.

Desde 2020 o programa de pós-graduação *stricto sensu* oferta as disciplinas optativas denominadas: “Práticas integrativas e complementares em saúde e conscienciologia aplicada ao cuidado integral centrado na pessoa”⁵¹ e de arteterapia⁵². Na reforma curricular do curso de Enfermagem houve a aprovação da disciplina “Cuidados paliativos e práticas integrativas e complementares”, prevista para iniciar em 2022. O programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade também integra as atividades das PICS na atenção primária com ações de fitoterapia⁵³ e homeopatia.

Atuamos também por meio do projeto de pesquisa: “O uso das práticas integrativas e complementares no município de Londrina” aprovado em Parceria com a Prefeitura de Londrina, Hospital Universitário e Hospital Anísio Figueiredo (HZN), e pelos projetos de extensão: “UEL pela vida e contra o coronavírus”⁵⁴, que desde 2020, em uma das frentes de trabalho, faz atendimento itinerante com as PICS para os servidores lotados no nível de

⁴⁸ Coordenado pelo Professor Doutor Nelson Filice de Barros.

⁴⁹ Projeto realizado pela pesquisadora Doutora Veridiana Noronha Vaccarelli, sob orientação do Professor Doutor Nelson Filice de Barros do Lapacis/FCM (UNICAMP).

⁵⁰ Grupo de Pesquisa coordenado pelos docentes da enfermagem Enfermeira Doutora Eleine Martins e do Departamento de Saúde Coletiva, médico Doutor Carlos Takeo Okamura.

⁵¹ Disciplina ministrada pelos docentes Enfermeira Doutora Eleine Martins e médico Doutor Carlos Takeo Okamura.

⁵² Disciplina ministrada pelo docente do departamento de enfermagem Enfermeiro Doutor Marcos Hirata.

⁵³ Médica da Atenção Primária médica Doutoranda Beatriz Zampar.

⁵⁴ Projeto coordenado pela Doutora Mara Solange Dellarozza, enfermeira e docente do departamento de enfermagem.

atenção primário, secundário e terciário, e permite a participação de estudantes e docentes junto aos enfermeiros da prefeitura de Londrina nos atendimentos às populações de moradores de rua e pelo projeto “Terapias Complementares em Saúde: nova perspectiva no cuidado de Enfermagem”⁵⁵, desde 2018, e atua disponibilizando o escalda pés e a aromaterapia na maternidade de Londrina.

Durante a pandemia houve a intensificação do trabalho de atendimento, independente da adesão à pesquisa. Atendemos ao CCS com meditação online quando nos solicitado. Também estamos firmando parceria com a Labesi região sul.

No âmbito da assistência, o CCS cedia o ambulatório de atendimento das PICS em parceria com o Programa de assistência a docentes e discentes (PADD)⁵⁶, que possui participação ativa no colegiado do curso. Há a oferta das práticas de Auriculoterapia, Acupuntura, Reiki, Meditação e Constelação Familiar para estudantes e professores do CCS em horários previamente agendados. Os docentes envolvidos no atendimento possuem carga horária destinada ao programa e aos projetos de pesquisa e extensão. Durante a pandemia houve aumento da demanda de atendimento.

As Universidades Federal do Paraná (UTFPR) e a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) ofertam atividades com as PICS, em formato de disciplina optativa na graduação e também em ambulatório de atendimento para estudantes e comunidade geral, respectivamente. Porém no período de pandemia houve suspensão das atividades.

Em **Santa Catarina** o movimento das práticas integrativas germinou das práticas populares dentro dos movimentos sociais vários, somente após a aprovação da política nacional, quando as universidades voltaram seu olhar para as mesmas, predominando em seu braço de extensionistas. Destaco aqui os três últimos movimentos: político, práticas na atenção à saúde e práticas no ensino.

Como movimento político destaco o papel do deputado estadual Padre Pedro e a instituição da lei 17.706 de 22 de janeiro de 2019, que dispõe sobre as Práticas Integrativas no âmbito do SUS em Santa Catarina. Estabelece as 29 práticas possíveis de serem ofertadas de forma integral e gratuita por meio do SUS.

Como movimento de atenção em saúde tivemos a implantação de coordenadorias de PICS na estrutura das secretarias municipais de saúde. Destaco aqui a pioneira Florianópolis, seguida das demais regiões, Chapecó, Blumenau e Videira, entre as demais. Todas comportam atualmente 504 registros de serviços de PICS em nosso estado.

Em Blumenau (SC), a secretaria de saúde por anos sediou as práticas de tai chi chuan e meditação⁵⁷. Na Universidade Regional de Blumenau (FURB) atuam-se com suas plantas medicinais e uso popular⁵⁸, somando com o projeto de educação popular

⁵⁵ Coordenado pela Doutora Catia Campaner Ferrari Bernardy, enfermeira e docente do departamento de enfermagem.

⁵⁶ Projeto coordenado pelos docentes de Enfermagem Doutor Adriano Farinasso e Doutora Regina Célia Bueno Rezende Machado.

⁵⁷ Coordenadas pela Doutora Ethna T. Umbebaum, psicóloga e mestre.

⁵⁸ Tem como responsável o Professor Mestre Alessandro Guedes.

em saúde. Há parcerias com a Liga de Saúde Coletiva, e com a Escola Técnica de Saúde do município, onde foi firmada a primeira formação em PICS e a realização do I curso introdutório de PICS para o serviço de Blumenau, formando 23 profissionais que continuam atuando na assistência e formação de acordo com os princípios de educação permanente e educação popular em saúde, criando um coletivo.

Como movimento de ensinagem, em Blumenau possui o Núcleo de Estudos e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NEPICS), programa de extensão da FURB em integração com o serviço e a comunidade, inserindo outros cursos como da área de humanas e tecnológicas em nosso fazer diário. Ofertamos as práticas de fitoterapia, acupuntura, uso terapêutico da arte, yoga, meditação e musicoterapia. Também buscamos integração com outras instituições de ensino, citamos aqui a UFSC com ampla experiência em acupuntura, a Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) com suas graduações em Naturopatia.

A Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) oferta auriculoterapia, terapia de florais e Reiki para a comunidade acadêmica do centro de ensino superior do Oeste, com cursos em Chapecó e Pinhalzinho (SC). Em ambas as cidades há uma sala com toda infraestrutura para atendimento de alunos, professores, técnicos e terceirizados, mediante encaminhamento de psicólogos/professores e demanda espontânea. Durante a pandemia, em virtude do teletrabalho, há o atendimento online para Terapia com Florais e Reiki à distância.

Atualmente estamos em uma busca de concretizar a rede de PICS de SC, consideramos que mesmo frente ao Covid teremos a chance de aproximar estas experiências e práticas e melhorarmos a rede estadual visando a continuidade e fortalecimento da Política de PICS nas 3 esferas, municipal, estadual e nacional.

No **Rio Grande do Sul**, há uma trajetória marcada pela utilização das práticas populares, integrativas e complementares nos diversos espaços e territórios. O uso de Plantas Medicinais é um marco importante que mobiliza milhares de pessoas todos os anos em diferentes estratégias, desde o Fórum pela Vida (articulação de entidades, movimentos, grupos, gestores, pesquisadores e parlamentares), a construção da Política Intersecretarial de Plantas Medicinais (no ano de 1999) e a inserção no SUS em seguida; além de Seminários, eventos e o uso de plantas nos serviços de saúde, em grupos de movimentos populares, em escolas e em universidades. Essas ações se mantiveram durante a pandemia a partir dos espaços virtuais ou com as medidas sanitárias, nas ações presenciais.

A Universidade Federal da Fronteira do Sul (UFFS) se integrou num dos Projetos construídos e coordenados pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com outras instituições, secretarias estadual e municipal de Saúde no Projeto “Rede Colaborativa PIC”, integrado numa campanha do Conselho Nacional de Saúde de proteção e cuidado aos trabalhadores (as) da saúde através dos teleatendimentos com

o uso das PICS. Também está articulada com movimentos sociais populares, ANEPS, GT Educação Popular e Saúde da Associação brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e serviços de saúde, e, desenvolve ações de cuidado em Reiki à distância, meditação guiada, orientações sobre o uso de plantas medicinais e alimentos saudáveis, dentre outras iniciativas coletivas de cuidado, de forma telepresencial, com o uso de ferramentas como *Whatsapp®*, facebook com grupos específicos junto à atenção básica e/ ou comunidades, ou vinculados a movimentos populares, comunitários e de mulheres e integrado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica.

Também realiza atividades formativas e de comunicação popular em saúde, por meio de materiais educativos e de promoção de saúde, envolvendo lideranças sociais e populares, com estudantes de medicina, residentes em saúde, profissionais, educadores e conselheiros de saúde para a proteção à saúde da população.

Na cidade de Santa Maria destaca-se o Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (LAPICS/UFSC) que atua como parceiro no projeto intitulado: “Cuidar de quem cuida dos pacientes e do hospital” do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O projeto foi criado após o decreto do estado de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do surgimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus 2 (SARS-CoV-2); doença denominada Covid-19. Este projeto objetiva auxiliar no enfrentamento ao estresse, ansiedade e medo em período de pandemia, por meio da apresentação de tratamentos convencionais e Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), além de aliar a capacitação dos trabalhadores do hospital em temáticas voltadas à saúde e desenvolvimento das competências interpessoais no autocuidado.

Tem como visão promover a saúde, potencialidades, forças, virtudes e o autoconhecimento, orientando o aperfeiçoamento de hábitos alimentares, prática de atividade física e gestão do estresse, bem como fortalecer o autocuidado. Muitos destes conhecimentos em PICS estão embasados no nosso livro “Práticas integrativas e complementares no SUS: por (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea” (FREITAG, BADKE, 2019). Os dados são utilizados para o cadastro no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No mapeamento das ações que utilizam as PICS nas Universidades do Brasil, constatou-se muitas experiências exitosas consolidadas que se adequam ao modo remoto bem como outras que emergiram no contexto da pandemia de Covid-19.

As PICS se opõem ao cuidado mecânico e mercantil, e direcionam o sujeito para sua emancipação e o cuidar de si. Constituem recursos terapêuticos com uma visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção integral do cuidado humano. A pandemia por

Covid-19 desencadeou diversos processos de adoecimento, sendo o profissional de saúde atuante no enfrentamento da mesma, o mais vulnerável. Em vários serviços e regiões do Brasil, as PICS foram utilizadas como uma ferramenta auxiliar para mitigar o sofrimento diante de tantas intempéries vivenciadas nas diversas dimensões do cuidado, bem como nos âmbitos sanitário, social, econômico e ambiental.

A partir do mapeamento realizado alguns aspectos devem ser considerados no que concerne às possibilidades de protagonismo das PICS no âmbito da formação dos profissionais para o SUS. Neste contexto existem práticas ainda com dificuldade de serem reconhecidas e contempladas como atividades profissionais na PNPI. Por outro lado, apesar do processo de formação dos profissionais de saúde ser uma etapa importante para consolidação das PICS no SUS, há a limitação da oferta das mesmas nas grades curriculares dos diversos cursos, onde as PICS poderiam ser inseridas para suprir as demandas sociais.

Em contrapartida, constatou-se que as universidades ofertam vários projetos de extensão e de pesquisa que se utilizam das PICS para várias populações, especialmente durante a pandemia da Covid-19, com ações que promovem a saúde na comunidade, para servidores, estudantes e populações específicas.

Desta forma, a união dos quatro pilares caracterizados pela assistência, ensino, pesquisa e extensão fortalece este movimento de ampliação das PICS no processo de formação ao integrar a construção de saberes coletivos, educativos, culturais e científicos a fim de possibilitar a relação dialógica e transformadora entre Universidade e Sociedade.

Considerando que esta interação dialógica entre a universidade e a comunidade é exercida com o protagonismo discente - atores sociais indispensáveis na construção das ações extensionistas - e que trazem suas contribuições e saberes que fortalecem as práticas de saúde no território, percebemos que os objetivos da aprendizagem, centrada no estudante são plenamente alcançados com tais vivências.

Sendo assim, faz-se necessário reafirmar o direito à saúde como pressuposto constitucional básico, bem como o fortalecimento do controle social visando garantir a ampliação do acesso às PICS em seus diferentes contextos e territórios. Para isso é imprescindível aumentar possibilidades de diálogo e divulgação sobre as PICS e práticas populares de cuidado à saúde, fortalecendo, portanto, o uso e a ocupação dos vários espaços, neste momento em especial, os virtuais, que estimulem o cuidado de si, do outro e do ecossistema.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM:

1. Tendo como referência as experiências da formação, que caminhos você pode trilhar para incorporar as PICS em sua prática profissional?

2. Na sua percepção, quais as facilidades e dificuldades na implementação das PICS no cenário nacional?
3. No seu processo de formação quais estratégias podem ser utilizadas para integração dos diferentes cenários e regiões nacionais na formação das PICS?
4. Como as PICS são capazes de impulsionar inovações nas modalidades de atendimento à comunidade e lançar novas redes no processo de formação?
5. Como as PICS se inserem nas estruturas de ensino, pesquisa e extensão e ressignificam o debate nas grades curriculares e nos serviços durante e após a pandemia de Covid-19?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARAÚJO, D.; MOURA, J. Zefa da Guia: parteira do Sertão. Documentário, Sergipe, 2018.
- BANIWA, B. J. Saberes Tradicionais, Espiritualidade e Saúde. Revista Saúde em Redes, v. 6, Supl. 2 (2020):92. ISSN 2446-4813.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; Sec. 1, p. 8-11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em 15 Mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Inclui novas práticas Saúde na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPI. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2018. Acesso em 14 Mar 2021. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/7526450/do1-2018-03-22-portaria-n-702-de-21-de-marco-de-2018-7526446>.
- BRASIL. Portaria número 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, DF, 2017.
- BRASIL. Portaria número 971 de 3/05/2006 e número 1.600 de 17 de julho de 2006. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde, DF, 2006.
- FIOCRUZ. CURSO de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein. [et al.]. Rio de Janeiro: PSJV/FIOCRUZ, 2016.
- DACAL, M. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 724-735, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811815>.

FREITAG, V. L.; BADKE, M. R. (Orgs). Práticas integrativas e complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea. Curitiba: Nova Práxis Editorial; 2019, 810 p.

GUIMARÃES, M. B. *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190297>.

GUNDIM, V. A. *et al.* Saúde Mental de Estudantes Universitários durante a Pandemia de Covid-19. *Rev baiana enferm* (2021); 35:e37293.

LUNA SIQUEIRA, A. B., MARTINS, R. D. Prescrição fitoterápica por nutricionistas: percepção e adequação à prática. *VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde*, 30(1), 72–83, 2018. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v30i1.7744>.

NASCIMENTO, M. C. do *et al* . Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as Universidades Públicas. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 751-772, Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde de debate*, Rio Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 174-188, set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s112>

UFS - Universidade Federal de Sergipe. Pró-reitoria de Extensão. Edital PROEX RAEX nº05/2020 de 26 de maio de 2020. Concessão do Grau de Mérito Universitário Especial: em Saberes e Fazeres e em Artes e Culturas Populares. Maio, 2020.

VIVÊNCIAS DOS MOVIMENTOS POPULARES NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

Data de aceite: 01/03/2023

Adriana Prestes do Nascimento Palú

Áurea Emilia da Silva Pinto

Beatriz de Freitas Salles

Danielle de Oliveira Bargas

Elias José da Silva

Eni Carajá Filho

Fernanda de Figueiredo Ferreira

Sérgio Uchôa de Lima

Laureni Dantas de França

Maria Betânia da Silva

Maria Teresa Mariotti

Marta Carmelita Bezerra de Almeida

Simone Maria Leite Batista (*in memorian*)

Virginia Rosa Santana de Jesus

Charles Britto Oliveira Gomes

Tatiane Ferreira de Jesus

RESUMO: A Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular em Saúde (ANEPS) criada em 2003, tem marcado a história articulando os diversos movimentos sociais. Na pandemia de COVID-19 tem-se no Brasil inúmeras medidas de mitigação que teve como consequência uma crise social, econômica e política de grandes proporções. Objetivava-se descrever as ações dos movimentos sociais que dizem respeito à participação do controle social na pandemia de Covid-19 e a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade. Fundamenta-se na Educação Popular de Paulo Freire, na Política de Educação Popular em Saúde e nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde construídas por muitos sujeitos e movimentos, pautadas no diálogo e interação entre sujeitos críticos e participativos. O recorte temporal foi a pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde em 2020 e seus desdobramentos. Teve a participação das cinco Regiões do Brasil, através dos movimentos sociais em seus Estados, considerando três momentos: o resgate de suas realidades, o aprofundamento teórico com a organização do conhecimento e as

ações e vivências nos diferentes territórios. Foi construído um roteiro metodológico para que neste capítulo, nove narrativas de movimentos sociais, articulados em plataformas virtuais, pudessem conduzir seus relatos. Este capítulo traz como objetivo de aprendizagem, centrada no estudante, as vivências nos territórios e explicita que o movimento social resgata princípios de base, fundamentadas nas tradições populares e ancestrais contribuíram com a oferta de cuidados, partindo de uma visão ampliada do processo saúde-doença, valorizando o autocuidado e os conhecimentos tradicionais. As ações dos movimentos sociais estão inseridas no Sistema Único de Saúde, protagonizadas nos territórios. A Política de Educação em Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são uma referência, à medida que investem no controle social e na prevenção e promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Educação em Saúde; COVID-19; Promoção da Saúde; Controle Social.

ABSTRACT: The National Articulation of Movements and Practices in Popular Education in Health, created in 2003, has marked history by articulating the various social movements. In the COVID-19 pandemic, there were numerous mitigation measures in Brazil that resulted in a major social, economic and political crisis. The objective is to describe the actions of social movements that concern the participation of social control in the Covid-19 pandemic and the implementation of the principles of the Unified Health System: universality, integrality and equity. It is based on Paulo Freire's Popular Education, on the Popular Health Education Policy and on the Integrative and Complementary Practices in Health built by many subjects and movements, based on dialogue and interaction between critical and participatory subjects. The time frame was the pandemic declared by the World Health Organization in 2020 and its consequences. It had the participation of the five Regions of Brazil, through social movements in their States, considering three moments: the rescue of their realities, theoretical deepening with the organization of knowledge and actions and experiences in different territories. A methodological script was built so that in this chapter, nine narratives of social movements, articulated in virtual platforms, guided their reports. The social movement rescues basic principles, based on popular and ancestral traditions, and contributed to the provision of care, based on an expanded view of the health-disease process, valuing self-care and traditional knowledge. The actions of social movements are inserted in the Unified Health System, carried out in the territories. The Health Education Policy and the Integrative and Complementary Practices in Health are a reference, as they invest in social control and prevention and health promotion.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Education in Health; COVID-19; Health promotion; Social Control

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Reconhecer algumas estratégias de incorporação das PICS na interlocução com o território articulada com os Movimentos Sociais e as Práticas de Educação Popular em Saúde.

1 | RELATOS E EXPERIÊNCIAS DA REGIÃO NORTE

1.1 Movimentos Sociais da Região Norte no Uso das PICS e no Enfrentamento da Pandemia de COVID-19

A Região Norte reconhece as práticas integrativas e complementares no SUS e suas inúmeras iniciativas. Ainda que as comunidades tradicionais, já desenvolvessem essas práticas em seus territórios com a utilização das ervas e extração de óleos vegetais, para auxiliar no processo de cura. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) podem ser definidas como sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde, para isso utiliza tecnologias eficazes e seguras, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2015).

Em 2010, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus iniciou o movimento de formação relacionado às PICS com a inserção de proposta de implantação no Planejamento Municipal de Saúde - (MANAUS, 2010). Em 2016, a Gerência de Promoção da Saúde, encarregada então pela área técnica de PICS, apresentou uma proposta de lei para uma Política Municipal de Práticas Integrativas.

Até a aprovação da política, muitas atividades e eventos foram realizados para dar visibilidade e conhecimento das PICS à população, bem como aos servidores da saúde. Foi realizado mapeamento das PICS no serviço e comunidade e identificadas as de interesse para capacitação. Nesse período foi realizado o I Encontro de Saúde Holística com apresentações sobre reiki, auriculoterapia, plantas medicinais, yoga, aromaterapia, além de propiciar a vivência dessas práticas para os participantes.

As ações no território foram intensificadas, como na criação do Projeto Tenda Holística Itinerante, um espaço de afeto e bem viver que implantou as PICS no SUS. A proposta possibilitou a participação da comunidade e dos trabalhadores das unidades de saúde na construção da política, a partir da experimentação de atendimentos e vivências em algumas das PICS (Auriculoterapia, Reiki, Roda de conversa sobre Ayurveda e Plantas Medicinais) e do momento de avaliação onde foi aberto espaço para contribuições.

O projeto contou com 18 profissionais, a comunidade e os seguintes parceiros: Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Disa Rural, Setor de Nutrição, Departamento de Comunicação e da Gerência de Promoção da Saúde. Esse caminhar coletivo culminou na aprovação da Lei nº 2597 em 3 de abril de 2020, que instituiu a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS, 2020). No momento, sete (7) unidades de saúde e um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) desenvolvem PICS na rotina do serviço.

Já o Curso Educação Popular do Sistema Único de Saúde (EdPopSUS), desenvolvido

em Manaus em 2017, deixou marcas permanentes no saber e fazer saúde de educandos, como é a experiência do “Dia do cuidado EdPopSUS”. Essa atividade, iniciada em 2019, já foi realizada em diversos espaços e para diferentes públicos: com a população em geral da comunidade católica São José, com lideranças comunitárias do território coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com grupos focais. O dia começa sempre com o compartilhamento do café regional, seguido por roda de conversa (temática definida no coletivo): psicologia, odontologia e ervas medicinais sendo finalizado por atendimento (auriculoterapia, massoterapia, etc.) e esclarecimento para a comunidade sobre as PICS. A experiência, considerada exitosa, está com atividades suspensas nesse período de pandemia.

As tradições dos povos das florestas, são imbricadas no povo nortista, se fazem presentes no relato de uma mochileira e seus banzeiros a partir de vivências no território da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde do Amazonas (APS/SUS-AM). A ideia dos banzeiros era ressignificar o modo de promover saúde dentro de um território pulsante, vivo e com muitos desafios regionais, levando para o contexto da Atenção Primária à Saúde o protagonismo da Educação Popular em Saúde. Sair da zona de conforto de Apoiadora Institucional foi o desafio pessoal e profissional que me foi imposto, mas o objetivo de apresentar as PICS, que muitas vezes estão nos territórios onde as pessoas nascem e vivem, mas não são aceitas pela medicina convencional, me motivava (ANEPS, 2009).

Em 2013, os banzeiros começaram. Com mochila nas costas e saber institucional na estante, partimos. Esse rompimento possibilitou um protagonismo de aprendizagem a partir da cultura popular. Os banzeiros iniciais foram na região do Alto Solimões. Criamos junto com as equipes de Atenção Básica cantigas como “a Farinhada na Atenção Básica” e “você sabe o que é mapear?”. Trabalhar com mapa é uma forma de banzerá. No ano de 2017, a maneira de apoiar os municípios mudou, potencializando a mochila de saberes com a prática da medicina popular.

Emblemática é a atuação do Movimento de Mulheres do Amazonas contra o Feminicídio, que não parou até mesmo em tempos da pandemia da COVID 19. O movimento se encontrava no auge da luta contra o feminicídio com atos em frente ao Tribunal de Justiça, vigília nos julgamentos dos réus de feminicídio e atos ocorridos no dia 08 de março, quando em 15 de março morreu a primeira vítima da COVID 19 em Parintins (MARQUES, 2021).

Com o “lockdown” as mulheres, além de serem vítimas de violência, não podiam trabalhar e tiveram seus salários reduzidos por conta do fechamento das fábricas. Tudo passou a ser feito pela internet e foi assim que surgiu a ideia de criar a rede solidária feminista, com a abertura de conta para recebimento de doações para ajuda às mulheres (cestas básicas, pagamento de aluguéis, confecção de máscara, material de higiene). Psicólogas parceiras criaram um grupo de apoio às ativistas que desenvolveram crises de ansiedade e depressão utilizando algumas PICS no atendimento virtual, pois, guerreiras

que somos, continuamos com nosso lema: “Mulheres são como as águas, quando se encontram ficam mais fortes”.

Os saberes populares são passados de geração em geração na oralidade estabelecida no afeto e na convivência familiar e social. No Pará, Sandra recebeu em herança, os saberes da extração de óleos vegetais primeiramente de seus avós, depois com os seus pais. Em 2013, ela compreendeu que essa prática estava se perdendo no município. Foi aí que criou o Grupo de Mulheres de Cheiro - Flora Amazônica, com as mulheres do sindicato.

Os óleos extraídos são de patauá, coco, miriti e andiroba. Esse processo acontece com dificuldade porque não temos materiais suficientes, relata ela, mas a gente resiste: *“...é no fogo quente que extraímos, quando o óleo chega é aquela festa, é como se tivesse surgindo uma nova vida, toda vez parece que é a primeira vez. Não era diferente no tempo dos meus avós”*. O objetivo destas mulheres é manter a floresta em pé. “O óleo nos faz manter a ligação com a floresta, conosco e com os outros.” Estamos organizando oficinas de massagem com os óleos e a aromaterapia. Na pandemia continuamos nossas ações.

A massoterapia está presente no Acre pelas mãos de pessoas como Roberto Santi que aplica as massagens terapêuticas para dores derivantes da coluna vertebral: nervo ciático, hérnia de disco, bursite, LER, etc. A pandemia não permite um atendimento frequente, mas ele utiliza o *whatsapp*, telefone para orientar quem precisa ou faz uma sessão reduzida ou ainda ensina mostrando numa filmagem direta como um familiar pode ajudar a superar o problema. A terapia homeopática também é utilizada e foi intensificada na pandemia. Houve a criação de um grupo interestadual de terapeutas homeopáticos para ajudar a população a estimular a imunidade contra o vírus.

2 | RELATOS E EXPERIÊNCIAS REGIÃO NORDESTE

2.1 ANEPS - PB e A Universidade Federal da Paraíba Buscando nas PICS o Combate Contra a COVID – 19

A experiência com as PICS no combate ao Covid-19 consistiu em fazer o horto fitoterápico, colher as plantas, processar com álcool a 70°, produzindo quatro fitoterápicos em alcoólatras para diabetes mellitus, gastrite nervosa, imunidade e depressão atendendo diretamente 3.500 pessoas na rede de saúde municipal, acompanhado pelos trabalhadores da rede municipal de saúde, com bons resultados.

Apresentamos a experiência desenvolvida pela terapeuta holística Maria Betânia, em 2019, dentro do projeto CUIDAR-SE, que consistiu em atender de forma amorosa e espiritualizada a todos que a procuraram nesse espaço. Em sua vivência como aluna de graduação ela sentiu a necessidade de ter esse tipo de tratamento na academia. Desde o ano de 2019 até a presente data, fazia parte das práticas de cuidado com o Reiki e com o Reiki com cristais. Atendeu aproximadamente 1.200 pessoas com reiki, 2.000, pessoas

com florais de Bach e florais flor sol e aplicou argiloterapia e Reflexologia Podal cobrindo 45 pessoas.

Em razão do distanciamento social, não foi permitida a continuidade de atendimentos presenciais. Como produto dessas experiências destaca-se a reestruturação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular em Saúde (ANEPS) em Pernambuco, ANEPS-PB, com a possibilidade de aprofundar os estudos sobre as PICS numa maior interação entre a Academia e os Movimentos Sociais, Movimentos Sociais em Saúde (MOPS) e ANEPS se unem na Educação Popular.

2.2 Dialogando em Rede: participação popular e controle social na saúde no Rio Grande do Norte

Partilhando Saberes: O que você entende por participação popular e controle social? No seu município você se reúne com a comunidade para discutir os impactos da pandemia do Covid-19 no contexto social, e quais as medidas encontradas?

Partilhando a realidade: Controle social é o mecanismo de participação da sociedade civil juntamente com o Estado na tomada de decisão sobre as políticas públicas permitindo a descentralização do poder. Por isso, a participação do controle social é essencial na elaboração das políticas públicas, no acompanhamento e verificação das ações desenvolvidas pela gestão pública, na aplicação dos recursos financeiros, na avaliação do processo e dos resultados alcançados, de acordo com o previsto. O controle social é uma conquista da sociedade civil, um instrumento e expressão da democracia e da cidadania, transformando e superando modelos hierarquizados como estratégia da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS (FREIRE, 2013).

Organizando o dia a dia Rede de Usuários de Saúde: uma articulação da sociedade civil como estratégia de participação qualificada no controle social da Saúde. Cada gestão municipal está enfrentando a pandemia com uma visão diferenciada, poucos estão investindo na mobilização social, no chamamento do movimento dos usuários da saúde para a discussão sobre o enfrentamento e aplicação das verbas federais para o controle do Covid-19.

Os movimentos, trabalhadores na saúde e usuários, precisam ter espaço nesse processo e decisões da gestão da saúde, e principalmente garantia ao acesso à prevenção. A ANEPS/RN sempre procurou articulação com sindicatos, associações, lideranças comunitárias representantes da educação popular, práticas populares em saúde, PICS e demais segmentos sociais, estado, capital e municípios.

Na atualidade movimentos sociais e academias estão em cada região desenvolvendo trabalhos, o controle social tem travado grande luta para sua inserção no comitê de enfrentamento ao Covid-19, e a gestão participativa é um valioso instrumento para as mudanças necessárias nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para

tornar o atendimento mais eficiente, eficaz, efetivo e motivador, tanto para as equipes de trabalho e os gestores, como para os usuários dos serviços de saúde, no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade e acolhimento humanizado.

2.3 ANEPS-PE: cuidando de si, cuidando do povo, em defesa do sus e da vida

Março de 2020: a pandemia chega de repente e só nos restava enfrentá-la com nossa capacidade de mobilização, educação popular e amorosidade com o nosso povo. A solidariedade veio inicialmente pela defesa da vida, proteção contra o vírus e alimentação para o corpo que tem fome. O “Fique em casa” é pouco equânime, visto que é elitista e segregador. Não enxerga quem não tem casa ou quem tem que se aglomerar em moradia sem condições adequadas, com água a cada sete dias, sem renda ou direitos; mas também não enxerga quem precisa sair de casa, quem tem de trabalhar sem EPI.

Assim, a ANEPS-PE junta-se ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e outras organizações, começa o preparo e distribuição de marmitas para população em situação de rua, confecção de máscaras de proteção individual. Um mês depois, já havia a Brigada de Saúde, de Comunicação e Assessoria Popular Solidária que formaram a Campanha Mão Solidárias. Da força da Educação Popular, do poder de mobilização e organização do povo, nasceram os Agentes Populares de Saúde, um voluntariado que se importa com a vida da sua comunidade e território, visitando as famílias, sem entrar nas casas, mantendo distância e evitando contato físico.

Numa perspectiva criativa, realizamos oficinas usando o colorau para simbolizar o vírus. Sujamos a mão do voluntário e pedimos para ele pegar em alguém, no seu rosto, na sua máscara para que ficasse visível os locais onde o vírus poderia ser contaminado. Depois, para tirar o colorau das mãos, partimos para a limpeza das mãos com álcool 70% e com água e sabão. A companhia de teatro: “CIA SUS É VIDA” leva à comunidade as dinâmicas vivenciadas no curso de formação, através da linguagem teatral. Um filme de curta-metragem “Eita Vacina Arretada” foi encenado pelos educadores populares com a temática da importância do cadastramento, da identificação de “fake news” e da vacinação contra o COVID-19.

Outra atividade em que os militantes e ativistas da ANEPS-PE se envolveram foi o cuidado e acolhimento interno, a promoção de práticas de cuidado para os participantes e profissionais de saúde. Por meio de plataformas virtuais, pudemos compartilhar experiências e nos fortalecer, bem como realizar contato com as pessoas que haviam se afastado, oferecendo terapia e apoio.

Desses encontros, surgiu o planejamento para realizar lives objetivando ser ponto de apoio também para outras pessoas que carregavam sentimentos similares e não tinham rede de suporte. Com a reflexão ‘O que a educação popular desperta em mim em tempos de pandemia?’ passeamos pela temática ‘Saúde emocional e as plantas medicinais’, e até

mesmo *lives* tendo como mote as eleições, em que convidamos candidatas e candidatos educadores populares ou comprometidos com a educação popular. Afinal, apesar da importância da solidariedade, entendemos o dever do poder público e de seus governantes, bem como a necessidade da garantia dos direitos e os meios para acessá-los.

Como é possível perceber, as conquistas alcançadas até o dado momento, é resultado da luta de muitas atrizes e atores políticos, sejam nas universidades, pastorais sociais, parlamentares, gestores, com importante papel de lideranças comunitárias e movimentos sociais que se recolocam em cena na luta pela saúde, justiça social e liberdades democráticas.

2.4 Práticas Integrativas e Educativas em Tempos de Pandemia por Covid-19 no Piauí

Considerando a persistência de iniquidades apresentam-se experiências junto aos movimentos sociais e a Rede de Saúde Mental do SUS (Teresina-PI), reunindo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS-SUS (Brasil, 2013) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC-SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018).

Relato 1 - A vulnerabilidade da População em Situação de Rua (PSR) determina situações que afetam sua condição de saúde. Objetivando dialogar sobre práticas para a prevenção e o cuidado em saúde bucal diante da pandemia da COVID-19, a ANEPS-PI realizou rodas de conversa na Casa de Acolhimento Pastoral do Povo de Rua em Teresina. Utilizou-se da área livre, para o cumprimento das normas ANVISA, com práticas transformadoras, dinâmica participativa de compartilhamento de saberes e construção de conhecimento coletivo. As medidas de higiene geral e bucal, isolamento e distanciamento social, com significativa reflexão, agregaram-se ao propósito de emitir vibrações de gratidão com prática da tradição ancestral “kuaracy-korá” (AQUINO, 2020; WERÁ, 2020).

Relato 2 - No Serviço Residencial Terapêutico (SRT/SUS), bairro São João (Teresina-PI), verificou-se um nível acentuado de ansiedade devido ao isolamento social e as medidas de prevenção e controle da Covid-19 que motivou a criação do Projeto Terapêutico composto pela Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e o uso das técnicas Auriculoterapia e Reiki com a participação dos residentes e cuidadores. As sessões das PICS proporcionaram benefícios e momentos de alegrias, reflexões e partilhas de vivências que permitiram aos residentes revisitar o passado e compartilhar expectativas com a ressignificação de suas vidas.

Relato 3- O Hospital Estadual de Referência do SUS para o tratamento de álcool e drogas utiliza a “Yoga” para beneficiar os usuários. As sessões de livre escolha dos participantes/sujeitos são ofertadas conforme a proposta dos colaboradores, técnicos e cuidadores de forma dinâmica e sequencial com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de cuidado com capacidade de amenizar situações de sofrimento psíquico.

2.5 O EDPOP-SUS e sua Interface com as PICS em Sergipe

Compartilha-se a experiência sergipana dos Cursos de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) e sua interface com as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS), durante a pandemia de Covid-19. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do SUS (PNEPS-SUS) e o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), foram criados em 2013, portarias nº 2.761 e 1.256, por deliberação do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013).

A primeira edição do referido curso aconteceu entre 2013 e 2014 em oito estados e no DF, por iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz. Diante do êxito, o curso se expandiu para aperfeiçoamento, com carga horária de 160 (cento e sessenta) horas, com vista a promover e qualificar a prática dos trabalhadores da saúde.

Em Sergipe, foram capacitados mais de 1.300 educandos (EdPopSUS, 2021), parte deles coordenam PICS nos municípios e participam de Conselhos e de Comitês pertinentes. Enfim, o EdPopSUS impulsionou esses Educandos e Educadores a assumirem o protagonismo proposto no curso. Em dezembro de 2020 ocorreu o seminário “A Educação Popular em Saúde e as PICS em São Cristóvão, como estratégia de consolidação e valorização do SUS”. Desse evento resultou o início da implantação do projeto Farmácia Viva em parceria com a Universidade Federal de Sergipe (UFS), conforme convênio com o MOPS (processo nº. 23113015339/2020-97).

A continuidade dos cursos EdPopSUS aconteceu de forma híbrida, com 12 turmas em 2019/2020, além de dois cursos de extensão: “Acupuntura auricular na medicina tradicional Chinesa (MTC)” e “Educação Popular em Saúde e a importância da formação política”, um seminário remoto em dezembro de 2020. Com a participação dos educandos e educadores, aprovação da carta aberta aos gestores e à comunidade, sugerindo a sua valorização e conclamando para a efetivação dessas políticas.

O próximo passo será a realização de seminários nas sete regiões de Saúde sobre a implantação das PICS. Desse modo, acredita-se que a concepção da educação popular em saúde tem contribuído para aprimorar o olhar dos profissionais e gestores, de modo a potencializar a produção dos saberes, a organização coletiva e a solidariedade entre os povos.

2.6 Movimento “O SUS NAS RUAS” na Bahia: experiências de vidas e cuidados na pandemia da COVID 19

Foi a partir das vivências da educação popular em saúde incentivadas pela ANEPS que educadores, profissionais e docentes da Bahia aderiram ao Movimento “O SUS nas Ruas” para pensar, construir e compartilhar estratégias de pautas na defesa da vida, no

cenário pandêmico da COVID-19. Os impactos sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais exacerbados pela pandemia, revelou a omissão do Estado neoliberal na garantia da proteção social aos cidadãos (BATISITA, 2017).

Nesse contexto o Movimento “O SUS nas Ruas” toma forma e força na Bahia, em 2020, fomentando a construção de espaços de reflexões em rodas de conversas no formato virtual por meio da educação popular com os temas:

- Cuidados em saúde com as PICS na Bahia, fortalecendo as estratégias da promoção e recuperação da saúde de forma continuada e integral; Tanatologia em tempos de pandemia proporcionou um espaço de amorosidade, humanização nas relações pessoais diante das mortes pela COVID-19, e dos limites que os familiares vivem nos ritos funerários; cuidados da saúde mental na pandemia buscaram a diminuição do estresse e ansiedade; nos cuidados com as pessoas idosas apresentaram práticas integrativas para vivência do amor, solidariedade e melhorar os impactos de mudanças nas rotinas, nas alterações dos sentimentos e do isolamento social; o cuidado das pessoas com doença falciforme na pandemia trouxe a inclusão das práticas integrativas aos cuidados e a importância de suas organizações na defesa dos direitos e superação das dificuldades enfrentadas nesse cenário (BARRETO, 2014).

A experiência do movimento “SUS nas Ruas” mostra as estratégias de pautas na defesa da vida, no cenário pandêmico da COVID-19. Os usuários do SUS foram beneficiados e as universidades foram envolvidas. No Estado da Bahia foi fundamental para o fortalecimento e efetivação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e da Política Nacional de Práticas Integrativas, e Complementares do SUS, culminando com a organização do I Encontro Estadual da ANEPS-Bahia.

2.7 Estratégias de Comunicação em Saúde nos Tempos de Pandemia COVID-19 no Ceará

O fenômeno desafiador da pandemia sem dúvida mexeu com a chamada normalidade cotidiana de cada pessoa, e por consequência alterou a vida e a rotina dos movimentos sociais. No princípio todos fomos tomados por sobressaltos e indagações sobre o que fazer e como agir frente a uma realidade tão complexa.

A união das pessoas por meio de tecnologias de comunicação, internet, plataformas e aplicativos virtuais foi um desafio para concretizar ideias e propostas de novas estratégias e articulações, culminando com a inserção de novos atores e novos movimentos para enfrentar a COVID-19. Nesse cenário, surgiu o Movimento SUS na Rua, que aglutinou e segue aglutinando pessoas, vozes e lugares os mais diversos. Esse movimento promove a troca de experiências de forma tão potente que desconstrói uma aparente frieza existente nas relações virtuais, ou seja, essas experiências aproximaram as pessoas, com tanta energia e saber ancestral, que contribuíram fortemente para o bem-estar e capacidade de resistência a este momento histórico adverso.

Celulares, “tablets” e computadores passaram a ser ferramentas potenciais de troca e partilha de experiências da comunicação em saúde, que passaram a ter muito mais importância neste momento das nossas vidas do que “ficar em casa” significa sobreviver e resistir. Como sair de casa e ganhar o mundo? Como bater perna sem aglomerar, sem correr o risco de ser contaminado pela COVID-19 ou contaminar o próximo? Os encontros e trocas todas compartilhadas “Dendicasa” foi a forma adotada pela Rádio Literária Carrapato e a Comunidade do Carrapato, em Crato/CE.

Com o recurso do “WhatsApp” muitos contribuíram com os seus saberes, com temas e participações em áudios no Programa Minuto Mais Saúde. “Pernas da comunicação em saúde, pra que te quero!?” De dentro de casa alcançamos o mundo e experiências chegaram até nós com PICS, terapeutas experientes, educador@s populares, cultura e arte popular, movimentos da ANEPS, agentes comunitários de saúde e de combate às endemias, entre outros que se adaptaram ao tempo pandêmico.

“Cirandas da Vida” atuou em Fortaleza cuidando dos trabalhadores de saúde e a comunicação em saúde com os Terapeutas do Bem com Reiki, massoterapia e escalda pés para curar os dissabores. O desafio de comunicar e cuidar com as mãos e com o olhar. Assim, em cada canto, o saber pela experiência tratou de muitos protagonistas com essa nova comunicação em saúde.

3 | I RELATOS E EXPERIÊNCIAS NA REGIÃO CENTRO OESTE

3.1 Experiências Vividas no Território Vivo do Coração do Brasil

A pandemia do COVID-19 trouxe incertezas e transformou a realidade de indivíduos e coletivos. Impactou não só na saúde física, mas também feriu e deixou marcas na saúde psicossocial e na economia mundial, o que retroage negativamente no bem-estar e na qualidade de vida de sujeitos que devem se conscientizar e mudar hábitos com vistas a superar a crise causada pelo vírus Sars-CoV-2.

A piora do quadro com esgotamento do sistema de saúde revelada pelo aumento do número de casos e ocupação de leitos impôs um cansaço que invadiu nossos ânimos e o desejo de voltar ao “novo normal” impacta toda sociedade.

Emerge a necessidade de um olhar ampliado sobre o problema, e também, sobre as estratégias para seu enfrentamento. E, nesse contexto, subsidiado por um paradigma sistêmico e complexo, se apresentam a educação popular e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como possibilidades férteis e criativas na garantia do direito e da promoção à saúde. Diante deste desafio em prol de trazer benefícios à vida das pessoas, alguns trabalhos foram organizados e oferecidos na região centro-oeste do Brasil. Neste texto traremos algumas experiências comunitárias, que têm surtido efeitos positivos na saúde física, mental, social e energética das pessoas.

Síntese das experiências com a comunidade:

Foram selecionadas dez atividades que ocorriam em meados dos anos 2020, quando a pandemia trouxe importantes questões e desafios aos sistemas de saúde. Temos a ciência que essas práticas não representam a totalidade da oferta no território, o que evidencia outro problema, a subnotificação, já que muitas experiências exitosas ocorrem, especialmente na ponta dos serviços, e pouco ou nada se divulga, deixando a ciência de seus benefícios somente àqueles que têm a sorte de participar das intervenções.

As experiências foram desenvolvidas pelos povos do Cerrado, do centro-oeste brasileiro (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal), e suas repercussões vão de um impacto local, como com usuários de uma Unidade Básica de Saúde, Centro de Referência ou famílias de uma determinada comunidade, passando por grupos regionais como trabalhadores da secretaria estadual de saúde, até a escala nacional, acessada por meio de tecnologias virtuais de ensino.

Dentre os atores e grupos envolvidos que se relacionam com a comunidade podemos destacar: ANEPS, Centro de Promoção Humana Emanuel (CENPRHE), Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG), Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), Instituto Brasília Ambiental, Movimento O SUS nas Ruas, Rede de Médicos e Médicas Populares, Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC), Unidade de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (URPICS), Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS) e Secretarias de Estado e Municipais de Saúde. Os objetivos dessas ações são variados e complexos, tal como as estratégias de enfrentamento adotadas – as PICS. Contemplam desde a perspectiva ecossistêmica, por meio da preservação e conservação da biodiversidade do bioma Cerrado, com o foco em plantas medicinais; a promoção de formação, divulgação e ampliação do acesso às PICS

como um todo e a práticas específicas, como a Auriculoterapia e Reiki.

As ações dos vários projetos possuíam desdobramentos individuais e coletivos, uma vez que os resultados se orientavam sempre às repercussões sistêmicas priorizando tecnologias leves de cuidado.

Dentre os fazeres, destacamos: identificação de plantas do cerrado em Unidades de Conservação com pesquisa e colocação de placas; construção de jardins medicinais; coleta de sementes, produção e distribuição de mudas de espécies do Cerrado e plantas medicinais em viveiros; atendimento à comunidade com rodas de conversa junto à Secretaria de Saúde; atendimento presencial e online com PICS para usuários e trabalhadores do SUS (auriculoterapia, reiki, massagem, reflexologia, moxabustão, yoga, florais de Bach, terapia comunitária e revitalização facial); intervenções por meio da educação popular em saúde, estimulando o autocuidado e o cuidar do outro, e a revisão de crenças, costumes e hábitos.

Os trajetos metodológicos descritos foram igualmente plurais e como se tratavam de experiências vivas na comunidade, não detinham em 100% uma rigidez metodológica que pudesse engessar a vivência dos sujeitos participantes. Por outro lado, orientavam-se a uma maleabilidade, plasticidade e resiliência que, nesses tempos, garantiu a continuidade de algumas das atividades (considerando os respectivos protocolos sanitários). Dentre os instrumentos e estratégias para o cuidado ocorreram práticas de promoção, prevenção e educação em saúde como divulgação de informações por meio de materiais educativos, cursos presenciais e *on-line*, rodas de conversa, atendimentos presenciais e *on-line*, entre outras intervenções com a comunidade.

Como resultados, ainda que haja um grande número de relatos sobre os benefícios que essas atividades trouxeram, muitas dessas experiências se viram obrigadas a suspender parcial ou integralmente suas atividades, salvo aquelas que já desenvolviam atividades virtuais. Os usuários contemplados pelas práticas manifestaram contentamento com os resultados, descrevendo mudanças positivas nas sintomatologias inicialmente reclamadas. Ademais, outro resultado relevante foi o acesso crescente aos saberes e práticas, agora veiculados, sobretudo de modo digital.

Consideramos que o SUS e seu imenso contingente de usuários ganharam, em um passado recente, um arsenal de práticas com grande potencial para contribuir na reorganização do sistema, da Atenção Primária em Saúde e do cuidado em saúde como um todo. Tal conquista, advém de árdua reivindicação da população, de movimentos sociais e profissionais de saúde, com vistas à integralidade do cuidado, que culminou na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), a qual possui íntima relação e sincronicidade com outras políticas, como a da Atenção Básica e da Educação Popular em Saúde.

Entendemos que a implementação da PNPIC em todas as regiões, foi e ainda está sendo uma grande conquista, mas o principal desafio se dá na efetiva garantia do acesso a essas práticas, que foram e, por vezes ainda são elitizadas, pouco acessíveis, negligenciadas, subjugadas e sub divulgadas. E a disponibilidade destas, traz alento aos sujeitos envolvidos, pelo poder autogerador que elas possuem, retroagindo nos praticantes e estimulando os princípios essenciais fundamentados em seu paradigma vitalista, que busca equilíbrio biopsicossocial e energético (FREIRE, 2013).

A PNPIC tem como subtítulo de seu texto constitucional, a ampliação do acesso, bandeira que deve ser defendida na garantia da saúde enquanto direito social, sobretudo em tempos em que o SUS vem sofrendo com desigualdades e disputas em níveis micro e macro, político e socioeconômico, com desafios no que diz respeito ao financiamento e gestão. Assim, divulgar e dar visibilidade a saberes e práticas de cuidado integral, possibilitar formações e garantir que a população tenha acesso a eles é um ato de resistência e esperança de que tempos melhores estão por vir.

4 | MOVIMENTOS SOCIAIS DO SUDESTE

4.1 A Contribuição das PICS na Saúde Mental durante a Pandemia da COVID-19

4.1.1 *Espaço de Partilhas e Práticas de Autocuidado e Autoconhecimento*

O ambulatório de HIV do Centro de Referência e Treinamento – IST/Aids – SES SP, durante a pandemia pelo Covid-19, através de redes sociais e plataformas digitais, organizou atividades dentro do projeto ABRACE, incorporando na rotina institucional reflexões do processo saúde-doença no contexto do cuidado de si.

A arteterapia, atividades corporais, práticas meditativas, reiki, entre outras se tornaram importantes estratégias na amplitude do cuidado integral do usuário do serviço e foram fundamentais para garantir a expressão e o cultivo de um estado de abertura e partilha entre os participantes. Tais estratégias contribuem para a construção do sentimento de pertencimento, fator que pode fortalecer a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV, prevenindo a evolução para o agravo AIDS, combatem a discriminação e o preconceito, frequentemente vivenciados pelos usuários, que fragilizam suas relações sociais e trazem desequilíbrios, gerando muito sofrimento.

4.1.2 *O cuidado ancestral e a Farmácia Viva*

Outra experiência exitosa de práticas integrativas e complementares de saúde na atenção à saúde mental durante a pandemia acolheu mulheres jovens, adultas e idosas, cis e que se contemplam pela condição de feminino, vivendo com HIV, ou convivendo com pessoas vivendo com HIV (PVHIV), moradoras das periferias da zona leste da capital de São Paulo, para experiências de práticas tradicionais de cuidado através do conhecimento da Farmácia Viva (MATOS, 2002).

A comunidade de tradições afro-brasileiras – Ilê Asé Iya Iodê Oyó, realizou em parceria com a secretaria de saúde do município, encontros virtuais pautados na educação popular em saúde para orientar o uso correto de plantas medicinais, com o repasse do conhecimento científico, de acordo com as características do grupo e do território, além de indicar práticas para o cultivo e manejo doméstico das plantas disponíveis na região. Os

encontros foram nomeados Projeto Awon Obirin – Farmácia Viva, que tem seu significado no idioma iorubá, falado dentro dos terreiros por descendentes e praticantes de religiões de matriz africana, de feminino, no contexto social, para além de questões biológicas (IBIDEM).

4.1.3 *Cuidado, feminismos e yoga*

Para suportar o isolamento, o empobrecimento, e as sobrecargas emocionais e laborais, durante o extenso período pandêmico, um grupo de mulheres de Minas

Gerais (Belo Horizonte e região metropolitana de Minas Gerais), de diferentes territórios, participação social e política, uniram seus conhecimentos, afirmado seus desejos e potenciais na construção de redes feministas de luta e solidariedade.

Por meio das redes virtuais se conectaram e escolheram realizar práticas de cuidado, em uma atitude de apoio e fortalecimento coletivo. O objetivo era conectar as diferentes perspectivas e narrativas do momento de isolamento social, com as histórias e as experiências de vida. Em parceria com o “Espaço e Movimento Aura da Luta”, que acolhe mulheres vítimas de violência da Comunidade Dandara e arredores, práticas de yoga e rodas de conversa com a metodologia de mediação e escuta compartilhada, articularam política e subjetividade, saberes populares e transdisciplinares, vivências entre corpo-mente e ação-pensamento, permitindo aprofundar processos de autoconhecimento e de cuidado do sofrimento psíquico (LUZ, 2012).

4.1.4 Benzimento e orientação para o uso de plantas medicinais

Com vistas à promoção do bem-viver, a partir de uma abordagem integral, a psicóloga Ana Maria da Silva Soares, no período pandêmico, priorizou manter a prática do benzimento e a utilização de ervas medicinais para fortalecer o cuidado em saúde mental no atendimento à sua comunidade. Há 40 anos vivendo no bairro União, a psicóloga integra a comissão local de saúde e o conselho municipal de cultura para o fortalecimento dos saberes tradicionais, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, e fundou o “Coletivo Minhas Plantas, Meu Quintal”, e o “Projeto Prosa de Saberes Tradicionais” em parceria com espaços de cultura e lazer e serviços públicos da assistência social.

Em função da pandemia pelo Covid-19 e do isolamento social, com a crescente demanda de sofrimento psíquico, os atendimentos tornaram-se online, possibilitando a continuidade da prática do benzimento e das orientações para o uso das plantas medicinais. Nos atendimentos de benzimento foram inseridos exercícios de concentração, de respiração e conexão consigo mesmo, e orientações para o uso das ervas em chás, sucos, saladas e banhos, entre outras atividades da vida cotidiana, desde o plantio. Essa perspectiva de atendimento tem demonstrado o interesse dos atendidos em se tornarem multiplicadores dos saberes. A recuperação da autoestima e do bem-estar, do autocontrole emocional e da confiança, da fé e da esperança na superação deste momento da vida, são alguns dos relatos das pessoas atendidas, segundo Ana.

4.1.5 Fortalecer o cuidado, cuidando

Nacidade de Franca, interior de São Paulo, no Centro Dia Idoso, serviço da assistência, os profissionais da equipe puderam vivenciar práticas integrativas e complementares de saúde. Através de encontros formativos, dialógicos e de construção participativa, se fortaleceu as diretrizes do serviço, de modo que os conhecimentos tradicionais, que

envolvem abordagens com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo e na integração com o outro, com o meio ambiente e com as questões sociais, potencializou a atuação dos trabalhadores no cuidado de si e no cuidado sistematizado do serviço que, segundo a equipe, necessitará de um novo olhar e ação quando a pandemia acabar e as atividades retornarem.

4.1.6 Agroecologia e Medicina Tradicional

A Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, atua na região metropolitana de Belo Horizonte e no leste de Minas Gerais buscando contribuir com a melhoria da qualidade de vida das comunidades do campo e da cidade, por meio do fortalecimento da agroecologia e da agricultura urbana.

No contexto de enfrentamento do Covid-19, como medida emergencial, essa rede participou de ações adquirindo alimentos agroecológicos produzidos pelas famílias agricultoras urbanas e familiares, para garantir a segurança alimentar e nutricional de famílias de aglomerados e ocupações urbanas vulnerabilizadas. Os fitoterápicos caseiros e outros processos artesanais e da sociobiodiversidade produzidos pelas mulheres agricultoras fomentam práticas de autocuidado nessas comunidades, incentivando o uso de plantas medicinais na promoção da saúde e na prevenção de agravos, em uma abordagem integral de saúde.

A Articulação Embaúba, coletivo de educação popular em saúde, que atua na promoção das práticas e saberes de mulheres raizeiras, benzedeiras e parteiras da Região Metropolitana de Belo Horizonte desde 2018. Em parceria com ONGs e instituições públicas, de forma autônoma, no período pandêmico promoveu de modo remoto oficinas, cursos e rodas de conversas voltadas ao autocuidado e ao cuidado comunitário. Além do acolhimento de pessoas em sofrimento, pode-se aprender sobre o cultivo, o manejo e o uso de plantas medicinais e de valor nutricional.

4.1.7 O Reiki ampliando diálogos e possibilidades

A experiência do reiki à distância durante o Covid-19, no Espaço Travessia localizado dentro Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, começou com atendimentos presenciais realizados por voluntários que acolhiam a comunidade, estudantes, e os pacientes psiquiátricos internos e externos, usuários dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

A demanda era espontânea e possibilitou o diálogo com médicos, enfermeiros e psicólogos do Instituto, criando possibilidades de ampliar o tratamento convencional com a prática. Os participantes das sessões de reiki buscavam se sentir melhor, relaxar o corpo e mente. E voltavam para outras sessões relatando melhora, segundo a terapeuta Cris Salles. O Espaço Travessia compõe o Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretaria

de Saúde do Município do Rio de Janeiro, e se propõe ser uma referência em Arte, Cultura e Promoção da Saúde Mental.

4.1.8 Arteterapia no atendimento emergencial para prevenção da crise em saúde mental

No Centro de Atenção Psicossocial de Franca – CAPS Florescer III, frente aos desafios de atender pessoas com necessidades emergenciais de acolhimento para evitar crises severas de sofrimento mental, durante a pandemia pelo Covid-19, foram utilizados os recursos da arteterapia. O encontro do usuário com a proposta complementar ao atendimento clínico, possibilitou fortalecer a autonomia no cuidado de si e os vínculos com o serviço. Respeitando as demandas sanitárias impostas pela pandemia, a dança, a meditação e a contação de histórias instrumentalizaram os usuários em condição emergencial, a lidar com os desafios do isolamento social.

5 I MOVIMENTOS SOCIAIS DO SUL

5.2 Práticas Integrativas na Promoção da Saúde em Tempos de Pandemia COVID-19: vivências das mobilizações sociais do sul do Brasil

As vivências das PICS pelos Movimentos Populares e Serviços Públicos no Paraná, no ano de 2020, deixaram marcas indeléveis decorrentes da pandemia do novo coronavírus. Neste contexto, a ANEPS fomentou várias atividades com encontros virtuais para diálogos sobre as práticas de cuidado e movimentos de defesa do SUS e da vida.

As iniciativas seguem desde a implantação das PICS no SUS, como no município de Londrina-PR com a formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), iniciada em 2002 e com a implantação da Fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mantendo-se até os dias atuais e que mesmo com as limitações impostas pela pandemia, estão desenvolvendo: TCI, Shantala, Auriculoterapia e meditação, prática esta que, nas “Oficinas do Cuidando do Cuidador”, recebeu o prêmio INOVASUS. Neste ano, também foi ofertado o primeiro curso de formação em meditação, com a próxima edição já em andamento.

Em Apucarana-PR, as PICS são oferecidas à comunidade nas UBS e em ações intersetoriais, sendo que neste período destacou-se o trabalho envolvendo a Saúde Mental com usuários de álcool e drogas do centro de apoio e reabilitação, Christma, com Rodas de TCI. As vivências propiciaram espaço de escuta, acolhimento e construção de vínculos, numa parceria entre a equipe da UBS e voluntários da ANEPS, tais vivências contribuíram com a emancipação dos sujeitos e mudanças de vida, na promoção da saúde, na reintegração na sociedade, além do suporte no enfrentamento dos desafios que a situação vivida impõe.

Outra vivência foram as rodas de TCI no formato “on-line” totalizando 42 rodas TCI

on-line em 2020, com uma média de 1.050 participantes, oriundos Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile, Equador, Bolívia, República Dominicana e México. Os principais temas foram: medo e ansiedade, medo da morte, impotência, dificuldade na gestão das relações familiares, preocupação com o futuro, solidão.

A “roda”, à distância, conectou muitas pessoas do Brasil e de vários outros lugares do mundo, confirmou que o exercício da fala, traz em si a possibilidade de aliviar “as dores da alma”, como o pajé Itambé refere: “o que deixa o corpo do homem pesado é a alma”, haja vista que os Guarani usam o termo “Ñe’ë”, tanto para designar “palavra” e quanto “alma”, ambas têm a mesma força.

Os maiores desafios nas “rodas” de TCI on-line foram o acesso à internet, letramento digital, a dificuldade de interpretar linguagem não-verbal e as invasões hackers. Cada encontro teve sua marca na produção da vida e a “roda” TCI on-line durante a pandemia da Covid-19 manteve, a mesma metodologia, adaptada ao contexto, rompendo as distâncias e unindo os participantes ao sentimento que nasce da alma, aproximando corações e traduzindo-se em palavras que transformaram a vida daqueles que a vivenciaram.

Novas formas de conviver, mas o mesmo fundamento no ato de cuidar - as PICS neste diferente cotidiano no Rio Grande do Sul, foi desenvolvida em Porto Alegre, Esteio, São Leopoldo, Canoas e Alvorada, a partir da Rede Promotores Populares em Saúde, em parceria com a Fiocruz, com processos formativos da Escola de Promotores Populares em Saúde, com o objetivo de discutir a construção de territórios saudáveis e sustentáveis, sendo que no período da pandemia foi debatido a saúde mental, a geração de trabalho e renda, com atividades de cuidado virtual, a partir de práticas dos povos de terreiros.

Em Rio Grande/RS, foram realizadas práticas de cuidado aos trabalhadores da Vigilância em Saúde que estavam sobrecarregados, com o excesso de trabalho decorrente da pandemia, evidenciado em sinais de cansaço extremo, irritabilidade, dores sistêmicas, dificuldade para dormir, distúrbios alimentares.

Assim, foram inseridas as PICS: Reiki e Auriculoterapia aos 120 trabalhadores deste setor, semanalmente, por livre adesão. Totalizando 403 atendimentos nos cinco meses, cuja anamnese revelou que as principais queixas se relacionavam à pandemia, culminando em estresse, medo, insegurança, irritabilidade, cansaço, inapetência, insônia, dores, hipertensão e taquicardia. Após as sessões de auriculoterapia, houve melhora nos sinais e sintomas, como diminuição de dores, insônia, ansiedade, stress e dificuldade de sono. O reiki contribuiu na melhora da taquicardia, da insônia, do cansaço, da irritabilidade e do medo.

Outras experiências, como a de Capão do Leão/RS, construíram um relógio fitoterápico do corpo humano, dando acesso a 20 mil pessoas, com espaço terapêutico para práticas de yoga, meditação e reiki. Já em Pelotas/RS, houve continuidade das atividades de dançaterapia e expressão corporal no formato virtual, a partir da parceria com o Projeto Inspirando Vidas, por meio do “Corpo Escuta” em encontros dedicados às pessoas dispostas

a conhecer novos caminhos corporais e ao “Curso de dança criativa na educação” que compreende a dança e a expressão corporal como caminho de transformação.

Além das atividades diretamente ligadas ao cuidado, a ANEPS-RS fomentou o primeiro Curso de Vigilância Popular em Saúde, que teve como objetivo discutir e fortalecer o SUS e as práticas populares de prevenção e cuidado relacionadas à COVID-19. Além disso, em Passo Fundo/RS, um conjunto de mais de 70 entidades e movimentos sociais populares garantiu a criação do Comitê Popular por Direitos, Saúde e Democracia, desenvolvendo ações solidárias para o enfrentamento à fome, aquisição e distribuição de materiais de limpeza e higiene.

A trajetória das PICS e dos movimentos populares em Santa Catarina, marcada pela pandemia da COVID-19 traz diversas iniciativas de enfrentamento desta crise, como a de Antônio Carlos/SC, dentro dos Movimentos de Rua e PICS, com a “Casa dos Amigos”, um espaço de moradia coletiva, com oferta de oficinas de marcenaria, argila, costura, agricultura familiar, yoga e artes marciais.

Como também, atividades de geração de renda, em economia solidária e preservação da natureza. Outra iniciativa relevante é o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), organizado em 18 estados brasileiros, que trabalha na perspectiva da agroecologia, produção de alimentos saudáveis e diversificados, plantas medicinais, aromáticas e nativas e com o cuidado com as fontes e nascentes de água e preservação da biodiversidade, em torno da missão de libertação das mulheres.

Em 2020, lançou a Campanha Nacional de Sementes da Resistência para Enfrentamento da Fome, o mutirão para recuperar as sementes crioulas e o processo de melhora destas sementes para que a autonomia da produção de alimentos dest@scampones@s continue em abundância para elas e para todos os brasileiros, através de políticas públicas para o enfrentamento da fome que está se agigantando com a pandemia da COVID-19.

Esta trajetória da ANEPS/SC, vivenciada desde 2003 com a Educação Popular (EP) e depois, a partir de espaços gerados na interlocução entre universidades, prefeituras e Conselho Nacional de Saúde (CNS), tem forte presença no cenário nacional. Seguidos pelos movimentos de Extensão Popular junto à Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), da construção da política nacional de EPS, criando a especialização nessa matéria. Em 2020, nesta interlocução com a academia, foi realizado o I Encontro Catarinense de EPS, online, rearticulando a ANEPS local junto à nacional para o fortalecimento de todos neste momento crítico da pandemia. Nesse sentido, a região Sul atuou em conjunto com o Projeto do Movimento SUS nas Ruas, realizando 12 atividades em formato virtual com os encontros reikianos.

Outros momentos importantes foram realizados com as rezadeiras, a homeopatia, as ervas medicinais, as massagens, os óleos aromáticos, bem como um debate sobre a importância da alimentação saudável na pandemia. Potencializada com as discussões da

Feira Internacional da Economia Solidária com rodas de conversa sobre as interfaces da Economia Solidária e a Educação Popular em Saúde, fomentando esses campos políticos que coaduna com o espaço do Fórum Social Mundial e contribuiu com a reestruturação do diálogo no campo da Educação Popular em Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas experiências levam o leitor a repensar e valorizar os saberes populares ancestrais, como o saber “cuidar de si e do outro” numa perspectiva multidimensional enquanto sujeito, ator e protagonista, mesmo num sistema neoliberal, que apesar de concentrar o capital e o poder numa classe social minoritária, negando o direito à saúde, enquanto justiça social, estes movimentos vivos nas comunidades fortalecem o “esperançar”. O desaparelhamento do SUS, os cortes de verbas, toda força de desconstrução, não impede tais movimentos sociais de lutarem pelos direitos duramente conquistados, buscando caminhos para construção de espaços de diálogo e defesa da humanidade.

A Educação Popular e as PICS são utilizadas como estratégias do processo democrático, com ênfase na prevenção e promoção de saúde no SUS e em outros espaços de cuidados, descritos nas narrativas das regiões, apresentadas neste capítulo. Um pressuposto fundamental é a participação e a atuação do Controle Social nos territórios, juntamente com os movimentos sociais, as comunidades, as Universidades e outros segmentos, assegurando o protagonismo de cada cidadão na defesa do Sus e da Vida.

Desta maneira, vamos continuar pensando como Paulo Freire, buscando ajudar as pessoas a serem comprometidas com a vida dos outros, com justiça e amorosidade, dando-lhes nosso exemplo ao respeitar os fracos, sendo honesto com os incautos, integrando o índio, o negro, a mulher e valorizando a vida de todos.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Os movimentos sociais resgatam princípios de base, fundamentadas nas tradições populares e ancestrais, nesta perspectiva, quais contribuições esses movimentos proporcionam no âmbito do cuidado em saúde?
- 2) As vivências em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), adotadas pelos movimentos sociais, traduzem estratégias de mitigação dos efeitos da pandemia do COVID-19, qual o diferencial no campo prático?
- 3) Os movimentos sociais adotam como diretriz fundante a Educação Popular, nas experiências descritas quem assume destaque nas ações?
- 4) As experiências descritas no capítulo descrevem as articulações e parcerias construídas, quais repercussões produziram?

5) O desaparelhamento do SUS, os cortes de verbas, toda força de desconstrução, não impede tais movimentos sociais de lutarem pelos direitos duramente conquistados, buscando caminhos para construção de espaços de diálogo e defesa da humanidade. Quais reflexões que essas experiências provocam no leitor?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J.; AQUINO, R.; SOUZA-FILHO, J. A; **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil.** Ciência Saúde Coletiva, n. 25, Supl. 1, p. 2423-46, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF, 4 maio de 2006 a. p. 20. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/35vJsGg> >. Acesso em: 20 mar. 2021.

_____. Portaria nº 849, de 29 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF, ano 2017, **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF. p.68.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF, Nº 183, sexta-feira, 22 de setembro de 2017. P. 68.

_____. **Portaria nº 886, de 22 de abril de 2010.** Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2010.

_____. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Biblioteca Virtual em Saúde.** Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. Brasília: 2015.

_____. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.** Inclui novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: 22 de mar. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html Acesso em: Acesso em 21 Mar 2021.

_____. PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. (EdPopSUS). Apresentação: Sobre o curso EdPopSUS. Iniciativa do, da Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sobre-o-curso-edpopsus>. Acesso em: 9 mar. 2021.

BARRETO, A. F. (Org.) **Práticas Integrativas em Saúde:** proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Ed. UFPE, 2014.

BATISTA, S. M. L. et. al. O processo de construção da ANEPS no Brasil e sua relação com as PICS. **Anais CONGREPICS...** Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/31895>>. Acesso em: 21 mar.2021.

ANEPS – RN. **EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:** construindo propostas do saber-fazer no RN/ Núcleo da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS- RN. p. 49-58 – Natal: IFRN, 2009.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**/Paulo Freire. 54.ed. - Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2013. 256 pp.

_____. **Pedagogia da Esperança:** um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 1 ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. **Curso EdPopSUS:** Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde. Apresentação. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sobre-o-curso-edpopsus>. Acesso em: 9 mar. 2021.

MANAUS. LEI N° 2.597, DE 03 DE ABRIL DE 2020. Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Manaus- (PPMIC). Diário Oficial do Município de Manaus. Ano XXI, Edição 4813. p. 1-2. Disponível em:

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Município de Manaus.** Manaus, 2010 - 2013. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/PlanoMunicipalSaude2010-2013.pdf>.

MATOS,F.J.A.Farmácias Vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 4. ed. Fortaleza: Editora UFC, 2002. v.1.

LUZ, M. T. **Estudo comparativo de rationalidades médicas:** medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 25-48.

MARQUES, D. J. et al. Amazonas e a multifacetado da violência/ Organizadores: Dorli João Carlos Marques... [et al]. – Manaus (AM): Editora UEA, 2021. 206 p.

WERÁ, K. **Kuaracy-Korá.** São Paulo: Editora Peirópolis, 2020.

ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA EM HOMEOPATIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Data de aceite: 01/03/2023

Maria Solange Gosik

Romeu Carillo Jr. (*in memorian*)

Maria Filomena Xavier Mendes

Isabella Sebusiani Duarte Takeuti

Sumiko Oura Wakabara

Lucila Maria Barbosa Bezerra

Aurora Tonglet Castro Pereira

Maisa Lemos Homem de Mello

Marco Antonio Straforini

Julio César Quaresma Magalhães

Domingos José Vaz do Cabo

Danielle Da Silva Barbas

RESUMO: Desde a sua chegada ao Brasil, a assistência homeopática na rede pública de saúde deparou-se com inúmeras dificuldades, mas também com consistentes experiências bem-sucedidas; sobretudo com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos dois últimos anos, o avanço das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nas universidades vem

promovendo e solidificando a criação de disciplinas conexas e a ampliação dos saberes, aí incluso o homeopático. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia – ABRAH desponta como uma das mais importantes entidades formadoras de homeopatas no Brasil. Esse capítulo tem como objetivo descrever a experiência de 22 anos da ABRAH, em assistência, ensino e pesquisa em homeopatia num ambiente hospitalar e na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS. Na Atenção Secundária do SUS, a ABRAH desenvolve suas atividades na Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) e na APS, num Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) no município de Taboão da Serra em São Paulo desde 2008. O leitor encontrará também o relato de experiência da ABRAH junto ao programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2016. A partir desses serviços descritos, formaram-se e reciclaram-se em homeopatia, cerca de 700 médicos, odontólogos, farmacêuticos e veterinários em todo o país; foram atendidos mais de oitenta mil pacientes por meio de seus

ambulatórios escola e modernizados os conceitos da homeopatia clássica Hahnemanniana.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares, História da Homeopatia do século XIX, Homeopatia, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Since its arrival in Brazil, homeopathic care in the public health network has faced numerous difficulties, but also with consistent successful experiences; especially with the advent of the Unified Health System (SUS). In the last two years, the advance of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) in universities has been promoting and solidifying the creation of related disciplines and the expansion of knowledge, including the homeopathic. In this context, the Brazilian Association for Recycling and Assistance in Homeopathy – ABRAH, emerges as one of the most important training institutions for homeopaths in Brazil. This chapter aims to describe ABRAH's 22-year experience in assistance, teaching and research in homeopathy in a hospital environment and in Primary Health Care (PHC) in the SUS. In SUS Secondary Care, ABRAH develops its activities in the Homeopathy Clinic of the Hospital do Servidor Municipal de São Paulo (HSPM) and in the APS, in a Child Psychosocial Care Center (CAPSi) in the municipality of Taboão da Serra in São Paulo since 2008. The reader will also find the experience report of ABRAH with the family and community medicine residency program of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro, from 2013 to 2016. From these described services, they graduated and about 700 physicians, dentists, pharmacists and veterinarians throughout the country were cycled in homeopathy; more than eighty thousand patients were treated through its school clinics and the concepts of classical Hahnemannian homeopathy were modernized.

KEYWORDS: Complementary Therapies, Homeopathy History, Unified Health System.

Ao final da leitura deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Entender a história da Homeopatia no Brasil desde seus primórdios e a importância da participação dos vários atores ao longo das décadas para a sua efetivação como especialidade;
- 2) Conhecer o resultado dos movimentos que levaram à inserção da Homeopatia no SUS, tanto por meio das PICS, quanto por concursos públicos em vários Estados da Federação e as principais iniciativas na construção dessa estratégia;
- 3) Reconhecer a existência do ensino da Homeopatia nas Universidades, através de disciplinas na graduação, residências médicas e ambulatórios escola;
- 4) Reconhecer o alicerçamento da teoria homeopática em pesquisas básicas e clínicas, bem como a evolução da teoria Clássica Hahnemanniana;
- 5) Reconhecer a utilização da terapêutica homeopática na ESF e em saúde mental, ampliando o conhecimento e fortalecendo o aprendizado e o trabalho em equipe;
- 6) Conhecer o paradigma homeopático, diferenciando-o do hegemônico atualmente preconizado.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Um longo caminho foi percorrido desde a introdução oficial da homeopatia no Brasil, em 1840, até seu reconhecimento como especialidade na medicina em 1980; na farmácia em 1993; na medicina veterinária em 1995 e na odontologia em 2015. inclusão das consultas em homeopatia na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde a partir de 1999, a ampliação de unidades que ofereciam o atendimento homeopático e a realização paulatina de concursos para a especialidade, foram passos fundamentais na direção da integração da homeopatia às Secretarias Estaduais, Municipais e ao nível Federal. Em 2006, a portaria 971 do Ministério da Saúde, insere definitivamente por meio da legislação, a homeopatia no SUS.

Durante os séculos XIX, XX e no atual XXI, a assistência homeopática no SUS propagou-se pelo país, não sem percalços, com inúmeras experiências exitosas de repercussão nacional, como por exemplo, a da cidade de Santos, iniciada em 1988 (PUSTIGLIONE, 1986). Os movimentos de idas e vindas foram e ainda são inúmeros, mas as conquistas têm sido inegáveis.

Da mesma maneira, o ensino em homeopatia caminha ao longo dos séculos, com uma história que pode ser contada iniciando-se quando da criação da primeira instituição de educação em homeopatia no Brasil, o Instituto Hahnemanniano do Brasil, fundado em 02 de julho de 1859, e reconhecido de Utilidade Pública pelo Decreto 3.540, de 25/09/1918, que teve sua história intimamente ligada à criação e atuação da Faculdade de Medicina Homeopática do Rio de Janeiro. Fundada em 1912, a atual Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (UNIRIO), várias décadas, muitas decisões legislativas e desentendimentos depois, mantém da instituição original, hoje, o Departamento de Homeopatia e Terapêutica Complementar (PUSTIGLIONE, 1986).

Das lutas ao longo do tempo, resultaram parcerias universitárias com disciplinas optativas em homeopatia, serviços universitários com residência médica, ambulatórios assistenciais, serviço hospitalar e entidades formadoras em homeopatia. No ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 971 instituindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato representa um marco, uma vez que a partir desta portaria fica facultado à população a possibilidade de escolha pela terapêutica que seja mais singular e afim, entre elas a homeopatia. Isso proporcionou nos últimos anos, o avanço das PICS nas universidades, o que vem promovendo e solidificando a criação de disciplinas conexas e a ampliação dos saberes, aí incluso o homeopático (CABO, 2013).

Dos serviços criados ao longo das décadas, uma experiência única que une assistência, ensino e pesquisa homeopáticos em ambiente hospitalar, vem sendo desenvolvida há 37 anos e é hoje plenamente inserida ao SUS. Essa história de sucesso e muitos ensinamentos, contamos nas linhas a seguir.

2 | DESENVOLVIMENTO - O RELATO DA EXPERIÊNCIA

2.1 Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo – o maior serviço de homeopatia em ambiente hospitalar da atualidade no SUS - Assistência, Ensino e Pesquisa

A Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), único serviço público do país onde a homeopatia possui o status de Clínica, mudou a história da Homeopatia em São Paulo e no Mundo. O cerne de sua criação seria para viabilizar uma estrutura especializada na prática da Homeopatia, sem ônus para o paciente, cumprindo as finalidades básicas de assistência, ensino e pesquisa (PUSTIGLIONE, 1988).

Em 30 de Novembro de 1984 foi firmado um convênio entre o HSPM e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB), por intermédio de sua representante em São Paulo, a Prof.^a Dra. Anna Kossak Romanach, para instalação de uma Unidade de Homeopatia no hospital. A equipe médica seria constituída por integrantes do curso de especialização em homeopatia desse instituto em São Paulo, sob a orientação dos Coordenadores, Professores Dra. Anna Kossak e Dr. Marcelo Pustiglione. Inicialmente seriam atendidos pacientes que apresentavam queixas referentes a Dermatite Seborreica, Enxaqueca, Insônia, Obstipação e Rinite crônica. O encaminhamento pelas Clínicas do hospital à Unidade de Homeopatia somente seria feito mediante concordância, por escrito, do paciente (PUSTIGLIONE, 1988).

Atualmente, há fluxo de encaminhamentos das diversas Clínicas de Especialidades do HSPM para a Clínica de Homeopatia sendo os diagnósticos desses encaminhamentos bastante amplificados e pluralizados, diluindo o preconceito existente pela mesma e colocando-a numa posição de respeito dentro da instituição.

A Prof.^a Dra. Anna Kossak esteve como responsável técnico científica dessa parceria de 1983 a 1991, seguida de 1992 a 1997 pelo Dr. Marcelo Pustiglione. Durante o tempo em que a Prof.^a Dra. Anna Kossak esteve à frente da Homeopatia no hospital, é importante que salientemos os frutos da parceria HSPM/IHB impulsionando as produções científicas da especialidade à época, por intermédio de inúmeras publicações na Gazeta Homeopática do Brasil (um periódico que divulgava a produção científica homeopática nos anos 80) e nos Congressos Brasileiros de Homeopatia. Em seu pleno espírito científico incansável devotamento ao ensino da Homeopatia e preocupação constante em se aperfeiçoar no estudo da medicina em geral; publica o livro Homeopatia em 1000 conceitos (1^a ed. 1984/3^a ed. 2003); uma obra de leitura imprescindível para formação de todo homeopata (PUSTIGLIONE, 1988). Suas publicações podem ser consultadas no site www.homeopatiaexplicada.com.br.

Toda produção homeopática no período compreendido entre 1986 e 1988, foi publicada em trabalhos que apresentavam a experiência do ambulatório recém-criado (PUSTIGLIONE, 1986; PUSTIGLIONE, 1988). A partir de 1992, nota-se dentre os autores dessas publicações, um expoente homeopata, Dr. Romeu Carillo Jr., médico ortopedista,

que despertou o seu interesse pela homeopatia observando um caso clínico de difícil manejo com o tratamento convencional dentro da sua especialidade, evoluindo com resolução satisfatória com a utilização da homeopatia. Em 1994, o Professor Romeu Carillo Jr. publica uma versão comentada do Organon da arte de curar de Samuel Hahnemann, obra clássica da homeopatia, iniciando a aproximação da teoria Hahnemanniana com a modernidade científica de nossa época (CARILLO JR, 1997).

Vale lembrar, que Hahnemann, no artigo *“Ensaio sobre um novo princípio para descobrir as virtudes curativas das substâncias medicinais”*, publicado em 1796, fundamenta a base experimental da ciência médica homeopática. O fundador da homeopatia se referia ao que chamou de Patogenesia, isto é, a capacidade de as substâncias alterarem a saúde dos indivíduos saudáveis, utilizando-se, assim como nos Ensaios Clínicos de nossos dias, de experimentadores voluntários que foram observados após receber determinadas substâncias. Desde seus primórdios, portanto, a homeopatia se funda na científicidade (CARILLO JR, 2008).

Em 1997 a Unidade de Homeopatia do HSPM é elevada à condição de Clínica de Homeopatia, ficando a responsabilidade técnico científica a cargo do Professor Romeu Carillo Jr até 2019, quando de sua morte. Sob sua coordenação, vários protocolos de abordagem homeopática foram desenvolvidos, dentre eles o de homeopatia e ginecologia, uma das primeiras referências no assunto que nortearam o impulso científico dado a esta racionalidade, a partir da assistência à saúde da mulher (MELLO, 1999).

Diante da necessidade de aprofundamento científico com possibilidades de novas parcerias junto a outras instituições nacionais e internacionais, e a demanda de médicos (as) homeopatas, pertencentes à Clínica de Homeopatia, ávidos por este conhecimento de matiz moderno, é fundada em 06/07/1999 a Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia – ABRAH (CARILLO JR, 2000).

A ABRAH, sempre buscando manter sua tradição de vanguarda no ensino e pesquisa, vem formando e reciclando médicos homeopatas, além de manter programa regular de educação continuada e aprimoramento do corpo docente. O curso de formação para médicos homeopatas, que segue os padrões de AMHB quanto ao currículo mínimo e carga horária, apresenta particularidades comparáveis aos de unidades de homeopatia de outros grandes hospitais, notadamente no que tange à possibilidade de relacionamento entre todas as clínicas de especialidades. Inserção dos alunos do Curso de Formação, facultativamente desde o segundo semestre do primeiro ano e obrigatoriamente a partir do segundo ano no ambulatório escola, num contexto de integração entre a Unidade de Homeopatia do HSPM e as outras Clínicas, dentro de um sistema de elevada complexidade social, assistencial e terapêutica.

Tal integração torna-se factível pela clareza de normas para a compreensão do estado de doença e da terapêutica, segundo linha de análise fisiopatológica, baseada em conhecimentos atuais considerados à luz da Medicina Tradicional (CARILLO JR, 2000).

A visão integral do ser humano, que caracteriza a Homeopatia, aliada ao conhecimento médico atual, tanto no sentido diagnóstico/prognóstico, quanto terapêutico, garante a possibilidade de inter-relações com as diversas Clínicas, além de fazer a ponte entre a formação acadêmica do aluno e o curso de pós-graduação. E, particularmente nos últimos dez anos, com a procura cada vez maior por médicas e médicos de família e comunidade aos cursos de formação e especialização em homeopatia, vemos o quanto essa sinergia entre homeopatia e saúde da família se faz necessária também no âmbito da atenção primária, como veremos a seguir.

2.2 Homeopatia na Estratégia Saúde da Família – construindo a integralidade do Cuidado

A Estratégia Saúde da Família é o modelo preferencial e prioritário de organização do SUS junto ao território. Um dos pressupostos desta estratégia é basear-se em uma lógica sistêmica de complexidade uma vez que, do ponto de vista do observador, a concepção saúde-doença pode ser analisada sob diversos níveis de organização que se articulam (biológico, psicológico, econômico, social, cultural e espiritual). Assim sendo, estamos falando de sistemas dentro de sistemas que se intercambiam, determinam e são determinados pelos demais em uma lógica de relações complexas (CABO, 2013). Compreender esta lógica se faz necessário para melhores resultados no restabelecimento da saúde de forma integral. No entanto, muitas das vezes, a terapêutica utilizada não corresponde a esta abordagem, centrada na patologia, ao invés do sujeito, em uma lógica linear de causa e efeito. Nesse sentido, a homeopatia especialmente quando compreendida e abordada pela lógica de sistemas complexos como a Teoria Sistêmica Complexa de Carillo, preenche esta lacuna, sendo possível sim ser utilizada como importante ferramenta na abordagem terapêutica singular dos sujeitos que acorrem às unidades básicas e clínicas da família em busca do Cuidado.

Um trabalho piloto desenvolvido por Cabo, em 2013, em parceria com a ABRAH e junto ao programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mapeou a presença no território de homeopatas que exerciam a medicina de família, exatamente por essa afinidade (CABO, 2013). No entanto, a homeopatia não era praticada. Várias razões foram apontadas, desde os tempos de consulta mais curtos, atuando como médico de família, até a dificuldade de acesso às medicações e o fato dessa racionalidade não fazer parte da prescrição rotineira desses médicos.

A partir da utilização de um modelo homeopático sistemático, aplicando-se uma ficha clínica padrão e seguindo-se uma lógica de longitudinalidade, onde a população pode e deve ser acompanhada ao longo do tempo, isto não somente foi facilitado, como proporcionou aos residentes de medicina de família imersos nas unidades onde esse homeopata se

encontrava serem matriciados localmente. Isso tencionou a secretaria de saúde ao envio de insumos básicos (25 medicamentos homeopáticos, previamente determinados) a serem dispensados para a população, proporcionando acesso e aplicabilidade real da PNPIc, além de despertar em vários médicos de família a abertura para o entendimento sistêmico do adoecer e a busca pela homeopatia clássica sistêmica como forma deste entendimento.

2.3 Homeopatia no atendimento em Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a) atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, voltados para o público de gestantes, parturientes, nutrizes, recém nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos (artigos 7º e 11 do ECA, 1990).

Nas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e de suas diversas políticas, o SUS assumiu responsabilidades sanitárias para com crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990c). Na política de saúde mental infanto juvenil deve-se considerar como diretrizes, que a criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma. São sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala. A noção de sujeito implica também a de singularidade, neste contexto as abordagens terapêuticas não devem ser predominantemente homogêneas e prescritivas (BRASIL, 2014).

Os serviços de saúde mental infanto juvenil (CAPSi), dentro da perspectiva que atualmente regem as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2014).

Segundo COUTO et al. (2008), “os CAPSis” são a principal estratégia brasileira de intervenção em saúde mental para crianças e jovens com transtornos mentais severos e persistentes, visto responderem à demanda de ampliação do acesso ao tratamento para casos que, até então, encontravam-se aquém do alcance do sistema formal de saúde mental (como os casos de autismo) (COUTO, 2008).

Diante da abordagem terapêutica centrada no sujeito, o paradigma saúde e doença, segundo o modelo da Homeopatia Clássica Sistêmica e dos Sistemas Complexos de

Carillo Jr tem mostrado resultados importantes quando inserido como possibilidade de escolha para o cuidado de crianças com transtornos psíquicos severos e persistentes, predominantemente crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista, atendidos em CAPS infanto juvenil. Esses resultados foram relatados no trabalho de tese de mestrado de Mandaj (2021) “Caracterização da rede de atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista do município de Taboão da Serra”. Verificou-se que 50% dos usuários são atendidos exclusivamente com a terapêutica medicamentosa da Homeopatia, 43,63% fazem uso das abordagens da Homeopatia e Psiquiatria conjuntamente e somente 4,54% fazem uso somente da Psiquiatria (MANDAJ, 2021).

Não foram encontrados dados na literatura com relação ao tema da Homeopatia como forma de tratamento em CAPSi. Fundado em 2007, o CAPSi Taboão da Serra, de gestão municipal, foi responsável pela organização e implantação de serviços especializados de atenção psicossociais territoriais à população infantojuvenil em sofrimento psíquico severo e persistente. A inserção da terapêutica homeopática ocorreu neste serviço em 2008, realizando o atendimento às crianças com transtornos, e aos seus cuidadores. São atendidos de seis a oito pacientes no período de quatro horas por médico pediatra homeopata, faixa etária entre 2 a 20 anos, demanda proveniente do acolhimento pela equipe multidisciplinar e espontânea de outros serviços, medicamentos homeopáticos são fornecidos pela farmácia do SUS – Centro de Saúde I Pinheiros – SP.

A homeopatia como abordagem de tratamento ao TEA reforça o conceito de rede intersetorial articulada para responder às demandas do sujeito, utilizando-se de conhecimentos obtidos por meio da fisiologia experimental sistêmica, o que tem resultado num grande alívio do sofrimento psíquico, diminuindo a introdução precoce de drogas e hipermedicalização.

2.4 Formação continuada e mudança de paradigma

Em suma, os objetivos desse projeto de Educação, Assistência e Pesquisa da ABRAH inserido tanto em um grande hospital público quanto na Atenção Primária à Saúde são os de formar especialistas, prestar assistência médico-homeopática e pesquisar; seguindo uma problemática de preservar e modernizar o paradigma homeopático proposto por Hahnemann, buscando e desenvolvendo as interfaces desse processo, sistematizando o ensino com a prática. Totalizando mais de 80.000 atendimentos, formando e aperfeiçoando mais de 1.500 profissionais, realizando os Congressos Anuais da ABRAH (CONABRAH), atualmente na XX edição, e fomentando pesquisas e protocolos com o rigor exigido pela academia (CARILLO JR, 2017).

Em seus 22 anos de existência, a ABRAH ampliou suas parcerias técnico-científicas, que contam hoje com 5 universidades, dentre as quais, a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Universidade Estácio de Sá

(UNESA). É responsável, por meio de seus docentes, por disciplinas optativas e regulares de homeopatia em diversas universidades públicas e privadas (UNB, UFRJ, UFF, USC, etc.) e tem a seu cargo projetos de pesquisa submetidos e aprovados pelo CONEP, em execução nos seus ambulatórios escola. Além da produção em seus XX Conabrhahs e artigos publicados, seus professores e alunos participam de congressos no Brasil e no exterior, tanto em eventos clínicos, quanto naqueles exclusivos de pesquisa, como o Groupe International de Recherches Url' Infinitesimal (GIRI) e o Homeopathy Research Institute (HRI) (BRUNELLI et al, 2017; CABO et al, 2019; CARILLO JR, 1998a; CARILLO JR, 1998b; CARILLO JR, 2002; CARILLO JR, 2003; CARILLO JR, 2018; CAVALCANTI, 2003; GOSIK, 2017; GOSWAMI et al, 2013; LINO et al, 2021; MENDES et al, 2017; MENDES et al, 2019; MENDES et al, 2021; NASCIMENTO, 2001; TAKEUTI et al, 2020).

Porém, sabemos que a completa institucionalização da Homeopatia somente ocorrerá quando for matéria obrigatória na formação de médicos, dentistas e veterinários. No que concerne especificamente ao SUS, há que se manter a vigilância em tempo integral, não apenas com relação à inserção, ampliação e manutenção da homeopatia, mas na continuidade do próprio sistema único de saúde.

Para tanto, a sistematização do atendimento, assim como a formação de homeopatas capacitados se faz necessária. A experiência de 37 anos do HSPM e da inserção da homeopatia junto à Atenção Primária à Saúde é uma oportunidade para esse entendimento, pelos resultados da aplicação dos pressupostos teóricos da Homeopatia Clássica Sistêmica de Carillo Jr a uma ficha clínica de fácil entendimento e a capacidade didática que teoria e prática completamente alinhadas podem imprimir ao dia a dia dos profissionais que atuam no SUS.

É árduo o caminho a ser trilhado para a “universalização” da homeopatia, em um mundo tão hegemonicamente alopatizado, onde o paradigma hegemônico é o biomédico, centrado na doença. Experiências exitosas como a do HSPM, a visão da saúde da família centrada no sujeito e o modelo teórico homeopático criado por Carillo Jr, podem contribuir para esse caminhar, fazendo dos caminhos do Cuidado, complexamente traçados, o novo paradigma; ou, nos dizeres de Hahnemann: “atendendo aos mais altos fins de nossa existência” (HAHNEMANN apud PUSTIGLIONE, 1994).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enunciada em 1790 por Samuel Hahnemann, permanecem árduos os caminhos da Homeopatia em todo o planeta. O movimento, no entanto, aponta para a necessidade de um outro paradigma para o entendimento do processo saúde-doença, diferente daquele que a ciência hegemônica difunde. A Homeopatia, com suas científicidade e especificidade, visão ampla e multifocal, traz essa possibilidade, como fica claro neste relato. Da atenção primária aos bancos universitários; das patologias crônicas às doenças mentais, a

Homeopatia se insere como possibilidade em todos os níveis de ensino e atendimento em saúde. Da pesquisa clínica à básica, há resultados robustos da atuação dessa terapêutica, que respeita os movimentos do sistema de cada ser, na direção da solução dos problemas que possam sobrevir.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Qual o tempo decorrido entre a chegada da Homeopatia ao Brasil até seu reconhecimento como especialidade na medicina, na farmácia, na odontologia e na veterinária?
- 2) Cite dois movimentos pioneiros na introdução/validação da homeopatia no SUS.
- 3) Como você fundamentaria uma mudança paradigmática no conceito de saúde/ doença, de acordo com os dados trazidos no texto?
- 4) O que representou a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006?
- 5) Qual a importância da clínica de homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo no contexto da homeopatia nacional?
- 6) Em que consiste a sinergia entre a racionalidade médica homeopática e a Atenção Primária à Saúde?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 01/12/2013.

BRASIL. DECRETO N° 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 01/12/2013.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 01/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em 01/12/2013.

BRUNELLI, William. Equalization thyroid gland – outcome assessment. **Allgemeine Homöopathische Zeitung**, v. 262, n. 2, p. 2-76, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315503080_Equalization_thyroid_gland_-_outcome_assessment. Acesso em: 01/12/2013.

CABO, D J V. **Homeopatia na Estratégia Saúde da Família: apoio matricial e visão sistêmica cartografando a integralidade do cuidado**. Rio de Janeiro; 2013. 77 f. Dissertação [Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57837>. Acesso em: 01/12/2013.

CABO, Domingos José Vaz; ESHER, Silvia Helena; MENDES, Maria Filomena Xavier; CARILLO JR., Romeu; GOSIK, Maria Solange. Developing Homeopathic Treatment Guidelines for Patients with Hepatitis. **HRI London 2019 - Cutting Edge Research in Homeopathy**, 2019, London. Anais [...] Homeopathy 2020.109: A1–A28.

CARILLO JR., Romeu. **Fundamentos de Homeopatia Constitucional: Morfologia, Fisiologia e Fisiopatologia Aplicadas à Clínica**. São Paulo: Ed. Santos, 1997.

CARILLO JR., Romeu. Gênese imunitária do tuberculinismo e suas implicações sobre a predisposição à tuberculose - Uma Nova Teoria. **Revista Homeopatia Brasileira**, [S.I.], v.2, n.1, p. 469-474, 1998a.

CARILLO JR., Romeu. Sicose e Medicina Interna. **Revista Homeopatia Brasileira**, [S.I.] v.4, n. 2, p. 531-541, 1998b.

CARILLO JR., Romeu. **Homeopatia, Medicina Interna e Terapêutica**. São Paulo: Ed. Santos, 2000.

CARILLO JR., Romeu. Lei da semelhança, Dessemelhança e Fisiologia - Os princípios para a compreensão das doenças crônicas e seu tratamento homeopático. **Revista Homeopatia Brasileira**, [S.I.] v. 8, n. 2, p. 92-102, 2002.

CARILLO JR., Romeu, GOSIK, Maria Solange; PEREIRA, Castro Tonglet Aurora, WAKABARA, Sumiko O, CORRÉA, Maria Regina F, KUROIWA, Hitomi A, SOUZA, Maria José. Estudo e Eficácia do Tratamento homeopático versus Tratamento alopático em pacientes portadores de transtornos decorrentes do tuberculinismo infantil. **Revista Homeopatia Brasileira**, v. 9, n. 1, 2003.

CARILLO JR., Romeu. **O Milagre da Imperfeição**. São Paulo: Cultrix, 2008.

CARILLO JR., Romeu. The experience, over thirty-three years, in a homeopathic clinic in a large public hospital. In: LMHI Homeopathic World Congress, 2017, Leipzig. **Allgemeine Homöopathische Zeitung**, v. 262, n. 2, p. 2-76, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1601095.

CARILLO JR., Romeu, MENDES, Maria Filomena; GOSIK, Maria; CABO, Domingos; KALILE, Raquel; LINO, Renata. From Hahnemann to the Physiology of the Complex Systems in Practice. **International Journal of High Dilution Research**, Proceedings of the XXII GIRI, v. 17, n. 2, 2018. Moscow.

CAVALCANTI, Ana Marta; ROCHA, Leandro; CARILLO JR., Romeu; LIMA, Luciana O; LUGON, Jocemir R. Effects of homeopathic treatment on pruritus of haemodialysis patients: a randomized placebo-controlled double-blind trial. **Homeopathy: the journal of the Faculty of Homeopathy**. [S.I.], v. 92, n. 4, p. 177-81, Out. 2003.

COUTO, MCV. DUARTE, CS. DELGADO PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira, situação atual e desafios. **Rev. Bras. de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008.

GOSIK, Maria Solange. Homeopathic treatment of autism by children in a psychosocial care Center. In: **LMHI Homeopathic World Congress**. Leipzig, 2017. Anais [...]Allgemeine Homöopathische Zeitung, v. 262, n. 2, p. 2-76, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1601119.

GOSWAMI, Amit; EMOTO, Masaru, HAPPE, Roberto, DUBRO, Peggy Phoenix, BIGNARDI., Fernando; CARILLO JR., Romeu. In: **III Seminário Internacional de Saúde Quântica**. 2013, São Paulo.

LINO, Renata; GOSIK, Maria Solange; MENDES, Maria Filomena; TAKEUTI, Isabella; ESHER, Silvia Helena; BARBAS, Danielle; LACERDA, Gisele; TURRINI, Cláudia; DECHIARE, Izilda; TAVARES, Davisson; SCIGLIANO, Thais; SILVA, Rosemary; MARÇAL, Inês. Homeopathy and Emotional Disorders Children During Covidian-19 Pandemic: Abstract. **International Journal of High Dilution Research**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 11-21, 2021. Disponível em: <https://highdilution.org/index.php/ijhdr/article/view/1084/1071>.

MANDAJ, Vanini. Caracterização da rede de atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista do município de Taboão da Serra **Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP**. São Paulo, 2021

MELLO, Maisa Lemos Homem de. **Ginecologia e Homeopatia – Clínica e Especialidade**. São Paulo: Santos, 1999.

MENDES, Maria Filomena; LINO, Renata; KALILE, Raquel; CARILLO JR., Romeu; GOSIK, Maria; BARBAS, Danielle; CABO, Domingos. Family diathetic compatibility in patients with Multiple Sclerosis and Neuromyelitis optica. In: **LMHI Homeopathic World Congress**, 2017, Leipzig. **Allgemeine Homöopathische Zeitung**, v. 262, n. 2, p. 2-76, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1601157.

MENDES, Maria Filomena; CARILLO JR., Romeu; CABO, Domingos; GOSIK, Maria; LINO, Renata; KALILE, Raquel; TAVARES, Davisson; LACERDA, Giselle; CAPOBIANCO, Maria Helena; MARTINS, Sandra; OLIVEIRA, Paulo Guilherme; SANTOS, Letícia Werneck. Research Protocol for Homeopathic Treatment of Congenital Zika Virus Infection. **International Journal of High Dilution Research**, v. 18, n. 2, p.17-18, 2019. Disponível em: <https://highdilution.org/index.php/ijhdr/article/view/995/1034>.

MENDES, Maria Filomena; TAKEUTI, Isabella; MELO, Luciana Valentini; SANTOS, Letícia Werneck; BARBAS, Danielle; CABO, Domingos; BRUNELLI, William; LINO, Renata; MOURÃO, Leila Cristina; OLIVEIRA, Adriana Passos; GOSIK, Maria. Clinical study of China officinalis in the view of classical systemic homeopathy during COVID-19 epidemic in São Paulo. **International Journal of High Dilution Research**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 13-14, 2021. Proceedings of COVID-19 meeting.

NASCIMENTO, Marilene; ANDRADE, Maria Aparecida; CARILLO JR., Romeu. Sifilinismo, alcoolismo e biótipo. Um estudo multicêntrico das relações. **Homeopatia Brasileira**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.5-9, 2001.

PUSTIGLIONE, Marcelo. Homeopatia em ambulatório-escola - resultados em 200 casos atendidos na Unidade de Homeopatia do HSPM-SP. In: **XVIII Congresso Brasileiro de Homeopatia**, São Paulo:1986.

PUSTIGLIONE, Marcelo; KOSSAK-ROMANACH, Anna. Experiência de três anos de um ambulatório-escola homeopático. **Gazeta Homeopática**, Brasil, v. 3, n.3/4, p. 10-13, 1988.

PUSTIGLIONE, Marcelo; CARILLO JR., Romeu. **Organon da Arte de Curar: Sistematizado e Comentado**. São Paulo: Ed. Homeopatia Hoje, 1994.

TAKEUTI, Isabella; BARBAS, Danielle; GOSIK, Maria Solange; MENDES, Maria Filomena; MOURÃO, Leila Cristina; SANTOS, Letícia Marilia; LINO, Renata; KALILE, Raquel; OLIVEIRA, Adriana Passos; BRUNELLI, Willian; CABO, Domingos; STRAFORINI, Marco; DELAVECHIA, Maria Luiza; STRASTIS Hristos. **Protocolo da ABRAH – Pandemia Covid-19**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://abrah.org.br/2020/03/protocolo-da-abrah-pandemia-covid-19/>.

A presente obra que teve como objetivos introduzir os profissionais e estudantes da área da saúde no cenário que tange às Medicinas Tradicionais/ PICS e favorecer a reflexão e a construção de senso crítico sobre tais práticas no contexto da APS resultou de um esforço coletivo que reuniu estudantes, professores, profissionais de saúde e pesquisadores motivados, dedicados e interessados em contribuir com a ampliação do conhecimento nas referidas áreas. A partir dessa experiência criou-se, então, uma rede solidária, na qual o trabalho intenso de parceria que envolveu mais de noventa autores abriu espaço para novas perspectivas que apontam na direção da continuidade na produção de conhecimento.

Vislumbramos, num futuro próximo, elaborar novas produções com foco em temáticas relacionadas às Medicinas Tradicionais/PICS emergentes das práticas de cuidados nos territórios dos serviços da APS bem como, oriundas das diferentes demandas do universo acadêmico.

ANEXO 1:**PORTARIA N° 971, DE 3 DE MAIO DE 2006**

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde- doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde – PNPIC

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em

vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde;
- 1986 - 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”;
- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) n°s 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;
- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;
- 1996 - 10^a Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;
- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”;
- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);
- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;
- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares);
- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;
- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e
- 2005 - Relatório Final do Seminário “Águas Minerais do Brasil”, em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo deste conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza,

assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde- doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura comprehende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do *National Institutes of Health* dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorreia, cefaleia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a punctura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho

Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

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

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;
- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e
- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência.

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”. Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;
- o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: “incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” e, no item 351.10: “o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares”;

a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: “...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas”;

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: “integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos”;
- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se “investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”;
- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a “definição e pactuação de ações inter-setoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda,

com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País”; e

- o Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com momento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as

mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

DIRETRIZES

- Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;
- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
- estabelecimento de mecanismos de financiamento;
- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS;
- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde;
- desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente;
- divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;
- apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral;
- inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
- apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;
- identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares;

- estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
- fortalecimento da participação social;
- provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária;
- elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos;
- promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS;
- cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente;
- garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações;
- incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
- desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;
- estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde; e
- garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA 1

Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e corresponsabilização com as ESF. Além disso, será função precípua desse profissional:

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;
- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;
- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);
- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos;
- atuar na especialidade com resolubilidade;
- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e
- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. NOS CENTROS ESPECIALIZADOS

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS. Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde -individuais e coletivas na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.
2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.
3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós- graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

ANEXO 2:**MEMORIAL PROFESSOR ROMEU CARILLO JR**

Nascido a 17 de agosto de 1953 na Cidade de São Paulo, numa família de imigrantes italianos, Romeu Carillo Jr de modo bastante precoce já mostrava o desejo de inovar, quando dizia querer tornar-se engenheiro aeronáutico, cujo desempenho poderia se dar no projeto de aviões e naves espaciais. A outra opção manifestada era a de seguir a carreira de aviador. Mas acaba por mudar de rota, graduando-se em medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes - SP em 14 de dezembro de 1978.

Em 17 de julho de 1984, aos 31 anos, já é Especialista em Ortopedia e Traumatologia pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. E foi durante a sua atuação nessa especialidade, que o espírito observador e questionador que sempre o caracterizou, presenciou melhora significativa de pacientes cujas fraturas eram tratadas por colega que utilizava medicação homeopática em sua prática diária. Buscando novas possibilidades para os pacientes, termina a formação em homeopatia pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Aperfeiçoamento em Homeopatia (CEPAH) SP, em novembro de 1993 e recebe o título de Especialista pela AMHB em 1994.

A partir daí, apaixona-se pela especialidade homeopática, tornando-se Coordenador do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Homeopatia para médicos em janeiro de 1997 e Membro Titular do Instituto Hahnemanniano do Brasil em dezembro do mesmo ano. Passa então a chefiar a Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo – HSPM, de 1997 a 2019.

Funda em 1998, juntamente com as médicas Aurora Tonglet, Maisa Homem de Mello e Maria Solange Gosik, a Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia – ABRAH, hoje uma instituição nacional, voltada para o ensino, pesquisa e assistência em homeopatia, responsável pela formação de inúmeros médicos, odontólogos e veterinários.

A partir daí, foram 89 participações em eventos nacionais e internacionais, a organização e supervisão de 19 Congressos Nacionais da ABRAH – CONABRAH com seus cerca de 300 trabalhos e 4 livros publicados e o mestrado em Morfologia Aplicada. Avaliador de várias parcerias técnico científicas com universidades e instituições homeopáticas públicas e privadas. Orientador e incentivador de todos os alunos que passaram pelas suas aulas, palestras e apresentações. Assim se manteve até seu falecimento em 2019.

Mas o que moveu e estimulou a carreira deste grande médico, foi a inovação que trouxe à homeopatia. Através da evolução da teoria Hahnemanniana,

aditando a ela os conceitos fisiopatológicos modernos, coloca a especialidade em novo patamar científico, com uma linguagem atual e avançada, um novo modelo para a homeopatia, a Homeopatia Clássica Sistêmica.

Para esse ciclo de modernização da homeopatia, Romeu Carillo valeu-se das concepções da neurofisiologia Russa de Pioter Kuzmitch Anokhin, de estudiosos da biologia organísmica como Maturana e Varela e da física quântica, para explicar conceitos homeopáticos como Força Vital, trazer nova modelagem às hipóteses de funcionamento do medicamento homeopático, ressignificando-os à luz dos conhecimentos atuais. Cria então o Modelo dos Sistemas Complexos de Carillo.

A Homeopatia Clássica Sistêmica e o Modelo dos Sistemas Complexos de Carillo, ratificam a criação das concepções Hahnemannianas, adicionando a elas os conceitos científicos e fisiopatológicos atuais numa visão sistêmica integral, onde o todo e as partes coexistem numa complexa rede de instabilidades movidas pela imperfeição.

Tal entendimento permite ampliar os conceitos de saúde, doença e vida, numa abordagem terapêutica cognitiva, onde a doença pode ser um movimento do sistema com o potencial de restabelecer a ordem da consciência do ser biológico em todas as suas relações.

Romeu Carillo Junior em sua releitura da homeopatia Hahnemanniana nos deixou como legado a Homeopatia Clássica Sistêmica - uma compreensão ampliada do processo saúde- doença-cuidado em que o fluxo da vida se produz continuamente em reconstrução e aprendizado em direção aos mais altos fins da existência.

LIVROS PUBLICADOS

1. CARILLO JR. R. O Milagre da imperfeição. 1a. Ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 2008.
2. CARILLO JR. R. Fundamentos de Homeopatia Constitucional. Morfologia, Fisiologia e Fisiopatologia Aplicadas à Clínica. 1a ed. São Paulo: Santos, 1997. 260p.
3. CARILLO JR. R. Homeopatia, Medicina Interna e Terapêutica. 1a ed. São Paulo: Santos, 2000. 181 p.
4. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.205 p.
5. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo I . São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
6. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo II. Concepção Hahnemanniana de Doença. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.

7. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo III. Semiologia Homeopática. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
8. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo IV. Clínica Homeopática. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
9. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo V. Policrestos de Hahnemann. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
10. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo VI. Policrestos Complementares – I. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
11. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo VII. Policrestos Complementares – II. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
12. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo VIII. Grandes Síndromes Pediátricas. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
13. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo IX. Grandes Síndromes Ginecológicas. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
14. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo X. Grandes Síndromes Clínicas - I. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.
15. CARILLO JR. R, PUSTIGLIONE, M. Módulos de Instrução Continuada, Módulo XI. Grandes Síndromes Clínicas – II. São Paulo: Homeopatia Hoje, 1994.

PUBLICAÇÕES – TRABALHOS PUBLICADOS EM REVISTAS

1. CARILLO JR. R. Homeopatia no Tratamento da Osteomielite, Revista de Homeopatia. Associação Paulista de Homeopatia. Vol.59, 1994.
2. CARILLO JR. R. Homeopatia e Fisiopatologia Experimental Humana. Fundamentos da F.E.H.(1796), Revista Homeopatia Brasileira IHB. Vol. 03 nº 02, 1997.
3. CARILLO JR. R. Avaliação Gráfica Dinâmica do Seguimento Como Base da Conduta nas Prescrições em Homeopatia, Revista Homeopática Brasileira IHB. Vol. 03 nº 03, 1997.
4. CARILLO JR. R. Estudo Comparativo de Eficácia e Custo entre Tratamento Homeopático e Clássico em casos de Enxaqueca, Rinite e Asma. Revista Homeopática Brasileira – IHB. Vol. 03 nº 03, 1997.
5. CARILLO JR., R. Gênese Imunitária do Tuberculinismo e suas Implicações sobre a Predisposição à Tuberculose – Uma Nova Teoria. Revista de Homeopatia. Associação Médica Homeopata Brasileira – nº 02, 1998.

6. CARILLO JR., R. Sicose e Medicina Interna, Revista Homeopatia Brasileira - IHB. Vol. 04- nº 02, 1998.
7. CARILLO JR., R. Vacinas Cura ou a Doença?, Revista Super Interessante, ano 15, nº 02, Fevereiro, 2001.
8. CARILLO JR., R. – Homeopatia Funciona?. Revista Super Interessante, Edição 172, Janeiro, 2002.
9. GOSIK M.S., CARILLO JR., R. Fósforo x Phosphorus: Estudo Bioquímico e Morfológico da Matéria Médica. Revista Homeopatia Brasileira – IHB Vol. 03 nº 02, 1997.
10. MALCUM, S.C., CARILLO JR., R. Apresentação de Seis Casos de Hiperprolactinemia tratados com Medicamentos Homeopáticos, Revista Homeopática Brasileira – IHB. Vol.03 nº 02, 1997.
11. PEREIRA, A. T. C., CARILLO JR., R. Relação do Bloqueio Emuncitorial Intestinal com o Desenvolvimento e Manutenção de Transtornos de Origem Tuberculínica. Revista de Homeopatia Associação Medica Brasileira nº02, 1998.
12. CARILLO JR. R. Gênese Imunitária do Tuberculínismo e suas Implicações sobre a Predisposição à Tuberculose – Uma Nova Teoria. Homeopatia Brasileira, 1998.
13. CARILLO JR. R , HOMEM DE MELO, M.L. Estudo da Efetividade do Tratamento Homeopático de Mulheres Portadoras da Síndrome do Climatério Tratadas no Ambulatório de Ginecologia da Clínica de Homeopatia do HSPM, 1996.
14. CAVALCANTI, A. M. S., CARILLO JR., R. Efeito do Tratamento Homeopático no Prurido do Paciente em Hemodiálise: Um estudo Randomizado, Duplo-Cego, Placebo Controlado, 2003. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal Fluminense.

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

1. CARILLO JR., R., PUSTIGIONE, M., et al. Avaliação Comparativa de Eficácia e Custos dos Tratamentos Homeopático e Convencional em Pacientes Portadores de Tenossinovite. In: IV SINAPIH (Simpósio Nacional de Pesquisa Institucional em Homeopatia),1993. São Paulo.
2. CARILLO JR., R. , PUSTIGLIONE M., et al. Sexta Centesimal Resposta à Primeira Prescrição. In: IV SINAPIH, (Simpósio Nacional de Pesquisa Institucional em Homeopatia), 1993. São Paulo.
3. CARILLO JR., R. Terapêutica Repertorizada. Estudo Metodológico: da Concepção à Montagem. 1993. In: IV SINAPIH (Simpósio Nacional e Encontro Internacional de Pesquisas Institucionais em Homeopatia),1993. São Paulo.

4. CARILLO JR., R. Gênese Metabólica do Sifilinismo e suas Relações com o Alcoolismo e a Sífilis. In: XXV Congresso Brasileiro de Homeopatia, 2000. Rio de Janeiro. Anais do XXV Congresso Brasileiro de Homeopatia, 2000.
5. CARILLO JR., R. Sifilinismo, Alcoolismo e Sífilis. In: XXV Congresso Brasileiro de Homeopatia, 2000. Rio de Janeiro. Anais do XXV Congresso Brasileiro de Homeopatia, 2000.
6. CARILLO JR., R. Descrição de Caso de Doença de Wilson Tratado “Homeopaticamente”. In: I CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2002. São Paulo.
7. CAVALCANTI, A. M. S.; CARILLO JR., R. Homeopatia em Clínica Médica – Sarcoidose: Aspectos Dietéticos e Terapêuticos. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
8. CÉSAR, R. F. O. , CARILLO JR., R. Homeopatia em Ginecologia e Obstetrícia: Equalizações do Ovário no Climatério. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
9. MENDES, M. F. X., CARILLO JR., R. Homeopatia em Neurologia – Doença de Parkinson e Sifilinismo. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
10. XAVIER, V. R. A., CARILLO JR., R. Homeopatia em Neonatologia e Pediatria: Adenoidite – Aspectos Diatésicos e Terapêuticos. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
11. SOUZA, M. J., CARILLO JR., R. Casuística do Ambulatório de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo – Temperamento Linfático e Sanguíneo. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
12. STRATIS, H., CARILLO JR., R. Tuberculinismo Infantil Estudo das Causalidades. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
13. WAKABARA, S. O., CARILLO JR., R. Distribuição dos Diagnósticos Clínicos e Medicamentoso nas Constituições dos Pacientes Linfáticos e Sanguíneos do Ambulatório do HSPM. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
14. MAGALHÃES, J. C. Q., CARILLO JR., R. Estudo do Psiquismo Diatésico Baseado na Matéria Médica Homeopática. In III

ANEXOS

- CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
15. MELLO, M. H., CARILLO JR. R. Ginecologia e Quadros Depressivos. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.
 16. ESPÓSITO, R. C., CARILLO JR., R. Homeopatia em Geriatria. Osteoporose: Aspectos Diatésicos e Terapêuticos. In: III CONABRAH (Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia), 2004. Rio de Janeiro.

ANEXO 3:**MEMORIAL ENFERMEIRA SIMONE MARIA LEITE BATISTA****Do luto à luta: esperançar apesar do pesar**

Nascida em 20 de julho de 1957 no município de Riachuelo/SE, numa família de uma mãe costureira e um pai mecânico. Segunda filha, com mais 4 irmãs e 2 irmãos. Se casou com José Agnaldo Batista Santos, e juntos tiveram três filhos. A sua trajetória de luta pela saúde pública começou em meados dos anos 80, durante sua atuação profissional como enfermeira no município de Aracaju/SE. A partir da sua atuação no Centro de Saúde Fernando Sampaio se debruçou sobre o controle social. Construiu e coordenou a Primeira Conferência Municipal de Saúde de Aracaju (1886). Nessa mesma época organizou e foi uma das principais lideranças do Movimento Popular de Saúde (MOPS) em Sergipe. Foi da Direção do Centro Sergipano de Educação Popular; da Central dos Movimentos Populares; do Conselho Regional de Enfermagem; da Central Única dos Trabalhadores e membro do Conselho Nacional de Saúde.

Simone Leite combateu o bom combate, em defesa das políticas públicas, dedicando sua vida à luta pela justiça social, nos permitindo compreender que acima dos interesses pessoais há uma realidade coletiva a ser contemplada. Nos ensinou que todos devem ter vez e voz! Que todos somos importantes! Capazes!

Com seu altruísmo e sua capacidade de acolhimento essa enfermeira formada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e servidora vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, transitou entre mundos diversos, desde Brasília, como Conselheira Titular do Conselho Nacional de Saúde, até os movimentos populares de saúde entre as parteiras, benzedeiras, irmãos indígenas e agentes comunitários (as) de saúde.

Em meio à crise, Simone conseguiu aproximar dois campos: os Movimentos Populares e a Academia, com a mesma pauta, mostrando que as mudanças que se quer não se dão pelo discurso, mas pelo ato, sem pensar em hierarquias ou saberes. Todos juntos, em suas singularidades, compondo esse tecido que é o povo brasileiro, com sua diversidade cultural, respeito à ancestralidade e às tantas culturas que temos em nossa terra. A semente que plantou, brotou, graças a sua assertividade amorosa e seguirá frutificando. Ela ressignificou práticas e saberes. Nos espelhamos na potência do seu trabalho, que se materializou nos dois capítulos deste livro e tantas outras ações conjuntas.

Foi chamando os atores para contar quais as dificuldades, os desafios e como cada um estava conseguindo ajudar o próximo, dentro de suas possibilidades e seu saber. Como cada um estava conseguindo acolher, ser acolhido e conseguindo intervir de alguma forma para mitigar esse sofrimento. Simone era única em sua forma de viver e agregar; “Dizem que Simone tinha a força de mil índios”.

Com sua energia singular uniu mentes, para além de corpos presentes, aproximando corações e sonhos, estabelecendo uma relação que ultrapassa o entendimento lógico da física e transcende para o campo da espiritualidade, transformando os afetos em tempos e espaços de virtualidade!

Nos propiciou experimentar a energia vital que constitui a humanidade na sua essência, como expressa Manoel Bandeira ao “falar”: “tem mais presença em mim, o que me falta”. Enfim... nas palavras de Chico Buarque: “quem é essa mulher que canta sempre o mesmo estribilho?” defendendo o SUS, a Educação Popular e as PICS. Sua partida precoce nos convoca à continuidade do seu trabalho, fazendo jus ao seu legado, tecendo teias, desatando nós e construindo laços.

Simone vive em cada um de nós!

ADERSON MOREIRA DA ROCHA NETO: Médico. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Medicina de Família e Reumatologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Especialista em acupuntura pela Associação Médica Brasileira. Especialista em Ayurveda pela Associação Brasileira de Ayurveda e Arya Vaidya Pharmacy (India). Professor do curso de pós-graduação em Medicina Integrativa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

ADRIANA PASSOS OLIVEIRA: Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia.

ADRIANA PRESTES DO NASCIMENTO PALÚ: Cirurgiã dentista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. Docente-tutora dos Programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, Saúde Mental e Enfermagem Obstétrica da Escola de Saúde Pública do Paraná. Cirurgiã dentista do Departamento de Odontologia da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana/Paraná.

ALEXANDRE OLIVEIRA TELLES: Médico. Doutorando em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Residência de Medicina de Família e Comunidade pela UERJ. Professor Efetivo do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Médico/área: Medicina de Família e Comunidade estatutário do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

ALINE MACEDO DE QUEIROZ: Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

AMANDA DOS SANTOS CABRAL: Graduanda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista do Programa Institucional de Fomento Único de Ações de Extensão – Programa Institucional de Fomento Único de Ações de Extensão.

ANA CAROLINA ARRUDA COSTA: Musicoterapeuta. Mestre em Saúde Perinatal pela Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Serviço de Musicoterapia da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ANA EDITH FARIAS LIMA: Enfermeira, doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Mestre em Ciências do Ambiente pela Universidade Federal do Tocantins. Especialista em Ética e o Ensino da Filosofia – Universidade Federal do Tocantins. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins.

ANDRÉ DE ROSE: Consultor da frente parlamentar de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do congresso nacional. Faz parte da Aliança do Yoga e membro do International Yoga Federation. Fundador da Associação Brasileira dos Profissionais do Yoga do Riso e Risoterapia.

ANDREA AUGUSTA CASTRO: Docente - Médica Antroposófica e Coordenadora do Núcleo em Cuidados Paliativos no Hospital Universitário do Rio de Janeiro, docente no Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Doutorado: Eixo Informação e Educação, Mestrado profissional Saúde Da Família, Especialização Medicina Antroposófica.

ANTONIO EDUARDO VIEIRA DOS SANTOS: Enfermeiro. Doutor em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tecnologista Pleno do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Instituto Oswaldo Cruz.

ANTONIO MARCOS TOSOLI GOMES: Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Pós-Doutor em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor titular da área de Enfermagem em Doenças Contagiosas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa e Procientista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro.

ÁUREA EMÍLIA DA SILVA PINTO: Graduada em Pedagogia. Educadora popular. Especialista em Fé e Política pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Comunitária pela Universidade Federal do Ceará, Membro do Núcleo Estadual da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde no Rio Grande do Norte. Professora Tutora da Disciplina ‘A Constituição de 1988 e os Direitos Humanos’ no ensino à distância do Curso de Formação Política para Cristãos Leigos e Leigas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

AURORA TONGLET CASTRO PEREIRA: Médica. Especialista em Homeopatia pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisa em Homeopatia. Fundadora e Docente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia

BEATRIZ DE FEITAS SALLES: Pianista e Musicoterapeuta. Profa. Adjunta da Graduação em Musicoterapia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora da Linha de Pesquisa Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Movimentos Sociais e Interculturalidades vinculada ao Grupo de Pesquisa Saúde com Arte, Sonoridades Sociais e Interculturalidades do CNPQ.

BRUNA LIANE PASSOS LUCAS: Enfermeira. Mestranda em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialização em Auditoria Hospitalar pelo Centro Universitário Celso Lisboa. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na Área Programática 3.2 – Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro.

CARLA HOLANDINO QUARESMA: Professora Titular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Ciências, Mestre em Biofísica, Especialista em Farmácia Homeopática.

CEANNY CRISTINA PINHO COSTA: Enfermeira. Mestrado profissional em gestão, trabalho educação e saúde. Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Hospital Sírio Libanês. Especialização Programa de Saúde da Família pela Universidade Ceuma. Assessora técnica da coordenação de gestão do trabalho da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão.

CHARLES BRITTO OLIVEIRA GOMES: Fisioterapeuta e Educador Popular. Mestre em Assistência e Avaliação em Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Atua na pesquisa, docência e assistência com Acupuntura, Quiropraxia, Yoga e outras Práticas Integrativas e Complementares.

CLAUDIA LIMA CAMPOS ALZUGUIR: Médica e Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Substituta Eventual da Chefia do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CRISTIANE FONSECA COLÃO: Médica. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Instituto Oswaldo Cruz Especialização em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Preceptora do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CYNTHIA DREYER AUGUSTO SIMÕES: Graduação em Publicidade e Propaganda. Comunicação Social e em Belas Artes pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Artista plástica. Participa do grupo de Gravura Projeto Impresso.

DANIELLE DA SILVA BARBAS: Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Assistente de Pediatria da Universidade de Brasília e do Centro Universitário de Brasília. Integrante da Diretoria Científica da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Docente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia.

DOMINGOS JOSÉ VAZ DO CABO: Mestre em Saúde Pública pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Médico de Família e Comunidade do Hospital Sírio- Libanês - São Paulo. Coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde e Espiritualidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Docente de Homeopatia da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Vice-Presidente da Associação Médico-Espírita de São Paulo.

EDUARDO ALEXANDER JULIO CESAR FONSECA LUCAS: Médico e Enfermeiro.

Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Líder do Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico: Tecnologias para Promoção da Saúde na Atenção Primária: dimensões programáticas, organizacionais e pedagógicas.

ELEINE APARECIDA PENHA MARTINS: Enfermeira. Doutora em enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. Professora da Universidade Estadual de Londrina.

ELIAS JOSÉ DA SILVA: Educador popular do Ceará. Poeta. Terapeuta e compositor.

ENI CARAJÁ FILHO: Indígena. Graduando em antropologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atua em ações que envolvem a cultura popular de Belo Horizonte. Educador Popular em Saúde em Minas Gerais

ENY MARCIA RUGGERINI: Médica. Especialista em Nutrologia Materno-Infantil pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Nutrologia Clínica pela Associação Brasileira de Nutrologia. Coordenadora do Setor de Espiritualidade e Saúde da Fundação Mokiti Okada. Diretora Geral da Faculdade Messiânica da Fundação Mokiti Okada

ERIKA ROMERIA FORMIGA DE SOUSA: Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira do Programa Saúde da Família no Município do Crato – Ceará.

FATIMA SUEL NIETO RIBEIRO: Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Especialista em Acupuntura. Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Epidemiologia e Práticas Integrativas em Saúde. Coordenadora do Laboratório em Práticas Integrativas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FELIPE AGUINAGA: Médico Dermatologista do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e do Programa de Residência em Medicina e Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

FERNANDA DA MOTTA AFONSO: Nutricionista. Doutora em Ciências pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sanitarista da Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FERNANDA DE FIGUEIREDO FERREIRA: Tecnóloga em Agropecuária: Sistemas de Produção. Especialista em Agricultura Familiar e Educação do Campo - Residência Agrária. Doutora em Extensão Rural. Pesquisadora em Saúde Popular Comunitária e Terapeuta Holística. Coordenadora da Ação de Mulheres pela Equidade - AME/RS.

GABRIELA LORENZO FERNANDEZ KOATZ: Musicoterapeuta. Flautista. Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, vinculada a Escola de Música da Universidade Federal do Rio de Janeiro atuando no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis e no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira.

GUNNAR GLAUCO DE CUNTO CARELLI TAETS: Enfermeiro. PhD pela Lorenz University/Estados Unidos. Pós-doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Enfermagem do Centro Multidisciplinar Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Macaé. Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Enfermagem do Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Macaé.

ISABELLA SEBUSIANI DUARTE TAKEUTI: Médica Otorrinolaringologista pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Homeopata pela Associação

Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Servidora Pública do Município de Taboão da Serra. Docente dos Cursos da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Membro da Diretoria Científica da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia e preceptora voluntária do ambulatório escola da Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

JOANA MOSCOSO TEIXEIRA DE MENDONÇA: Médica psiquiatra. Mestre em Atenção Psicossocial pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Capacitada pela Universidade Federal de São Paulo/Mente Aberta e pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro a facilitar grupos de Mindfulness. Curso de imersão e aprofundamento do Ayurveda na Índia, em Coimbatore pela Associação Brasileira de Ayurveda e o Arya Vaidya Pharmacy. Atua no projeto Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

JÚLIO CESAR QUARESMA MAGALHÃES: Médico Homeopata pela Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Pediatra pelo Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Médico do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia.

LAURENI DANTAS DE FRANÇA: Cirurgiã dentista. Doutora em Saúde Pública pela Universidade San Carlos. Cirurgiã dentista da Universidade Federal do Piauí; membro pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí. Educadora Popular da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde.

LEILA BRITO BERGOLD: Enfermeira e Musicoterapeuta. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora associada do Instituto de Enfermagem do Centro Multidisciplinar Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé. Membro do Conselho de Extensão Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LÍVIA CARLA DE MELO RODRIGUES: Farmacêutica. Doutorado em Ciências Fisiológicas. Coordenadora do Laboratório de Neurotoxicologia e Psicofarmacologia do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Espírito Santo.

LUCAS LIMA DE CARVALHO: Enfermeiro. Mestrando em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Área Programática 3.2 – Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro.

LUCAS RODRIGUES CLARO: Enfermeiro. Mestrando em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LUCIA MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA: Bióloga. Doutora em Ensino em Biociências e Saúde. Técnica em Assuntos Educacionais do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LUCILA MARIA BARBOSA BEZERRA: Médica. Gastroenterologista pela Universidade Federal de São Paulo. Homeopata pela Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Médica Assistente e Preceptora dos Residentes da Clínica Médica Coordenadora e Preceptora da Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

LUIZ CLAUDIO ALZUGUIR: Doutor em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor efetivo da Fundação de Apoio à Escola Técnica.

MADEL THEREZINHA LUZ: Filósofa. Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo. Professora titular aposentada Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MAGDA RIBEIRO DE CASTRO: Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenadora do Grupo de Pesquisa PICs da Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do Grupo de Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Racionalidades Médicas.

MAISA LEMOS HOMEM DE MELLO: Especialista em Cirurgia e Ginecologia e Obstetrícia pela Santa Casa de São Paulo. Especialização em Homeopatia Clássica Sistêmica pela Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Professora do Curso de Homeopatia da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

MARCELO DEMARZO: Professor Adjunto – Departamento de Medicina Preventiva – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Livre-Docência em Medicina Preventiva pela Universidade Federal de São Paulo. Doutorado em Patologia pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

MARCIA AUGUSTA PEREIRA DOS SANTOS: Médica. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Fitoterapeuta pelo Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro. Professora Assistente do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora da disciplina Eletiva: Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MARCIO ROSSATO BADKE: Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas. Pós-doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria. Líder do grupo de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico: Laboratório multidisciplinar de pesquisas em Práticas Integrativas e Complementares em saúde.

MARCO ANTONIO STRAFORINI: Marco Antonio Straforini - Homeopata pela Associação Paulista de Homeopatia. Especialização em Homeopatia Clássica Sistêmica pela Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Preceptor do Ambulatório da Clínica de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Professor do Curso de Homeopatia e Diretor da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Médico Homeopata do Sistema único de Saúde na Organização Social Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim.

MARCUS VINÍCIUS MACHADO DE ALMEIDA: Musicoterapeuta. Terapeuta Ocupacional. Filósofo. Doutor em Educação Física pela Universidade de Campinas. Professor Titular do Departamento de Arte Corporal da Escola de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MARGANI CADORE WEIS MAIA: Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Especialista em acupuntura, eletroacupuntura e recursos terapêuticos complementares da Medicina Oriental, pela Associação Brasileira de Acupuntura. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

MARIA BETÂNIA DA SILVA: Professora de artes cênicas. Atriz; Poetisa. Sacerdotisa de Ísis no sagrado feminino. Terapeuta integrativa. Membro da Articulação Nacional de Movimento e Práticas de Educação Popular em Saúde em Pernambuco/Movimento Popular de Saúde/União Brasileira de Mulheres – Pernambuco Educadora popular EDPOPSUS.

MARIA CRISTINA DIAS DA SILVA: Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Enfermeira aposentada do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MARIA FILOMENA XAVIER MENDES: Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialização em Homeopatia Clássica Sistêmica pela Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Médica Homeopata da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Vice Presidente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Coordenadora Regional dos Cursos da Abrah. Docente dos cursos de pós-graduação da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia

MARIA KATIA GOMES: Médica. Pós-doutora em Ensino na área da saúde pela Universidade de Campinas. Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Chefe do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MARIA SOLANGE GOSIK STRAFORINI: Médica especialista em homeopatia. Presidente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Responsável pela Clínica de Homeopatia do Hospital Servidor Público Municipal de São Paulo. Responsável técnica e médica homeopata do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Taboão da Serra.

MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA: Enfermeira. Doutora em Enfermagem Comunitária pela Universidade Federal do Ceará. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

MARLY CHAGAS OLIVEIRA PINTO: Musicoterapeuta e Psicóloga. Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Graduação em Musicoterapia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MARTA CARMELITA BEZERRA DE ALMEIDA: Ekedi da tradição Nagô Vodun. Atua na Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular em Saúde-PE, Direção do Movimento Negro Unificado de Pernambuco. Conselheira de Igualdade Racial de Pernambuco. Conselheira de Segurança Alimentar e Nutricional- Pernambuco. Articuladora Nacional do Movimento Nacional de Luta Pela Moradia.

MARTA MARIA DA SILVA LIRA BATISTA: Fonoaudióloga. Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal de Piauí. Fonoaudióloga Intensivista na Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos do Hospital Universitário do Piauí.

MARTHA NEGREIROS: Musicoterapeuta. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Serviço de Musicoterapia da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MAYRA GABRIELA MACHADO DE SOUZA: Médica. Pós-graduada em Medicina Tradicional Chinesa pela Universidade Federal Fluminense. Mestranda em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal Fluminense. Preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.

MYRIAN MARINO MARTINS SOARES: Médica Homeopata pelo Instituto Hahnemaniano do Brasil. Pós-graduação pela Associação Brasileira de reciclagem e Assistência em Homeopatia. Membro do Instituto Hahnemaniano do Brasil. Membro da Federação Brasileira de Homeopatia. Facilitadora da Universidade Internacional da Paz – Rio de Janeiro. Formação em Ayurveda pela Associação Brasileira de Ayurveda. Instrutora em Mindfulness e Compaixão pelo Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção de saúde - Mente Aberta / Universidade Federal de São Paulo/ Universidade de Zaragoza/Espanha.

OLGA DURÃES ARAÚJO: Assistente social. Pesquisadora em Saúde Pública Universidade Federal de São Paulo. Instrutora de Mindfulness. Atua como instrutora de Mindfulness graduada pela Unifesp, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, Teacher Trained pelo programa Mindful Self-Compassion.

PATRICIA DA SILVA OLÁRIO: Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Medicina Integrativa pelo Instituto Israelita Albert Einstein. Professora Adjunta da Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PAULA ALMEIDA: Bacharel em Artes Cênicas. Educadora Infantil, Atriz. Integrante do Grupo Nós do Morro, onde ministra oficinas, é educadora no Instituto Amigos do Ton e atriz fundadora do Grupo Arte Volante.

PAULA CALDERERO LAMONATO DE OLIVEIRA: Médica Nefrologista. Formação em Ayurveda pela Associação Brasileira de Ayurveda com imersão no The Arya Vaidya Pharmacy, em Tamil Nadu - Coimbatore, Índia. Pós-graduada em Bases de Saúde Integrativa pelo Albert Einstein - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Nefrologista na Baxter Renal Care Services. Docente na pós-graduação em Saúde Integrativa do Albert Einstein - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa.

PAULO BASTOS GONÇALVES: Graduação em Ayurveda pelo Instituto Brasileiro de Ayurveda/RJ. Título de Specialist in Ayurveda for Professionals, pelo The Arya

Vaidya Pharmacy/Índia. Professor dos Cursos de Formação em Terapia Ayurveda/Associação Brasileira de Ayurveda no Brasil. Coordenador Internacional dos Cursos Avançados em Ayurveda no The Arya Vaidya Pharmacy Training Academy de Coimbatore, Índia. Coordenador Internacional dos Cursos Avançados em Ayurveda no Ayurveda Medical College de Shoranur, Índia.

RAVINI DOS SANTOS FERNANDES VIEIRA DOS SANTOS: Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RICARDO GHELMAN: Médico pediatra e oncopediatra. Pós Doutor em Neurociência pela Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo. Professor Voluntário do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Consultor da Organização Mundial da Saúde na área de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa e Presidente do Núcleo de Medicina Integrativa da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Presidente do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa.

RICARDO MONEZI: Pós-doutor e Doutor pela Universidade Federal de São Paulo. Pesquisador e professor da Faculdade de Educação em Saúde do Hospital alemão Oswaldo Cruz – São Paulo. Orientador do programa de Mestrado Profissional do Antônio Cândido de Camargo Cancer Center. Coordenador das Práticas Integrativas em Oncologia do Antônio Cândido de Camargo Cancer Center.

ROMEU CARILLO JR. (in memorian): Médico. Mestre em Morfofisiologia pela Universidade Cidade de São Paulo – UNICID/SP. Especialista em Ortopedia pela Universidade Mogi das Cruzes – São Paulo. Chefe do Serviço de Homeopatia no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo de 1997 a 2019. Presidente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia de 1997 a 2019..

ROSEANE MENEZES DEBATIN: Médica. Especialista em Alergia e Imunologia. Especialista em Medicina integrativa. Especialista em docência do ensino superior.

RUNDSTHEN VASQUES DE NADER: Graduado em Astronomia. Doutor em História das Ciências das Técnicas e Epistemologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SÉRGIO COELHO GOMES: Médico Pediatria. Mestre em Tecnologia Educacional na Área da Saúde pelo Instituto NUTES de Educação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Médico do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro..

SÉRGIO UCHÔA DE LIMA: Biomédico. Habilitação em Patologia Clínica - Análises Clínicas, pela Faculdade Estácio do Amazonas. Experiência em Análises Clínicas, Administração Laboratorial e Urgência Hospitalar.

SILVIA RIBEIRO DE SOUZA: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Associada do Departamento de Farmácia da Universidade de Brasília. Professora Colaboradora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Coordenadora da Coordenação Estratégica de Formação e Articulação Social - Decanato de Extensão.

SIMONE FONSECA LUCAS DA SILVA: Bióloga pelo instituto de Biologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.. Especialista/MBA em Gestão Ambiental pela Universidade Veiga de Almeida. Professora da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro.

SIMONE MARIA LEITE BATISTA (in memorian): Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Servidora vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju,

SUMIKO OURA WAKABARA (in memorian): Especialista em Pediatria e Homeopatia, certificada no Curso Avançado de Homeopatia Medicina Interna e Terapêutica da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. Pós-Graduada em Homeopatia Constitucional no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

TATIANE FERREIRA DE JESUS: Educadora Física. Sanitarista. Educadora popular focalizadora de danças circulares. Massoterapeuta e militante do Sistema Único de Saúde.

TEREZA RAQUEL RIBEIRO DE SENA: Fonoaudióloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Professora adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe, Coordenação de Tecnologias Sociais e Ambientais Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Sergipe.

THELMA SYDENSTRICKER ALVARES: Musicoterapeuta. Doutora em Educação Musical/Musicoterapia pela University of Miami. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Professora titular da Escola de Música da

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da curadoria dos Festivais de Arte e Cultura da Diversidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VANDRÉ MATIAS VIDAL: Musicoterapeuta. Mestre em Atenção Psicossocial. Pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Musicoterapeuta do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VIRGINIA ROSA SANTANA DE JESUS: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Intensiva pela Universidade Federal da Bahia. Enfermeira do Centro de Endoscopia Digestiva no Hospital Geral Roberto Santos – Bahia. Conselheira de Direito do Estado da Pessoa Idosa. Atua no Cuidado Paliativo, com a Pessoa Idosa e nas Práticas Integrativas e Complementares com ênfase em reflexoterapia podal e Aromaterapias de ambulatório itinerante das oficinas terapêuticas.

YARA DE OLIVEIRA DE BRITTO: Bióloga com especialização em Fisiologia vegetal pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Gestão e Auditoria Ambiental pela Universidad de León. Mestre em História, Política e Bens Culturais pela Fundação Getúlio Vargas/Rio de Janeiro. Curadora da Coleção viva de plantas medicinais do Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro – período 1986-1992; 2004-2019. Servidora aposentada do Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro.

“Creio que o melhor termômetro para inserção de qualquer terapia em um sistema de saúde vai ser a adesão da população e, neste sentido, vejo as PICS com uma boa adesão e com uma crescente com bastante potencial para estar cada vez mais abrangente... Ter contato com este grande leque de possibilidades das PICS foi interessante e me fez me arrepender ainda mais de ter deixado para cursar esta disciplina num momento tão adiantado da graduação.”

L.F.R.A 11º período

“...em tempos da crise da fragmentação, onde a especialização excessiva pode nos desconectar do todo, reflito sobre o questionamento de que a medicina, ao se concentrar predominantemente no modelo biomédico, não estaria se afastando do autoconhecimento e da humanização...”

...houve um momento de meditação que é um caminho de autodescoberta e transformação. Foi uma prática que nos permitiu transcender as preocupações do mundo exterior e nos conectar com nossa essência mais profunda.”

M.V.H 6º período

As Medicinas Tradicionais e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, há muito utilizadas pela nossa população, são parte integrante desde 2006 de uma política pública, a PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, e estão implementadas no SUS na maioria dos estados e municípios do Brasil.

Esta política nacional que objetiva garantir a Integralidade e uma abordagem de saúde humanizada centrada na pessoa, atualmente compreende quatro rationalidades médicas diferentes da medicina convencional – Homeopatia, Medicina Antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvedica e mais 25 PICS.

A presente obra é fruto do alinhamento e convergência da Faculdade de Medicina da UFRJ com a PNPIC e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, que culminou na criação, em 2019, de uma disciplina inédita denominada “Introdução às Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”.

Este livro é dedicado aos nossos alunos da disciplina que a saborearam com grande interesse e entusiasmo e despertaram o desejo de mais informação. Outrossim, é dedicado a todos os alunos e profissionais das demais áreas da saúde e ao público que deseje conhecer os fundamentos das Medicinas Tradicionais e PICS, a partir das inúmeras evidências científicas referenciadas em extensa bibliografia.

Desejamos a todos uma boa leitura.

—••❀❀❀•—

Introdução às MEDICINAS TRADICIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

—••❀❀❀•—

Organizadores:

Eduardo Alexandre, Julio Cesar Fonseca Lucas,
Marcia Augusta Pacheco dos Santos,
Márcia Cristina Oliva da Silva,
Julio Cesar Queiroz Maia Filho

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- ⬇ www.facebook.com/atenaeditora.com.br



—••❖❖❖•—

Introdução às MEDICINAS TRADICIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

—••❖❖❖•—

Organizadores:

Eduardo Alexandre, João Cesar Fonseca Lucas,
Marcia Augusto Pereira dos Santos,
Maria Cecília Góes, e
Julio Cesar Góes Costa Magalhães

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- ⬇ www.facebook.com/atenaeditora.com.br

