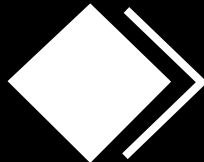


Silvio de Almeida Junior
Organizador

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES



editora científica

Silvio de Almeida Junior
Organizador

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES



1ª EDIÇÃO
2020



editora científica

Copyright© 2020 por Editora Científica Digital

Copyright da Edição © 2020 Editora Científica Digital

Copyright do Texto © 2020 Os Autores



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

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P912 Práticas integrativas e complementares [recurso eletrônico] : visão holística e multidisciplinar / Organizador Silvio Almeida Junior. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87196-61-9

DOI 10.37885/978-65-87196-61-9

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. I. Almeida Junior, Silvio.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download e compartilhamento desde que os créditos sejam atribuídos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.



editora científica

EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA

Guarujá - São Paulo - Brasil

www.editoracientifica.org - contato@editoracientifica.org



editora científica

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Reinaldo Cardoso

Editor Executivo

João Batista Quintela

Editor Científico

Prof. Dr. Robson José de Oliveira

Assistentes Editoriais

Elielson Ramos Jr.

Érica Braga Freire

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

Arte e Diagramação

Andrewick França

Bruno Gogolla

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior - CRB6/2422

Jurídico

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852



editora científica

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Robson José de Oliveira - Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro - Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin - FSG Centro Universitário

Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke - Universidade Federal do Pampa

Prof. Me. Domingos Bombo Damião - Universidade Agostinho Neto, Angola

Prof. Dr. Edilson Coelho Sampaio - Universidade da Amazônia

Prof. Dr. Elson Ferreira Costa - Universidade do Estado Do Pará

Prof. Me. Reinaldo Eduardo da Silva Sale - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Me. Patrício Francisco da Silva - Faculdade Pitágoras de Imperatriz

Prof. Me. Hudson Wallença Oliveira e Sousa - Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação

Prof^a. Ma. Auristela Correa Castro - Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a. Dr^a. Dalízia Amaral Cruz - Universidade Federal do Pará

Prof^a. Ma. Susana Martins Jorge - Ferreira - Universidade de Évora, Portugal

Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Me. Erival Gonçalves Prata - Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Gevair Campos - Faculdade CNEC Unai

Prof. Esp. Flávio Aparecido de Almeida - Faculdade Unida de Vitória

Prof. Me. Mauro Vinicius Dutra Girão - Centro Universitário Inta

Prof. Esp. Clóvis Luciano Giacomet - Universidade Federal do Amapá

Prof^a. Dr^a. Giovanna Faria de Moraes - Universidade Federal de Uberlândia

Prof^a. Dr^a. Jocasta Lerner - Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho - Universidade Federal do Pará

Prof. Esp. Dennis Soares Leite - Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Silvani Verruck - Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Me. Osvaldo Contador Junior - Faculdade de Tecnologia de Jahu

Prof^a. Dr^a. Claudia Maria Rinhel Silva - Universidade Paulista

Prof^a. Dr^a. Silvana Lima Vieira - Universidade do Estado da Bahia

Prof^a. Dr^a. Cristina Berger Fadel - Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a. Ma. Graciete Barros Silva - Universidade Estadual de Roraima

Prof. Dr. Carlos Roberto de Lima - Universidade Federal de Campina Grande



editora científica

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Júlio Ribeiro - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista - Universidade do Estado de Mato Grosso Carlos Alberto Reyes Maldonado

Prof. Dr. Cristiano Souza Marins - Universidade Federal Fluminense

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr - Faculdades Integradas de Taquara

Prof. Me. Silvio Almeida Junior - Universidade de Franca

Prof^a. Ma. Juliana Campos Pinheiro - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Raimundo Nonato F. do Nascimento - Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Iramirton Figuerêdo Moreira - Universidade federal de Alagoas

Prof^a. Dra. Maria Cristina Zago - Faculdade de Ciências Administrativas e Contábeis de Atibaia

Prof^a. Dra. Gracielle Teodora da Costa Pinto Coelho - Centro Universitário de Sete Lagoas

Prof^a. Ma. Vera Lúcia Ferreira - Centro Universitário de Sete Lagoas

Prof^a. Ma. Glória Maria de França - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^a. Dra. Carla da Silva Sousa - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 11

A DÁDIVA NO BRECHÓ: PARTILHA DE PRODUTOS E SABERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Betânia Morais de Paiva; Ailma de Souza Barbosa; Mônica Rocha Rodrigues Alves; Danielle Chacon dos Santos; Ricardo Henrique Vieira de Melo

DOI: 10.37885/201102007

CAPÍTULO 02 21

IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS

Deise da Silva Suzano; Monique Cristine Silva de Almeida; Lilian Dias Bernardo Massa; Mira Wengert

DOI: 10.37885/201001851

CAPÍTULO 03 33

ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DE ANSIEDADE EM GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Nicolau da Costa; Sergio Menezes Varela; Jessica Luzia Delfino Pereira; Maria Daiane da Ponte; Ana Maria Martins Pereira; Raquel da Silva Torres; Antonia de Maria Gomes Paiva; Amanda Delmondes de Brito

DOI: 10.37885/201001854

CAPÍTULO 04 44

AMBULATÓRIO DE HOMEOPATIA EM UNIDADE DE SAÚDE DE PEDIATRIA: POR QUE NÃO CONTINUAR?

Berenice Ferreira Barros

DOI: 10.37885/201102144

CAPÍTULO 05 54

BRINQUEDOTERAPIA: UMA PRÁTICA APLICADA A PEDIATRIA ONCOLÓGICA

Vinícius Costa Maia Monteiro; Antônio Belmiro Peixôto Júnior; Anny Clarisse Medeiros Freitas; Maria Francicleide da Silva Bezerra; Gilmara Michelle Cosmo Rocha Cachina; Saulo Barreto Cunha dos Santos; Ana Jéssica Silva Damasceno; Amanda Michely Santos Carer; Kamila Fernanda da Silva Martins

DOI: 10.37885/201102272

CAPÍTULO 06 63

CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Nicole Oliveira Barbosa; Francisco Rafael Alves Santana Cesário; Amália Gonçalves Arruda

DOI: 10.37885/201202396

SUMÁRIO

CAPÍTULO 07 82

EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: AÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Mariane Brusque Radke; Ricardo Burg Ceccim

DOI: 10.37885/201102299

CAPÍTULO 08 103

EDUCAÇÃO ESTÉTICA E ANTROPOLOGIA ESSENCIAL NO PET-SAÚDE: UMA COMPREENSÃO MITOCRÍTICA DA REALIDADE

Franciele Silvestre Gallina; Graciela René Ormezzano

DOI: 10.37885/200901413

CAPÍTULO 09 122

RELATO DE CASO CLÍNICO: ELETROACUPUNTURA E AURICULOTERAPIA PARA TRATAMENTO DE MELASMAS

Cássia Aline Horst; Gisele Damian Antônio Gouveia

DOI: 10.37885/201102338

CAPÍTULO 10 132

ESCLERODERMIA SISTÊMICA – RELATO DE CASO: ESCLERODERMIA EM HOMEM COM FAN NEGATIVO

Gabriela Andrade Vecchia; Stella Costa Kamizaki; Gustavo Caldeira de Figueiredo; Luiz Eduardo Canton Santos; Luiza Uchôa de Resende Sousa; Júlia Mata da Costa; Isabelle Piazzzi Frota

DOI: 10.37885/201001923

CAPÍTULO 11 143

EVIDÊNCIAS DO WATSU NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Ítalo de Lima Sobreira; Ian Mazzetti Rodrigues Valle; Lucas de Lima Lourenço; Rodrigo Gustavo da Silva Carvalho

DOI: 10.37885/201202409

CAPÍTULO 12 154

INOVAÇÕES NA GESTÃO DE INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PERCEPÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DE SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Edson Malvezzi; José Maurício de Oliveira

DOI: 10.37885/201102300

SUMÁRIO

CAPÍTULO 13 165

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO QUALITATIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA BRASILEIRA

Edson Malvezzi

DOI: 10.37885/201102297

CAPÍTULO 14 185

PERCEÇÃO DE INTERNAS DE ENFERMAGEM SOBRE CONSTELAÇÃO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Simão Gabriel; Jamilly Lima Melo; Fabiola Lima Gonçalves; Francisco Rafael Alves Santana Cesário

DOI: 10.37885/201102128

CAPÍTULO 15 196

PERFIL DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE CAICÓ/RN

Matheus da Silva Regis; Talita da Silva Pinto; Gilmara Celli Maia de Almeida; Emanuelle Louyde Ferreira de Lima

DOI: 10.37885/201102328

CAPÍTULO 16 203

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Alexandre Aldenes Teixeira do Nascimento; Ednélcina de Souza Andrade; Ilmara dos Santos Chagas; Irene Carvalho; Lenize Santos de Andrade Passos; Louisa Huber; Márcia de Andrade Vieira; Roberto Luis Cristo; Verônica Pestana Vieira Mauchle; Diego Vinicius Nogueira da Silva

DOI: 10.37885/201102337

CAPÍTULO 17 220

PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VIGÊNCIA PANDEMIA DA COVID-19: EXPERIÊNCIA DE SANTA CATARINA

Gisele Damian Antonio Gouveia

DOI: 10.37885/201001890

CAPÍTULO 18 236

PSICOLOGIA BIODINÂMICA: CUIDANDO DO SER INTEGRAL

Amanda de Queiroz Arcanjo; Eliana Maria Cunha de Castro

DOI: 10.37885/201101945

SUMÁRIO

CAPÍTULO 19 243

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS A LUZ DA FORMAÇÃO CONTINUADA

Giselle Pupim Jorge Back

DOI: 10.37885/201001863

CAPÍTULO 20 263

TRATAMENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO NA DOR LOMBAR CRÔNICA - CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO ENGENHO DE DENTRO / RJ - ESTUDO TRANSVERSAL

Carlos Alberto Gomes do Nascimento; Marcia Elizabeth Rodrigues; Grace Alves; Maria Letizia Maddaluno

DOI: 10.37885/201102047

CAPÍTULO 21 273

USO DA HOMEOPATIA COMO TERAPIA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE ENTRE JOVENS NO SUS

Monique Edwirges Simões Silva; Crislaine Melo de Jesus; Amanda Sousa Kind; Rafael Machado Felix de Lima; Tania Dello Monaco Martins Bona

DOI: 10.37885/201102250

CAPÍTULO 22 285

USO DE PLANTAS MEDICINAIS COMO PRÁTICA DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Danielle Chacon dos Santos; Maria Betânia Morais de Paiva; Ailma de Souza Barbosa; Mônica Rocha Rodrigues Alves; Ricardo Henrique Vieira de Melo

DOI: 10.37885/201102016

CAPÍTULO 23 293

USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM UM QUILOMBO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Diurieny Ribeiro Itaparica Vieitas; Francineide Pereira da Silva Pena; Cecília Rafaela Salles Ferreira; Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira; Marlucci de Souza Ledo Santos; Rosa Natalia Muniz Carneiro Mota; Rejane Santos da Cunha Gomes

DOI: 10.37885/201202414

CAPÍTULO 24 303

USO DO OZÔNIO MEDICINAL NO TRATAMENTO DE DORES LOMBARES

Gabriel Luiz Justin; Giordana Demaman Arend; Gisele Damian Antônio Gouveia

DOI: 10.37885/201102335

SOBRE O ORGANIZADOR..... 317

ÍNDICE REMISSIVO 318

“

A dádiva no brechó: partilha de produtos e saberes na atenção primária à saúde

| Maria Betânia Morais de **Paiva**
UFRN

| Ailma de Souza **Barbosa**
UFPB

| Mônica Rocha Rodrigues **Alves**
PB

| Danielle Chacon dos **Santos**
UFRN

| Ricardo Henrique Vieira de **Melo**
UFRN

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de utilização de um Brechó como recurso alternativo para potencializar as ações nas práticas coletivas realizadas no Centro de Práticas Integrativas e Complementares Equilíbrio do Ser, em João Pessoa-PB. **Métodos:** O brechó, realizado desde 2012, é uma estratégia para trabalhar demandas que estão para além das mazelas do corpo, levando os participantes a uma postura mais solidária. Foi adaptado um espaço para armazenamento das peças doadas e constituída uma equipe de responsáveis pela sua organização quinzenal. **Resultados:** A comunidade tem sido parceira no processo de construção do brechó, pela participação, entusiasmo e colaboração, apoiando a iniciativa que aproveita os momentos de entretenimento para criar possibilidades coletivas de educação para a saúde dos usuários, a partir de dispositivos acolhedores e humanizados. Desta forma, ocorreu o fortalecimento da responsabilização e do vínculo entre o serviço e a comunidade, tornando o serviço um ambiente que vivencia o cuidado numa perspectiva integralizada. **Considerações finais:** As reflexões apontaram aspectos confluentes com a Teoria da Dádiva em relação à obrigação e a liberdade de dar, receber e retribuir os benefícios materiais e simbólicos, que fundamentam a constituição de vínculos sociais. Essa vivência tem sido significativa pelo potencial de integração e articulação que representa, assim como por favorecer o processo de constituição de sujeitos comprometidos com a realidade sanitária de sua comunidade. A aplicação dessa convergência à rotina do serviço poderá facilitar a ampliação das formas de cuidar, através de experiências mais integradoras.

Palavras-chave: Terapias Complementares, Promoção da Saúde, Atenção Primária de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família se organiza a partir de uma equipe multiprofissional, cujo núcleo de atuação é o território-serviço-comunidade. Dentre as ações que fazem parte do cotidiano do trabalho das equipes, as atividades de educação em saúde e a organização de grupos de convivências (grupos operativos) emergem como uma ferramenta potente para afirmação da autoestima e do autocuidado dos indivíduos e famílias, promovendo reflexões que conduzem a mudanças nos atos e nos comportamentos, com consequentes ganhos de autonomia dos usuários/cidadãos no seu modo de viver (NORA, MÂNICA, GERMANI, 2009).

Portanto, os grupos operativos trazem vários benefícios como, otimização do trabalho, redução das consultas individuais, participação dos usuários no processo educativo e a interação entre a equipe e o usuário. Contudo, para operacionalizar as ações educativas, as equipes de saúde necessitam captar recursos políticos, cognitivos, organizativos, comunicativos e econômicos para que, de fato, tais atividades sejam concretizadas nos serviços (BRASIL, 2011; 2015).

As atividades coletivas onde se partilha a escuta, a experiência e fortalecem vínculos precisam ser incentivadas em todos os contextos de saúde, e principalmente, em ambientes que se apresentam alternativos e/ou complementares aos tratamentos proporcionados pela biomedicina ou medicina convencional. Uma das fragilidades encontradas nesse processo é a dificuldade de mobilização de recursos econômicos para a manutenção dos grupos tendo em vista que os mesmos necessitam de insumos para viabilização e concretização das atividades propostas e não há verbas destinadas a esse fim (SOARES, FERRAZ, 2007).

Diante desse desconforto, sentido por parte dos profissionais envolvidos no planejamento das ações, surgiu a ideia de resgatar o brechó que se encontrava desativado como estratégia de arrecadação financeira, voltada para dar suporte às práticas coletivas ofertadas no serviço. Nessa direção, a atividade do brechó do CPICS-Equilíbrio do Ser foi retomada de forma sistemática e tem mobilizado profissionais, usuários e comunidades circunvizinhas que frequentam o serviço, na perspectiva de trabalhar o desapego e o consumo consciente além de servir de prelúdio na divulgação das práticas ofertadas no núcleo de PICS aos usuários que por ali transitam.

Atualmente, a convivência entre as diversas configurações de racionalidades médicas, nos espaços de cuidado, favorece o cardápio de ofertas de práticas mais integradoras ao usuário dos serviços de saúde. Entretanto, ainda persistem algumas dificuldades na institucionalização das PIC de uma forma mais sistemática, muitas vezes pela falta de respaldo político e gerencial, ou pela carência de recursos humanos capacitados. A consequência desta inequação é a presença incipiente ou a completa ausência das PIC em muitos cenários do SUS (TESSER, 2010).

O Centro de Práticas Integrativas e Complementares *Equilíbrio do Ser*, localizado no bairro de bancários, em João Pessoa – PB, possui uma equipe multiprofissional que atua em nível de média complexidade atendendo as demandas espontâneas dos usuários, assim como os encaminhamentos referenciados pelas Unidades de Saúde da Família (USF). Dentre as ações que fazem parte do cotidiano do trabalho no serviço temos: as ofertas de práticas individuais, como auriculoterapia, acupuntura, reflexologia; e práticas coletivas, através da organização de grupos de convivências como a arte terapia, a contação de histórias, a permacultura, a alimentação Saudável, o chá da tarde, o grupo de regaste da autoestima, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), a Constelação Familiar, entre outras.

Desse modo o resgate do brechó além de possibilitar a arrecadação de dinheiro para a compra de materiais para a manutenção dos grupos instituídos, proporciona também uma integração entre os usuários, profissionais e comunidade, promovendo a participação social na medida em que todos contribuem para a sua manutenção através das doações espontâneas de produtos que possam ser reutilizados por outras pessoas.

OBJETIVO

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos profissionais de saúde em utilizar o brechó como recurso alternativo para potencializar as ações nas práticas coletivas realizadas no âmbito do CPICS-Equilíbrio do Ser em João Pessoa-PB.

MÉTODOS

O processo de construção do brechó se deu de maneira dialógica e horizontalizada através de rodas de conversas promovidas pelas pessoas envolvidas. Essa experiência acontece no Centro de Práticas Integrativas e Complementares Equilíbrio do Ser. O CPICS-Equilíbrio do Ser foi inaugurado em 31 de agosto de 2012, localiza-se na região sul do município de João Pessoa, no bairro dos Bancários na Avenida Sérgio Guerra e faz parte da área de abrangência e responsabilidade do Distrito Sanitário V, além de ser referência para toda a rede de serviços da atenção básica do município.

O CPICS-Equilíbrio do Ser possui ótima infraestrutura física, contando com ampla recepção, 06 (seis) consultórios para terapias holísticas individuais, 03 (três) para práticas coletivas, uma sala com 05 (cinco) baias para práticas de medicina tradicional chinesa e outras terapias, uma sala com 02 (dois) locais de atendimento para Terapia Ayurvédica, 02 (duas) salas administrativas, auditório, biblioteca, brinquedoteca, sala de reunião, área externa de horta mandala de plantas medicinais, almoxarifado, sala de utilidades, copa, 12 (doze) /banheiros. Conta ainda com um laboratório de manipulação de medicamentos

organizado de modo compartimentado garantido espaços individualizados para manipulação de líquidos, sólidos, semissólidos, homeopáticos e florais, controle de qualidade, esterilização de materiais, sala de produtos acabados, quarentena, almoxarifado específico para armazenamento de insumos e produtos farmacêuticos e área de dispensação de medicamentos.

A equipe multiprofissional conta com diversas especialidades revelando a caráter interdisciplinar do serviço. Nesse sentido, o quadro de funcionários compreende os seguintes núcleos de formação: 02 (dois) médicos com especialização em Acupuntura e Homeopatia, respectivamente, 04 (quatro) farmacêuticos, 01 (uma) enfermeira, 03 (três) psicólogos, 05 (cinco) fisioterapeutas com especialização em acupuntura e massoterapia, 01 (um) biólogo, 01 (um) Terapeuta Comunitário, 01(um) Arteterapeuta, 01 (um) nutricionista Acupunturista, 2 Assistentes Sociais e 01 (um) cargo em comissão que responde pela direção geral do serviço e 01 Sanitarista. Dentro desse contexto, o serviço em cena disponibilizou, em média, 3.300 atendimentos mensais distribuídos entre as práticas individuais e coletivas.

O perfil de usuários que buscaram este serviço foi caracterizado pela diversidade socioeconômica, predominando famílias de baixa renda, funcionários públicos e trabalhadores informais. A forma de inserção dos usuários nas práticas acontece através da escuta qualificada realizada por terapeutas habilitados de modo a atender a necessidade do sujeito de acordo com as terapias disponibilizadas. Esse espaço de escuta é norteado pelos princípios do SUS, na medida em que se preocupa com a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade como princípio de justiça social, ofertando formas de cuidado diferenciada para os desiguais, revelando assim o comprometimento ético e social com a população assistida.

Diante dessa realidade, o resgate do brechó se apresenta como uma das estratégias que possibilita trabalhar demandas que estão para além das mazelas do corpo, possibilitando ao sujeito se inserir de forma ativa nesse momento singular do planeta, onde cada ação do bem em ajuda ao próximo é bem-vinda. A Reutilização, Reciclagem e Reaproveitamento configura-se na atualidade como uma excelente atitude e ainda está na moda. O mote é proposto com base na seguinte premissa: se você tem algo que está em casa e não usa, doe; se você quer adquirir algo por um ótimo preço, venha; o que era meu poderá ser seu ou o que era seu poderá ser meu. Mas, o mais interessante nessa experiência foi o exercício da dádiva da partilha, pois as doações podem extrapolar o campo material na medida em que é possível doar - além de roupas, brinquedos e bolsas - amor, felicidade, trabalho voluntário.

Nesse sentido, foi adaptado um espaço para armazenamento das peças doadas e constituída uma equipe para ficar responsável pela organização e apresentação sistemática do brechó. Outro ponto acordado pelos idealizadores diz respeito à necessidade de esclarecimento acerca da intencionalidade da proposta para os demais profissionais do serviço e para os usuários que desejassem informações acerca de sua finalidade, no sentido de

deixar claro que o brechó seria montado com o intuito ajudar no fortalecimento das atividades coletivas já instituídas no serviço e que as peças doadas seriam repassadas a preços acessíveis (menos de dez reais) evitando assim, qualquer tipo vinculação dessa ação a situações de caráter mercantilista e com fins lucrativos.

RESULTADOS

Os resultados alcançados têm superado as expectativas, na medida em que se tem contado com o apoio e mobilização de profissionais das equipes e de muitos usuários, que têm contribuído efetivamente com doações e, ao mesmo tempo, com a aquisição de objetos advindos do brechó. Vale ressaltar que as doações que não são consumidas em um período de três meses, são repassadas sem nenhum custo para comunidades mais carentes da área de abrangência.

A comunidade tem sido parceira nesse processo de construção do brechó, tendo em vista que em muitas situações pode-se contar com sua participação, entusiasmo e colaboração, apoiando totalmente a iniciativa da equipe. A utilização dos recursos advindos da arrecadação do brechó para promover atos de saúde, já faz desse movimento uma experiência exitosa, pois os frutos são colhidos a cada ação realizada, sem deixar de levar em conta que as atividades coletivas promovidas no CPICS, na maioria das vezes, representam as únicas opções de lazer para estes grupos (MORAIS et al., 2012).

Corroborando este aspecto, do ponto de vista da saúde mental, o brechó representa um dispositivo valioso nas oficinas terapêuticas, por se constituir numa das formas mais importantes de tratamento psiquiátrico, dependendo do interesse dos usuários e das necessidades do serviço, visando maior integração social e familiar, além de manifestação coletiva e cidadã. Vale destacar que a equipe de saúde aproveita os momentos de entretenimento para criar possibilidades coletivas de educação para a saúde dos usuários, a partir de dispositivos acolhedores e humanizados, fortalecendo, dessa forma, a responsabilização e o vínculo entre o serviço e a comunidade, tornando o serviço um ambiente que vivencia o cuidado numa perspectiva integralizada (MORAIS et al., 2012).

Neste escopo, ocorre um contato contínuo entre profissionais de saúde com diferentes formações, e entre estes e os usuários. Uma dinâmica que reflete a imprevisibilidade das relações humanas na saúde, uma imersão no processo interativo, onde adultos ou idosos, da mesma forma que os jovens, também trazem consigo: segredos, medos, crenças e expectativas; frente às normas, protocolos, regras, rotinas, técnicas, dilemas e conflitos, nem sempre definidos previamente (MORAIS et al., 2012).

Nas relações sociais, três movimentos da ação humana são capazes de tecer os laços de sociabilidade familiares, amicais e comunitários, formando identidades pessoais: dar;

receber; e retribuir. A dádiva (dom), que é uma das formas de explicação da ação social para a constituição de vínculos, foi evidenciada e encontra consonância com a proposta filosófica vitalista das racionalidades médicas alternativas integrativas ou complementares. No campo da saúde, o sistema social da dádiva pode fazer um estranho se tornar um próximo, pois permite movimentos simultâneos de deslocamentos individuais e de formações grupais, enquanto que, nas relações burocráticas e mercantis, as pessoas são vistas, quase sempre, como estranhos (MARTINS, 2013).

É conveniente alertar o leitor para que não faça uma associação livre entre a dádiva e a caridade. Este texto se refere à dádiva-partilha, fundada nas relações de reciprocidade, onde cada sujeito faz o seu movimento de solidariedade: material e/ou simbólico, livre e/ou obrigatório, interessado e/ou desinteressado, ambíguo. Na dádiva-caridade, o movimento solidário é unilateral, sem contrapartida ou prestação (MARTINS, 2013).

E o que se tem a dar ou doar durante as vivências de práticas integrativas? A percepção e a consciência de si, do autocuidado e do próprio corpo, a estabilidade do equilíbrio, habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência. É o que se doa de si, por si, para si e ao(s) outro(s). E o que se recebe? O sentimento de abertura para outras possibilidades, de descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo, novos conhecimentos, as dinâmicas interativas, reflexivas e meditativas. A maioria dos participantes demonstrou ou despertou o potencial de cuidar de si após as aproximações com seu corpo e sua consciência (mente), experimentando a sensação de valorização pessoal, familiar e comunitária. E quanto à retribuição? O que se retribui? A vontade de reproduzir a prática, compartilhando as vivências; o desejo de continuidade da experiência; o compromisso espontâneo de incorporação na rotina.

DISCUSSÃO

As ações de saúde ocorrem a partir da interação entre autoridades técnicas (científicas) e o saber comum, em situações onde se faz necessário: pensar, julgar, decidir, agir, fazer; permeados entre exigências morais, interesses e preferências pessoais, em imperiosas escolhas. O impacto mais perene na desatenção a estes aspectos se refere a uma naturalização e objetivação do outro, uma desumanização, um desequilíbrio entre os direitos e deveres, que leva a uma fragilidade nos laços sociais do trabalho, que limita a rede de solidariedade circunscrita e que não reconhece os sujeitos protagonistas como iguais em orgulho e dignidade (SOUSA et al., 2014).

Nas sociedades de consumo fundadas na ciência, que se organizam sob a forma de campos sociais de especialidades, quase tudo está a venda, inclusive os corpos e as mentes das pessoas. O que implica, para o homem, a mecanização do seu corpo e da sua mente,

e a perda de controle sobre eles em favor dos especialistas do mercado e da ciência e tecnologia, a exemplo, respectivamente, dos publicitários e capitalistas, e dos trabalhadores e pesquisadores da saúde, que competem entre si na barbárie moderna, sem terem as condições de ganharem uns dos outros, em busca de corpos e mentes de consumidores de cirurgias plásticas, de dietas, de remédios, de terapias esotéricas, entre outras, temperados pelos valores de prestígio, poder e glamour (LEVEFRE; LEFEVRE, 2009).

A emergência ocidental das diversas racionalidades paralelas, alternativas ou complementares, humanizantes, inclusive com denominações diversas (PIC, MAC, etc.), revela a diversidade de interpretações a respeito das diferentes práticas não referendadas completamente pelo saber científico oficial. Tal movimento pode representar uma reaproximação inspirada no cuidado da vida e no bem-estar social e existencial, ou seguir os pressupostos do consumo mercadológico para agenciamento do corpo e da mente, favorecendo a redução do ser humano a uma metáfora mecânica de manipulação técnica e psicológica (MARTINS, 2013).

As práticas orientadas pelos princípios do mercado, por serem mais vulneráveis às pressões econômicas, priorizam a densidade tecnológica, o interesse monetário, a produtividade de consultas, de exames, de procedimentos e a prescrição de remédios. Aqui, por derivação, a doença parece ter mais valor do que o doente (MARTINS, 2003).

Neste contexto, torna-se importante a compreensão do corpo/mente enquanto dispositivo capaz de facilitar o sujeito social a reencontrar o humano através de experiências liberatórias de si mesmo, um desprendimento em relação a novas significações da vida e da saúde, com reflexões criativas, afetivas e singulares. Uma espécie de restauração da dignidade humana contra os mecanismos tradicionais de controle simbólico e político do sujeito social (MARTINS, 2007).

Assim, não se deve exigir que as racionalidades complementares tenham que se enquadrar aos arranjos técnicos e paradigmáticos do saber biomédico hegemônico. Cada prática alternativa possui características particulares, inclusive de contestação das representações coletivas de saúde, vida e morte, que não podem ser reduzidas a uma rígida divisão disciplinar (MARTINS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões apresentadas apontaram aspectos relevantes e confluentes das Práticas Integrativas e Complementares com a Teoria da Dádiva, com relação à obrigação e a liberdade de dar, receber e retribuir os benefícios materiais e simbólicos, que fundamentam a constituição de vínculos sociais.

A aplicação dessa convergência à rotina do serviço poderá superar a hegemonia da racionalidade biomédica na organização e coordenação do cuidado, facilitando a ampliação das formas de cuidar, através de experiências integradoras. Ficou evidente que os participantes apresentam grande potencial para apostar na circulação e permuta de dádivas, enquanto elementos fundantes da ação social.

A possibilidade de utilizar o brechó como recurso alternativo para potencializar as ações de saúde no CPIC-Equilíbrio do Ser qualifica ainda mais o processo de trabalho da equipe, que, em vez de se acomodar diante das dificuldades encontradas no seu cotidiano, buscam atitudes positivas de enfrentamento.

Essa vivência tem sido significativa pelo potencial de integração e articulação que representa, assim como por favorecer o processo de constituição de sujeitos (profissionais e usuários) comprometidos com a realidade sanitária de sua comunidade.

A partir dessa experiência foi possível perceber que as pessoas que têm a mesma direção e senso de comunidade podem atingir seus objetivos de forma mais rápida e fácil, pois se beneficiam de um impulso mútuo. Portanto, recomendamos esta experiência a outros serviços de saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC**: atitude de ampliação de acesso. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 fev. 2019.
3. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O corpo e seus senhores**: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.
4. MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.
5. MARTINS, P. H. O paradigma energético e os novos significados do corpo e da cura. In: PELIZZOLI, M. (Org.). **Bioética como novo paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2007.
6. MARTINS, P. H. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: PUTTINI, R. F.; ALBUQUERQUE, L. M. B. (Org.). **Aventuras antropológicas no campo da saúde**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013. p. 87-118.

7. MORAIS, M. B. et al. Benefícios do Brechó para as Unidades de Saúde da Família: Relato de Uma Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 2012; v.1, n.2, p.239-242. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/274692329_Beneficios_do_Brecho_para_as_Unidades_de_Saude_da_Familia_Relato_de_Uma_Experiencia. Acesso em: 22 fev. 2019.
8. NORA C. R. D.; MÂNICA, F.; GERMANI, A. R. M. Sala de espera uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. **Rev Saúde e Pesquisa**. 2009; v.2, n.3, p.397-402. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i3.2917>. Acesso em: 22 fev. 2019.
9. SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.52-57, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2019.
10. SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; GUIMARÃES, M. B. L. Integrar-se: uma experiência anti-utilitarista por meio das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais da Atenção Primária em Saúde. In: MARTINS, P. H.; BEZERRA, A. F. B.; SILVA, A. S.; SOUSA, I. M. C. (Org.). **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática**. Recife: EDUFPE, 2014. p. 187-208.
11. TESSER, C. D. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a Saúde Coletiva e o SUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.) **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 77-100.

“ Importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos

| Deise da Silva **Suzano**
IFRJ

| Monique Cristine Silva de **Almeida**
IFRJ

| Lilian Dias Bernardo **Massa**
IFRJ

| Mira **Wengert**
IFRJ

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, que realizam tratamento na Clínica da Família Olímpia Esteves. **Metodologia:** O trabalho foi realizado em etapas: captação, entrevista (anamnese detalhada) e aplicação de instrumento para a avaliação da qualidade de vida, o Formulário Abreviado de Avaliação em Saúde, SF-36. **Resultados:** O SF-36 é um instrumento de fácil aplicação e compreensão, mensurando aspectos multidimensionais da saúde. Possui 36 itens, englobando 8 domínios: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Foram avaliados 34 pacientes: 85,29% mulheres; 14,71% homens; 61,32% com mais de 60 anos; 35,29% sofreram acidente vascular cerebral e 29,41% têm diabetes. A média dos domínios do SF-36 com menor valor obtido foram dor (36,9), limitação por aspecto físico (48,4), limitação por aspecto emocional (49,9) e capacidade funcional (53,8). Verificou-se que pacientes com comorbidades associadas apresentam maior prejuízo na qualidade de vida. **Conclusão:** Este estudo aponta que pacientes hipertensos sofrem a influência de diversas limitações nas atividades de vida diária em decorrência da hipertensão. A dificuldade de aquisição de novos hábitos de vida pode levar esse sujeito ao isolamento, evitando os eventos sociais e familiares, podendo acarretar prejuízos significativos nos domínios de aspectos mentais. Vale salientar que a ampliação do cuidado através de suporte e apoio na rede de atenção básica, pode ser uma estratégia para melhoria da qualidade de vida do portador de hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão, Qualidade de Vida, Questionários.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e o seu custo social é extremamente elevado. Dados da Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), afirmam que a HAS atinge 24,3% da população adulta do país. Das capitais brasileiras, o Rio de Janeiro apresenta maior acometimento, alcançando 29,7% da população adulta com HAS¹, o que torna alvo de muitos estudos correlacionando os agravos e complicações oriundas da HAS com a qualidade de vida (QV)², pois concomitante à terapêutica para o controle da hipertensão arterial, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença.³

A hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida.⁴

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica (AB) é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.⁵

Brito² ressalta que no acompanhamento à saúde dos pacientes, segundo se observa, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, constitui uma decisão pessoal.

Carvalho⁶, em seu estudo evidencia que a HAS concorre para a perda da qualidade de vida, sinalizando, também, que a informação sobre qualidade de vida dos hipertensos, em estudos nacionais, ainda é escassa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.^{7,8}

As experiências clínicas e as mudanças comportamentais dos indivíduos em face de tratamentos específicos propiciaram a instituição de medidas na avaliação de respostas do perfil de saúde dos pacientes. Concomitantes a esse fato, surgiram propostas de avaliação da qualidade de vida obtidas por instrumentos ou escalas.²

Existem vários instrumentos ou questionários disponíveis que permitem avaliação da qualidade de vida de pacientes nas mais diversas doenças.⁹ Um deles é o SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 – tem Short-Form Health Survey), instrumento genérico que avalia o perfil

de saúde, de fácil administração, compreensão, e largamente utilizado na literatura.¹⁰ O SF-36 é considerado padrão-ouro para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde.¹¹

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos que realizam tratamento na Clínica da Família Olímpia Esteves, localizada na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Foram avaliados 34 pacientes de ambos os sexos com idades entre 32 e 83 anos. Todos com diagnóstico de HAS e cadastrados na Estratégia da Saúde da Família – ESF, atendidos na Clínica da Família Olímpia Esteves - CFOE, na cidade Rio de Janeiro.

Os dados foram coletados em três etapas: captação, entrevista (anamnese detalhada) e aplicação de instrumento para a avaliação da qualidade de vida: Formulário Abreviado de Avaliação em Saúde 36 (SF- 36- Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey).

O SF-36 é um questionário multidimensional composto por 8 componentes ou escala. Apresentando uma escala de 0 a 100, no qual o 0 (zero) corresponde a pior e 100 (cem) à melhor QV.^{10,12}

Salienta-se que este projeto foi submetido à avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e obteve consentimento e aprovação pelo CEP do IFRJ (nº. 038/10) e, igualmente, pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-SMSDC (nº. 205/10). Além disso, o presente trabalho originou-se de um projeto maior, que foi aprovado em edital nacional do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde.

RESULTADOS

Quanto ao perfil geral dos 34 pacientes avaliados, verificou-se que 29 (85,29%) eram mulheres e 5 eram homens (14,71%), com média de idade superior a 60 anos. Dos 34 pacientes entrevistados, quinze não relatam outras doenças associadas à HAS, outros doze pacientes tiveram pelo menos um episódio de AVC e dez pacientes têm associado à hipertensão o diagnóstico de diabetes. Foi verificado, ainda que dos dez pacientes com diabetes, três tiveram pelo menos um episódio de AVC.

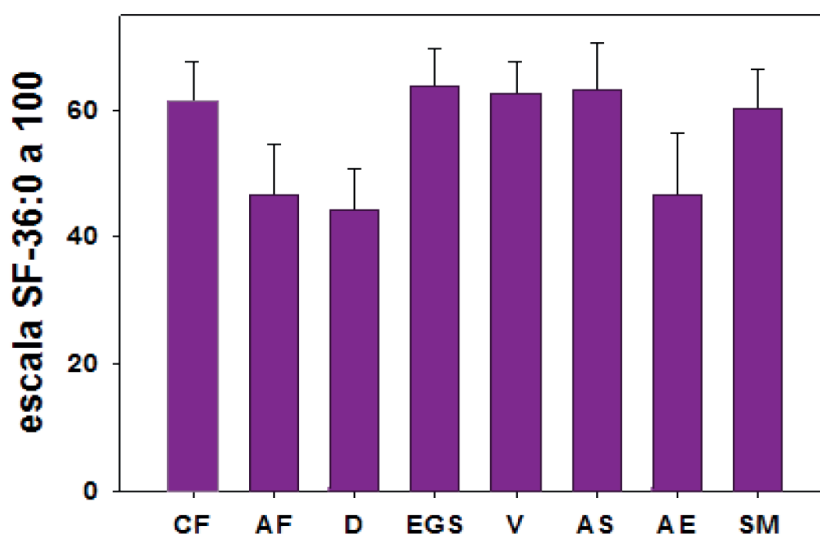
Na análise dos dados, os pacientes foram divididos em 3 perfis: o primeiro grupo – perfil 1 – é formado por pacientes com diagnóstico de hipertensão que não apresentam outras doenças associadas, o segundo grupo – perfil 2 – é composto pelos pacientes hipertensos que tiveram pelo menos um episódio de AVC, o terceiro grupo – perfil 3 – está relacionado aos pacientes que tem diagnóstico de diabetes associada à hipertensão.

Em relação aos domínios ou escalas do SF-36, destaco que a capacidade funcional avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. A escala vitalidade considera o nível de energia e de fadiga, como a disposição para procurar e enfrentar novas tarefas. Em relação aos aspectos físicos e emocionais, avalia-se o quanto essas limitações influenciaram a vida diária do paciente dificultando as suas atividades regulares. A escala dor busca avaliar a sua intensidade e se esta é causa de alguma limitação à vida diária do paciente. Aspectos sociais avaliam a integração do paciente com atividades sociais. A escala saúde mental verifica a ansiedade, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.⁹

Estas escalas podem ser agrupadas em dois componentes: saúde física e saúde mental. Os domínios que correspondem ao componente físico são: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D) e estado geral de saúde (EGS); e o componente mental, que é composto pelos domínios vitalidade (V), aspectos sociais (AS), aspecto emocional (AE), e saúde mental (SM).¹³

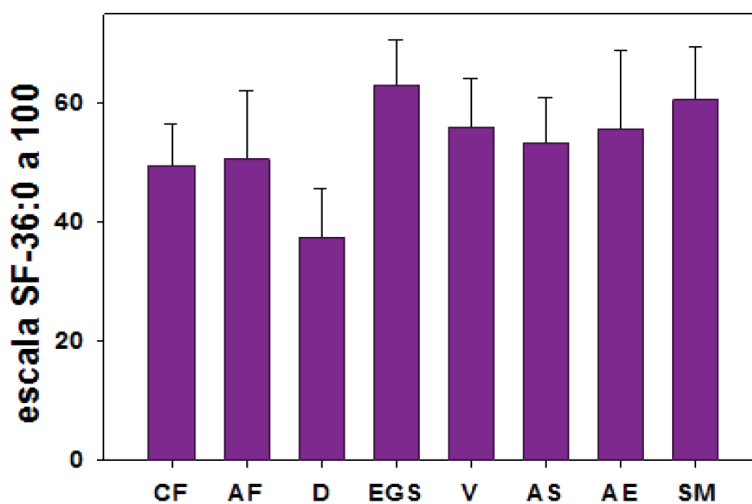
Foi verificado que os pacientes hipertensos que relataram não possuírem outras doenças associadas (perfil 1), apresentaram pontuação acima da metade em quase todos os domínios, indicando melhor qualidade de vida em relação aos pacientes dos demais perfis. Os domínios com maiores valores obtidos foram EGS (63,8), AS (63,3) e V (62,6). Os domínios D (44,2) e AE (46,6) foram os que obtiveram menores pontuações. No entanto, a pesquisa revela que a pontuação média na população pesquisada através do instrumento genérico SF-36, que não relatam outras doenças associadas à hipertensão arterial, não ultrapassou 64,0 em nenhum dos domínios. Uma vez que no SF-36 a mensuração se dá numa escala de 0 à 100, tal achado, sugere que pacientes hipertensos podem apresentar algum prejuízo na qualidade de vida, conforme pode ser visto no gráfico 1.

Gráfico 1. Domínios do SF-36 expressos em média e erro padrão relativos aos pacientes hipertensos sem patologias associadas. Os domínios avaliados foram: CF – capacidade funcional; AF – limitação por aspetos físicos; D – dor; EGS – estado geral de saúde; V – vitalidade; AS – aspetos sociais; AE – limitação por aspetos emocionais; SM – saúde mental.



Ao analisar os dados dos pacientes que tiveram pelo menos um episódio de AVC, e consequentemente sequelas que demandaram alguma modalidade de reabilitação (perfil 2), foi constatado que todos participavam do grupo Reabilitar desenvolvido pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dessa unidade de saúde e que três desses pacientes tem também o diagnóstico de diabetes. De acordo com a análise do gráfico 2 observou-se que os domínios com maior pontuação foram EGS (63,0), SM (60,5) e V (56,0) e nenhum deles apresentou pontuação superior a 64,0. Verificou-se também, que esse grupo, pontuou abaixo de 40,0 no domínio D (37,5), indicando que a qualidade de vida do grupo com perfil 2 é inferior ao grupo de perfil 1. Lembrando, ainda, que esse perfil é formado por pacientes com história de pelo menos um AVC, tendo, portanto, alguma limitação físico-motora.

Gráfico 2. Domínios do SF-36 expressos em média e erro padrão relativos aos pacientes hipertensos com históricos de pelo menos um AVC. Os domínios avaliados foram: CF – capacidade funcional; AF – limitação por aspetos físicos; D – dor; EGS – estado geral de saúde; V – vitalidade; AS – aspetos sociais; AE – limitação por aspetos emocionais; SM – saúde mental.



Ao analisar a média dos domínios do SF-36 encontrada em cada perfil, como pode ser visualizado a tabela 1, verificou-se que os três perfis apresentaram prejuízo na qualidade de vida, pois na escala de 0 a 100 a maior pontuação foi no domínio estado geral de saúde (63,8) que diz respeito ao grupo de paciente hipertenso sem queixa de outras doenças associadas (perfil 1).

Tabela 1. Média dos domínios do SF-36 em cada perfil - Capacidade funcional (CF); Limitação por aspectos físicos (AS); Dor (D); Estado geral de saúde (EGS); Vitalidade (V); Aspectos sociais (AS); Limitação por aspectos emocionais (AE); Saúde mental (SM).

PERFIL/MÉDIA	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
PERFIL 1	61,3	46,6	44,2	63,8	62,6	63,3	46,6	60,2
PERFIL 2	49,5	50,5	37,5	63,0	56,0	53,4	55,8	60,5
PERFIL 3	50,7	48,0	29,0	59,8	51,2	52,8	47,2	50,8
MÉDIA GERAL	53,8	48,4	36,9	62,2	56,6	56,5	49,9	57,2

Os pacientes que correspondem ao perfil 1, foram os que apresentaram melhores pontuações na maioria dos domínios em relação aos outros perfis, conforme valores apresentados na tabela 1. No entanto os domínios D (44,2) e AE (46,6) tiveram pontuação abaixo de 50,0, contribuindo muito para a baixa qualidade de vida desses pacientes hipertensos.

Vale ressaltar que os pacientes que tinham assiduidade nas atividades físicas (disponíveis na academia carioca) e que tinham o hábito diário de realizar caminhada, apresentaram mais ânimo e disposição para vida. O estudo de Lima¹⁴ e colaboradores refere que o portador de HAS tem seu estado emocional prejudicado e maior angústia frente à impotência ao controle da doença, e ressalta que as reuniões de grupo, a socialização e o lazer são estratégias positivas no enfrentamento da doença e suas demandas de cuidado.^{15,12}

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que os pacientes portadores de HAS têm sua qualidade de vida afetada em todos os domínios. Esses dados podem ser justificados em razão da prevalência de comorbidades associada na amostra estudada (55,88%). Anghinoni¹² e colaboradores em seus estudos também encontraram dados semelhantes.^{3,9} Os domínios com menor pontuação no estudo de Anghinoni¹² foram AF (23,3), AE (26,6) e D (40,4). Já no estudo de Carvalho⁶ os domínios que tiveram menor pontuação foram V (55,7), CF (61,0) e D (61,1).

Observou-se no presente estudo maior prevalência de mulheres com HAS (85,29%), estudos atribuem esse fenômeno ao fato das mulheres apresentarem maior tendência ao

autocuidado e buscarem mais assistência médica do que os homens, dessa forma tendem a ser mais numerosas que os homens no diagnóstico de hipertensão.^{16,3,17}

De acordo com os domínios analisados, demonstrado (tabela 1), podemos discutir algumas informações relevantes sobre a qualidade de vida de pacientes hipertensos:

Capacidade funcional (CF): o valor médio de todos os perfis do domínio CF foi de 53,8, indicando que pacientes hipertensos têm sua QV prejudicada nesse domínio. A presença de comorbidades na amostra estudada pode ter colaborado para maior existência de limitações funcionais, justificando a baixa pontuação para este domínio. Corroborando com os estudos de Carvalho¹⁸, onde a média para esse domínio foi de 58,7 e de Anghinoni¹², no qual a pontuação média para o domínio CF foi de 42,3.

Limitação por aspectos físicos (AF): em relação ao domínio AF, o valor médio foi de 48,4. No estudo de Brito², a média para o domínio AF foi de 60,8 e no estudo de Silqueira¹⁹ a média para o domínio AF foi de 68,0. O valor abaixo da média no domínio AF, pode se dar a existência de comorbidades na amostra estudada, corroborando com o estudo de Carvalho¹⁸ no qual obteve média de 47,3 para esse domínio. Alguns autores correlacionam a idade de forma negativa nesse domínio^{12,6}, e a maioria dos pacientes desse trabalho tinham idade superior a 60 anos.

Limitação por aspectos emocionais (AE): no domínio AE a pontuação média foi de 49,9. Silqueira¹⁹ não observou alteração emocional significativa que afetasse a vida diária dos pacientes, em seu estudo, o domínio AE, obteve a segunda melhor pontuação com média de 79,0. Por outro lado, no estudo de Anghinoni¹², esse foi o domínio com valor mais baixo, com pontuação média de 26,6. Concordando com outros autores, Anghinoni¹² diz que, as limitações impostas pela mudança no estilo de vida, geram ansiedade, insegurança e tristeza diante da impotência de conviver com uma doença crônica.^{14,2}

Dor (D): esse domínio foi o que apresentou a menor pontuação, com média 36,9, podendo justificar os valores encontrados nos domínios AE, AF e CF, que depois do domínio D são os domínios que apresentaram pontuações mais baixas, indicando prejuízo na qualidade de vida desses pacientes. Estudos mostram que a dor não é um sintoma que acompanha a HAS, todavia, o baixo valor médio obtido nesse domínio, pode ser explicado pela presença de comorbidades – 55,88% da amostra apresentam outras doenças associadas à HAS (AVC e diabetes). Anghinoni¹² em seu estudo também obteve baixa pontuação no domínio dor (40,4). Por outro lado, no estudo de Rangel²⁰ o domínio dor teve melhor pontuação (72,4), o que é justificado pelo perfil da amostra desse último estudo, cuja média de idade era inferior a 60 anos, composta por maioria masculina, sem diagnóstico de diabetes.

Estado geral de saúde (EGS): o domínio EGS foi o que teve a melhor pontuação com média de 62,2. No entanto, o valor encontrado, indica que os pacientes hipertensos têm a percepção de que sua saúde não é muito boa, o que reflete em prejuízo na QV, indicando

também, que o paciente hipertenso percebe a gravidade da sua doença. Nos estudos de Miranda²¹ e Cavalcante⁹ o domínio EGS teve a segunda melhor pontuação, com média de 65,17 e 75,1 respectivamente. No entanto, no estudo de Brito² o domínio EGS teve a menor pontuação (53,58), o autor atribui a baixa pontuação em decorrência das manifestações clínicas relacionadas à etiologia da HAS e ao tratamento instituído.

Vitalidade (V): a pontuação média encontrada foi de 56,6. A alta prevalência de doenças associadas, bem como a média de idade da amostra desse estudo provavelmente influenciou na pontuação do domínio V, refletindo um comprometimento na QV. Corroborando com nossos resultados, no estudo de Gusmão e Pierin²² o valor médio encontrado foi 56,0, e no estudo de Carvalho⁶ foi 55,7. Já no estudo de Miranda²¹ o domínio V obteve a menor pontuação, com valor médio de 47,35. Adicionalmente, o estudo de Silqueira¹⁹ embora tenha excluído da amostra paciente com história atual ou pregressa de patologias associadas, o domínio V teve a menor pontuação, com valor médio de 64,7. Conviver com a hipertensão interfere na disposição, ressaltados os comentários relacionados à fadiga relacionada à idade, tempo de instalação da doença e outros.²

Aspectos sociais (AS): O domínio AS obteve a pontuação média de 56,5. No estudo de Carvalho⁶ a pontuação média no domínio AS foi de 61,7, sendo nesse estudo, o domínio com a terceira melhor pontuação. No estudo de Miranda²¹ e Brito² este foi o domínio que obteve melhor pontuação, com médias de 66,02 e 69,38, respectivamente. Os autores citados concordam que a influência da HAS nesse aspecto, pode ser em razão da necessidade de mudar o estilo de vida, incluindo o hábito alimentar, implicando algumas vezes na ausência às reuniões familiares para evitar a ingestão de alimentos inadequados. Segundo Brito² a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer, conduzindo o paciente ao comprometimento da QV. Concordando com Miranda²¹ avaliou-se que os pacientes com maior suporte social e familiar, com melhor integração social tiveram melhor pontuação nesse domínio.^{6,2}

Saúde mental (SM): Foi a segunda melhor pontuação, com média de 57,2. De maneira similar, no estudo de Rangel²⁰ a pontuação média referente a esse domínio foi 59,6. Adicionalmente, no estudo de Miranda²¹ o domínio SM obteve a segunda menor pontuação, com média de 48,35. Estudos afirmam que a falta de apoio familiar, a precária rede de suporte social e quadros graves de incapacidade são fatores de riscos associados à ocorrência de depressão.^{23,12} Diante do exposto, podemos observar que portadores de HAS, que participaram da amostra, sofrem a influência de diversas limitações nas atividades de vida diária em decorrência da HAS. Quer por limitações de aspecto físico, em virtude da fadiga, cansaço e indisposição, conforme relatado por alguns pacientes desse estudo. Ou ainda, por limitações nos aspectos mentais, dada as dificuldades que o portador de HAS tem em mudar hábitos e estilo de vida para controle da pressão arterial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar através do questionário SF-36 a qualidade de vida dos pacientes hipertensos em tratamento na Clínica da Família Olímpia Esteves, possibilitando mensurar os impactos da HAS na QV desses pacientes, em importantes aspectos de caráter físico e emocional. Tais aspectos são relevantes no cotidiano, nas atividades de vida diária e nas relações sociais, caracterizando prejuízos importantes para o portador de HAS. Os resultados obtidos nesse estudo apontam para a necessidade eminente de mudança do olhar para o tratamento aos hipertensos, bem como aos acometidos por outras doenças crônicas e não transmissíveis. Adicionalmente, os parâmetros pertinentes a QV, que foram avaliados não são observados nem tem como ser mensurados no dia a dia da clínica, reforçando a urgência de desenvolver junta a essa população estratégias de suporte e apoio na rede de atenção básica, para melhoria e ampliação do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Ministério da Saúde pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PETSaúde, ao Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ e à Clínica da Família Olímpia Esteves.

■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Documento na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/category/publicacoes-em-destaque/?snap=V>>. Acesso em: 14 dez 2014.
2. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MT, Moreira MT, Lopes MV. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad Saúde Pública [Periódico na Internet]. Abril de 2008; 24(4):933-940. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf>>. Acesso em: 11 nov 2014.
3. Cesarino CB, et al. Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]. 2008; 91(1): 31-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782X2008001300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov 2014.

4. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [documento na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 14 jan 2015.
5. Brasil. Caderno de atenção básica 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [documento na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 11 nov 2014.
6. Carvalho MV, Siqueira L, Souza AL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]. 2013; 100(2):164-174. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782-2013000200009X&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov 2014.
7. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2000; 5(1):33-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004>. Acesso em: 12 nov 2014.
8. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2000; 5(1):7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov 2014.
9. Cavalcante MA, Bombig MTN, Filho BL, Carvalho ACC, Paola AAV, Póvoa R. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]. 2007; 89(4):245-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782X2007001600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov 2014.
10. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol [periódico na Internet]. Mai/jun de 1999; 39(3):143-150. <http://www.absh.org.br/00.php?nPag=11_005>. Acesso em: 14 nov 2014.
11. Almeida ALM. Considerações sobre a avaliação da qualidade de vida em grupo de pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Rev Neurocienc [periódico na Internet]. 2010; 18(2):147-149. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%2520rev%2520aberta%2520Ana%2520La>>. Acesso em: 11 nov 2014.
12. Anghinoni V. Importância da atenção farmacêutica na melhora da qualidade e vida de pacientes com síndrome metabólica em unidades básicas de saúde do município de Francisco Beltrão – PR. [Dissertação na Internet]; Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/96078>>. Acesso em: 14 nov 2014.
13. Ferreira PL. Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e lingüística. Acta Médica Portuguesa [periódico na Internet]. 2000; 13(1-2):55-66. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1760/1337>>. Acesso em: 14 nov 2014.

14. Lima VR, Baldissera VDA, Jaques AE. A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [periódico na Internet]. Set/Dez de 2011; 15(3):219-226. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/4085>>. Acesso em: 12 nov 2014.
15. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [periódico na Internet]. 2001; 17(3):225-234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2015.
16. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006; 22(2):285-294 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2006000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov 2014.
17. Malta DC, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2011. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. Jul/Set de 2013; 22(3):423-434. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2014.
18. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Neto JAF. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2012; 98(5):442-451. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782X2012000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov 2014.
19. Silqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos. [Tese na Internet] 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17052007-160822/>>. Acesso em: 13 jan 2015.
20. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul enferm* [periódico na Internet]. 2013; 26(2):205-212. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21002013000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov 2014.
21. Miranda LP, Gomes LMX, Prado PF, Barbosa TLA, Teles MAB. Qualidade de Vida de Idosos com Diabetes Mellitus Cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *Rev Min Educ Física* [periódico na Internet]. 2010; 5(ed.esp.):125-135. Disponível em: <<http://www.revistamineiradeefi.ufv.br/artigos/arquivos/498a86c1b3596b8176843b583cf8fbcc.pdf>>. Acesso em: 13 jan 2015.
22. Gusmao JL, Pierin AMG. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2009; 43:1034-1043. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342009000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov 2014.
23. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neurociênc* [periódico na Internet]. 2010; 18(2):139-144. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%2520original.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2014.

“

Acupuntura no tratamento de ansiedade em gestantes na atenção primária a saúde

- | Nicolau da **Costa**
- | Sergio Menezes **Varela**
- | Jessica Luzia Delfino **Pereira**
- | Maria Daiane da **Ponte**
- | Ana Maria Martins **Pereira**
- | Raquel da Silva **Torres**
- | Antonia de Maria Gomes **Paiva**
- | Amanda Delmondes de **Brito**

RESUMO

O presente estudo tem como finalidade analisar as produções científicas sobre a acupuntura no tratamento de ansiedade em gestantes na atenção primária a saúde. Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de revisão integrativa realizado no mês de março de 2020, foi realizado a busca por artigos indexados na base de dados a saber: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), (PUBMED) e Allied Health Literature (CINAHL) A busca nas bases de dados resultou na identificação de 120 artigos e após as leituras finais foram selecionados 6 artigos. Os artigos demonstraram a efetividade da acupuntura no tratamento do da ansiedade na gestação e ressaltaram que a estimulação dos pontos de acupuntura específicos para tratamento de depressão e ansiedade liberam norepinefrina no Sistema Nervoso Central, que em pacientes com ansiedade tem altas concentrações. Diante do que foi discutido nesta revisão pode-se observar que a acupuntura tem grande potencial terapêutico no tratamento, da ansiedade durante a gestação levando a redução significativa.

Palavras-chave: Acupuntura, Ansiedade, Gestação, Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

O termo ansiedade é usado para descrever a resposta mental e psíquica a situações que despertam medo ou ameaça. A resposta a esses impactos pode incluir tremores, falta de ar, aumento dos batimentos cardíacos, sudorese, alterações gastrointestinais entre outros (LIMA, 2013). A gestação pode tanto desencadear uma crise emocional para as gestantes como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecidos (RUSCHE et al., 2013).

Verifica-se que no Brasil, a prevalência de Transtorno Mental Comum TMC na população geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) (GONÇALVES, TETELBON KAPCZINSKI, 2008; ROCHA et al., 2010). No contexto mundial, as projeções para 2030 são no sentido de incluírem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano (SKAPINAKIS et al., 2013). OMS ainda estima que, a cada ano, as consequências dos transtornos mentais gerem uma perda econômica de US\$ 1 trilhão para o mundo (CHADE, 2017).

Portanto, a gestação é um período de transição na vida da mulher, tanto no campo da sexualidade como no campo psicossocial, o que gera ansiedade com somatizações difusas (insônia, dores musculares inespecíficas, taquicardia, enxaquecas, sudorese, aumento da frequência urinária, agitação ou depressão psíquica, ondas de calor, irregularidade no ciclo menstrual, queda no desejo sexual). (SILVA et al., 2016)

Quanto às manifestações comportamentais, a ansiedade pode ser classificada em “Traço” ou “Estado”. A ansiedade traço, consiste nas disposições das diversidades próprias relativamente, se manifesta de forma estáveis em relação a propensão para a ansiedade, ou seja, nas diferenças interpessoais na propensão para perceber situações estressantes como perigo ou ameaça, e na tendência de reação a estas situações com elevações mais constantes e acentuada do estado de ansiedade. Já a ansiedade estado, é desencadeada de acordo com determinados episódios vividos (CORDEIRO et al., 2016).

Os transtornos de ansiedade correspondem à categoria mais frequente na população geral, assim como em grupos que estão mais susceptíveis a desenvolver este transtorno, principalmente em ambiente de trabalho. Os trabalhadores mais vulneráveis ao desenvolvimento desse tipo de desordem são os profissionais da saúde.

Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o Programa de Medicina Tradicional, com o objetivo de produzir políticas na área da atenção primária em saúde. Por meio de um pacto com os Estados-membros, a OMS objetivou encorajá-los a criarem e efetivarem políticas públicas, para a utilização adequada e integrada deste tipo de medicina em seus sistemas nacionais de saúde, e estudos, para compreender melhor sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2015).

Nota-se que a acupuntura tem sido associada ao estímulo neuro-humoral para a liberação de certas substâncias como norepinefrina, endorfina, encefalinas, serotonina e a liberação ou inibição de algumas substâncias que atuam na sensação de dor. Há envolvimento também nos mecanismos de vasoconstrição ou vasodilatação que resultam no aumento de células leucocitárias (LEITE, 2014).

Entretanto, esses mesmos princípios compartilham com a MTC-acupuntura e com a essência do cuidado prestado pelo enfermeiro os mesmos objetivos: de prevenir agravos, promover, manter e recuperar a saúde (BRASIL, 2015). Uma vez que a enfermagem tem como função cuidar do ser humano em sua integralidade, reconhecendo esta pessoa como única e com necessidades particulares (KALESKI *et al.*, 2016).

Uma importante reflexão sobre a “ocidentalização” da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) foi introduzida, a partir de uma tendência para reduzir a arte da acupuntura a receitas rígidas. Os trabalhos de pesquisa podem comprovar, em parte, a eficácia dos pontos, mas, em sua opinião, não representam a verdadeira acupuntura, por negligenciarem a perspectiva holística dessa prática (KALESKI *et al.*, 2016).

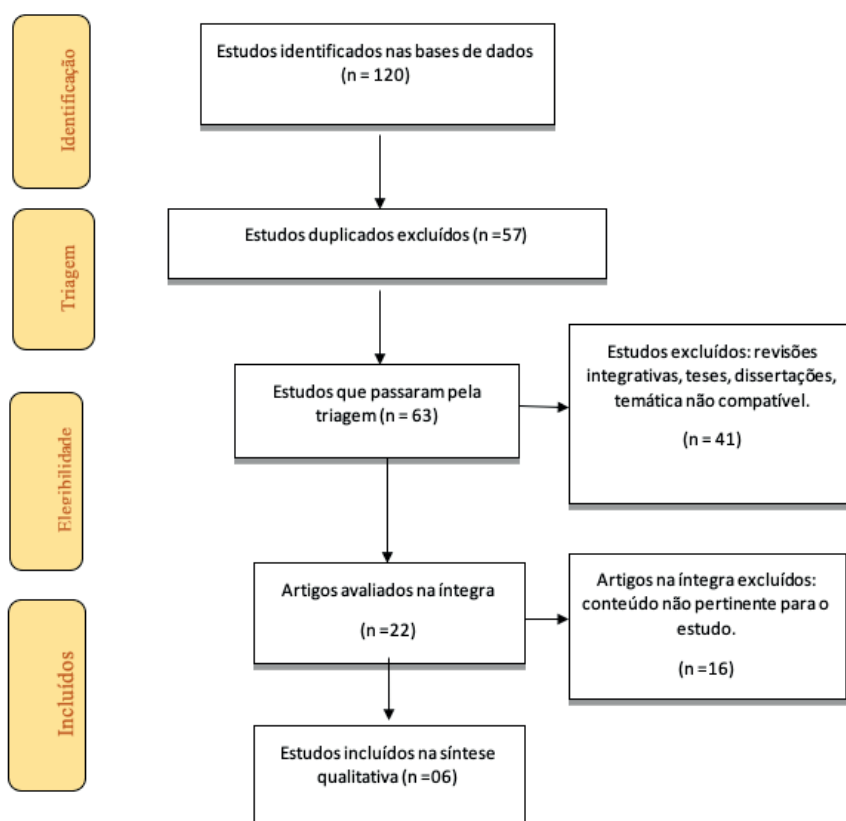
Assim justifica-se que acupuntura vêm crescendo cada vez mais no mundo científicos e as evidências vem mostrando inúmeros benefícios na melhoria da qualidade de vida da promoção da saúde das mulheres ou em geral. Assim, a relevância desse estudo é mostrar estratégias eficazes para o enfrentamento da ansiedade durante a gestação, auxiliando os enfermeiros da Estratégia da Saúde da família (ESF) a utilizar métodos não farmacológicos para aliviar os sintomas durante o período gravídico. Diante desta indagação surge a pergunta norteador quais são os efeitos da acupuntura no tratamento de ansiedade em gestantes na atenção primária a saúde? Para responder à pergunta do estudo objetivou-se analisar as produções científicas sobre o efeito da acupuntura no tratamento de ansiedade em gestantes na atenção primária a saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, em que se considera uma pesquisa ampla, para propiciar a inclusão de estudos clínicos de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (CUNHA, 2014). Para realização da revisão integrativa é necessário seguir as seguintes etapas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2019):

Primeira etapa foi realizada a identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa, consiste na elaboração da questão da pesquisa e do tema delimitado para a construção da revisão integrativa e, posteriormente, para a definição das palavras-chave a ser utilizadas na estratégia de busca dos estudos. Para nortear a pesquisa que se delinea,

formulou-se a questão: Para tanto, o estudo busca responder a seguinte problemática: Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: quais são os efeitos da acupuntura no tratamento de ansiedade em gestantes na atenção primária a saúde?



Na terceira etapa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados, que tem como objetivo extrair informação-chave de cada artigo selecionado, por meio de instrumento que possa reunir e sintetizar os dados relevantes individualmente de maneira compreensível.

Na quarta etapa, foram realizadas as apresentações dos resultados e a discussão dos dados, feitos de forma descritiva, cujo método possibilita a avaliação da aplicabilidade deste estudo, de forma a atingir o objetivo desta revisão integrativa.

Na quinta etapa, fez-se a interpretação dos resultados de forma análoga à discussão de resultados em estudos primários. Assim foi realizado a comparação dos dados evidenciados nos artigos incluídos na revisão integrativa com o conhecimento teórico.

Na sexta etapa, foram realizadas as apresentações da revisão integrativa que está disposta no item de resultados e discussões. Nesta fase optou-se por elaborar um quadro que classificassem os artigos utilizados na revisão, onde o mesmo faz menção a metodologia e objetivo dos estudos.

RESULTADOS

Quadro 1. Caracterização dos artigos segundo autoria, título, ano de publicação e objetivo, Caucaia –CE, março -2020

Nº	Autores	Títulos	Objetivos	Pontos utilizados	Efeitos
A1	Silva Flávio César Bezerra et al., 2016	Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação	Descrever respostas emitidas por gestantes, quanto à melhora dos desconfortos gravídicos após aplicação da técnica da acupressão.	Não informado	Verifica-se as como câimbras, cansaço nos membros inferiores, lombalgia e cefaleia diminuíram com o uso da acupressão.
A2	Simone M. Ormsby, Caroline A. Smith, 2016	Avaliação de uma intervenção de acupuntura pré-natal como terapia adjuvante para a depressão pré-natal (Acu-AnteDep): protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado e pragmático	Avaliar uma intervenção de acupuntura pré-natal como terapia adjuvante para a depressão pré-natal	CP pontos acoplados, GV governador na-vio, HJJ Huato Jia Ji, LHS lado esquerdo, MP pontos mestre, RHS	Nota-se que durante a intervenção o grupo de controle e a intervenção o grupo de intervenção com acupuntura específico para depressão também demonstrou uma taxa média de redução significativamente maior nos escores de depressão no primeiro mês de tratamento em comparação com o controle de massagem (p = 0,047).
A3	Dennis CL, Dowswell T et al., 2013	Intervenções (não farmacológicas, psicossociais ou psicológicas) para o tratamento da depressão pré-natal	Avaliar o efeito de intervenções que não intervenções farmacológicas, psicossociais ou psicológicas em comparação com os cuidados pré-parto habituais no tratamento da depressão pré-natal	Não informado	No entanto, as mulheres que receberam acupuntura específica da depressão foram mais propensas a responder ao tratamento em comparação com aqueles que receberam acupuntura não específica (RR 1,68, IC 95% 1,06-2,66).
A4	Esther L. Wilkinson, Heather A. O'Mahen et al., 2016	Adaptação e teste de uma breve intervenção para reduzir a ansiedade materna durante a gravidez (ACORN): protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado	Avaliar a viabilidade e a aceitação de uma intervenção de grupo conduzida por parteira para reduzir os níveis de ansiedade em mulheres grávidas.	Não informado	Ao comparar resultados BDI entre acupuntura e aconselhamento e cuidados habituais sozinho em 3, 6 e 9 meses, encontramos uma tendência crescente em favor da acupuntura e aconselhamento. Alterações equivalentes foram observadas no PHQ-9.
A5	Silva HL, Almeida M.V et al., 2020	Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco	Avaliar os efeitos da auriculoterapia nos níveis de ansiedade em gestantes atendidas em pré-natal de baixo risco.	Pontos do pavilhão auricular sendo respectivamente: Triângulo Cibernético (Shen Men, Rim e Simpático), Cerebral, Baço, Ansiedade	Após a intervenção com auriculoterapia houve uma redução significativa do Estado de Ansiedade do grupo intervenção (p=0,033) entre a terceira e quarta consulta, o mesmo não ocorreu no grupo controle (0,052).
A6	Joao Bosco Guerreiro da Silva 2013	Acupuntura para queixas emocionais leves a moderadas na gravidez - um estudo prospectivo, quase randomizado e controlado.	Descrever os efeitos da acupuntura em condições de vida real, no tratamento de queixas emocionais durante a gravidez.	Bilateral points – HT7, PC6, LU9, ST36, LR3; and midline points – Yintang, GV20, CV17	Durante o período de estudo, os escores NRS de intensidade de estresse emocional diminuíram em pelo menos metade em 15/25 (60%) dos pacientes no grupo de estudo e em 5/19 (26%) daqueles no grupo de controle (P = 0,013). O impacto da angústia em três dos cinco aspectos da vida foi significativamente menor no grupo de acupuntura quando comparado com o grupo de controle (P < 0,05).

Conforme apresentado no quadro 01 percebe-se que os artigos abordaram acupuntura no tratamento de ansiedade em gestantes. Em relação os pontos de acupuntura utilizados durante o tratamento somente três artigos mostraram os pontos de aplicação de acupuntura para tratamento da ansiedade em gestantes e em seguida três artigos não informaram os pontos utilizados. Em relação aos resultados dos estudos, artigos evidenciam-se que houve os efeitos significativa no tratamento de ansiedade em gestantes com o uso de acupuntura.

DISCUSSÃO

Nota-se que Medicina tradicional chinesa (MTC) de acupuntura é Aplicada para avaliar as prévias condições de desequilíbrio energético; diagnósticos de enfermagem de risco; controle de sinais e sintomas que ainda não constituem doenças graves: diarreia não infecciosa; desequilíbrio eletrolítico; controle de vômito, diminuição de efeitos secundários relacionados a tratamentos medicamentosos; constipação; controle da ansiedade; melhoras do estresse; risco de solidão; falta de energia; equilíbrio do apetite (SIEGEL et al.,2013).

Um estudo similar a este na Filadélfia, mostrou que gestantes que declaravam menor satisfação com o parceiro possuíam maior grau de depressão e de ansiedade e também uma relação significativa entre ansiedade e variáveis de enfrentamento (RYCHIK et al., 2013).

Sabe-se que a ansiedade durante a gestação e maternidade é comum, por ser um componente emocional que acompanha a gestante até a hora do parto. Quando estes níveis de ansiedade são elevados podem comprometer o estado de saúde da gestante e do feto. No entanto, quando foi correlacionada a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa com suporte social, durante o pré-natal, pesquisa brasileira realizada com 44 gestantes, mostrou correlação positiva entre depressão e ansiedade, além de correlação negativa entre depressão e suporte social e também, ansiedade e suporte social (KUREBAYASHI, 2014).

No intuito de minimizar as queixas decorrentes do processo gravídico e acompanhar a evolução da gravidez, o serviço de assistência pré-natal tem garantido o monitoramentodas alterações físicas, fisiológicas e emocionais. Neste cenário, entende-se ser necessário que o profissional utilize estratégias não invasivas para promover e recuperar o bem-estar da gestante (SILVA *et al.*, 2016).

Uma meta-análise de 21 estudos sugere que a taxa média de prevalência de depressão no período pré-natal é de 10,7%, variando de 7,4% no primeiro trimestre a 12,8% no segundo trimestre. Devido às preferências de tratamento materno e preocupações potenciais sobre os resultados de saúde fetal e infantil, são necessárias diversas opções de tratamento não farmacológico (PEREIRA et al.,2008).

Corroborando com estudo Simone, (2016) as mulheres que receberam acupuntura específica para a depressão foram mais propensas a responder ao tratamento em comparação com aquelas que receberam acupuntura não específica (RR 1,68, IC 95% 1,06 a 2,66)

Um estudo experimental realizado no Brasil avaliou os efeitos do relaxamento na ansiedade em puérperas, concluiu que conhecer a gestante e seus sentimentos de forma geral proporciona melhor saúde mental no período gestacional, tendo como objetivo a redução de complicações no pós-parto, tanto para a mãe como para o recém-nato (PRIMO et al.,2008, SILVA et al.,2020).

Pontos de Acupuntura utilizado para o tratamento da ansiedade

- VB20 - Elimina os Ventos emocionais e relaxa a musculatura cervical
- F3 - Elimina os Ventos emocionais e acalma a mente
- Yin Tang - Acalma a mente. Estimula a concentração
- C7 - Complementa a ação do Yin Tang, fortalecendo o Shen
- VG20 - Canaliza a energia e alinhando os Chakras
- VB21 - Dispersa a estagnação de energia nos 3 Aquecedores (ansiedade no Aquecedor Superior causa palpitação. No Aquecedor Médio, causa gastrite. No Inferior, constipação).

Complementar o tratamento com:

- VC17 - quando a ansiedade é localizada no Aquecedor Superior
- VC12 - para ansiedade no Aquecedor Médio
- VC4 - para ansiedade no Aquecedor Inferior

Estudos de auriculoterapia foram realizados para avaliação de redução de ansiedade pré-operatória com apenas uma única sessão. Foi testado o ponto relaxamento comparado ao grupo *Shenmen* e a um grupo *Sham* (KUREBAYASHI, 2014). A acupuntura auricular também foi utilizada para controlar a ansiedade e depressão aguda em extração dentária. Foi feita uma única sessão, comparando-se a auriculoterapia com a medicação intranasalmidazolam, a acupuntura placebo e um grupo controle sem tratamento (KUREBAYASHI, 2014).

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Diante do que foi discutido nesta revisão pode-se observa-se acupuntura tem grande potencial terapêutico no tratamento, levando a redução significativa da patologia. Estudos mostram que a estimulação dos pontos de acupuntura específicos para tratamento de depressão e ansiedade liberam noradrenalina no Sistema Nervoso Central, em que os pacientes com ansiedade têm altas concentrações. Na Medicina tradicional chinesa MTC a saúde

é considerada como um resultado do equilíbrio entre Yin e Yang. Quando estes estão em desequilíbrio ocorre o processo de adoecimento.

Neste contexto, as Práticas Integrativas Complementares vem sendo cada vez mais utilizados, auxiliando na diminuição do uso de fármaco terapias, bem como na redução dos níveis de ansiedade e alívio da dor durante a gestação. Portanto, a limitação deste estudo se dá pela escassez das literaturas sobre a temáticas proposto. Assim, sugeri a realização de mais pesquisas sobre a temática, a fim de proporcionar um apoio científico aos profissionais durante a implementação dessas práticas integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS).

■ REFERÊNCIAS

1. 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, DF: Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 20/03/2017.
2. CHADE JAMII Brasil é o país mais depressivo da América Latina, diz OMS disponível em <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-e-o-pais-que-mais-sofre-com-depressao-na-america-latina,70001676638> -2017 Acesso em Março 2020
3. CUNHA, P.L.P.; CUNHA, C.S.; ALVES, P.F. Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências Belo Horizonte 2014. http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistemica-integrativa.pdf
4. ESTHER, L. Wilkinson , Heather A. O'Mahen , Pasco Fearon , Sarah Halligan et al., Adaptação e teste de uma breve intervenção para reduzir a ansiedade materna durante a gravidez (ACORN): protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado 2016, Publicado online 2016 Mar 22. doi: [10.1186 / s13063-016-1274-8](https://doi.org/10.1186/s13063-016-1274-8).
5. KALESKI, Z.I aplicação da acupuntura concomitante ao cuidado de enfermagem sob a ótica do enfermeiro Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul porto Alegre 2016. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148101>
6. KUREBAYASHI ,L.F.S.;SILVA, M,J,P.Eficácia da auriculoterapia chinesa para o estresse em equipe de enfermagem: ensaio clínico randomizado **Rev. Latino-Am. Enfermagem** maio-jun. 2014;22(3):371-8
7. LEITE, Ana Claudia Lins práticas alternativas no período gestacional: implantação na atenção básica na cidade de porto de pedras/al Monografia apresentado no Curso de Especialização em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. Do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis 2014 disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/171853> Acesso em Março de 2020
8. LIMA, Valério. **Acupuntura Japonesa: Acupuntura e a Medicina Tradicional Japonesa: História e Desenvolvimento da Acupuntura no Japão**. Disponível em: <http://www.terapiasorientais.blogspot.com.br/p/acupuntura-japonesa.html>. Acesso em: Março de 2020.

9. MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 mar 28]; 28:e20170204. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
10. PRIMO, C.; AMORIM, M. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. *Rev Lat Am Enfermagem*.v.16,n.1;p.36–41.2008 https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0103-2100202000010044400024&lng=en
11. PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>.
12. ROCHA, Sabrina Pereira; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história – Entrevista com dr. Evaldo Martins Leite. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 56, p. 239-247, Mar. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0211>. access on 23 mar. 2020.
13. Rocha, S. V., Almeida, M. M. G., Araújo, T. M., & Virtuoso, J. J. S. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 630-640. doi: 10.1590/S1415-790X2010000400008
14. RUSCHEL, P.; ÁVILA ,C.; FASSINI, G.; et al.; O apego materno-fetal e a ansiedade da gestante, **Rev. SBPH** vol.16 no.2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2013 disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a12.pdf> Acesso em Março de 2017.
15. RYCHIK, J.; DONAGHUE, D. D.; LEVY, S.; FAJARDO, C.; COMBS, J.; ZHANG, X. et al. (). Maternal psychological stress after prenatal diagnosis of congenital heart disease. *The Journal of Pediatrics*, v.162,n.2;p. 302-307,2013 disponível <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347612008013>
16. SIEGEL P, B.N.F . enfermagem e as práticas complementares em saúde **Revenferm UFPE online., Recife**, 7,esp.P.7262-4, dez., 2013. DOI: 10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201342
17. SILVA, H.L.; ALMEIDA, M.V.; DINIZ, J.S.; LEITE, F.M.; MOURA, M.A.; BRINGUENTE M.E, et al. Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco. *Acta Paul Enferm.*2020 V.33 p.1-8, 2020 DOI <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0016>
18. SILVA.F.C.B, BRITO, R.S.; CARVALHO, J.B.L.; LOPES,T.R.G.; Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação **Rev Gaúcha Enferm.** jun;V..37, n.2; p.546-99. 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.54699>.
19. SILVA, Joao Bosco Guerreiro da Acupuncture for mild to moderate emotional complaints in pregnancy – a prospective, quasi-randomised, controlled study *ACUPUNCTURE IN MEDICINE*.v.25,n.3; p.65-71, 2007 <https://journals-sagepub-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1136/aim.25.3.65>
20. SIMONE, M.O.; CAROLINE, A. SMITH, H.G.; DAHLEN , P.J.et al., Avaliação de uma intervenção de acupuntura pré-natal como terapia adjuvante para a depressão pré-natal (AcuAnteDep): protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado e pragmático 2016 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/fct.12247/full>

21. SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; KOUPIDIS, S.; GRAMMATI KOPOULOS, L., TEODORAKIS, P. N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 4(13), 163. 2013 doi: 10.1186/1471-244X-13-163

“

Ambulatório de homeopatia em unidade de saúde de pediatria: por que não continuar?

| Berenice Ferreira **Barros**
Médica Homeopata

RESUMO

Homeopatia é um método terapêutico vitalista que se fundamenta no tratamento integral, contínuo, objetivando a melhoria permanente do estado de saúde das pessoas. O Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, incentivando estados e municípios a inserirem tais práticas em seus serviços de saúde. Entre estas práticas encontra-se a homeopatia. O Estado da Paraíba inseriu a homeopatia no Complexo Pediátrico Arlinda Marques, em João Pessoa. Atuamos no ambulatório de homeopatia de 2008 a 2011. Foram atendidas 1.532 crianças. Cerca de 30% destas crianças realizaram, pelo menos, uma consulta de retorno. A faixa etária predominante foi a de 1 a 4 anos (43,3%). A principal causa da consulta foi relacionada aos sintomas respiratórios (55,1%) e o medicamento mais prescrito foi Sulphur (212). Apesar da iniciativa governamental e da ótima aceitação por parte dos usuários, obstáculos vários impediram o amplo acesso da população ao serviço e a continuidade dos atendimentos.

Palavras-chave: Homeopatia, PICS, SUS, Pediatria.

INTRODUÇÃO

Homeopatia é um sistema médico vitalista que cuida das pessoas de maneira integral, utilizando medicamentos diluídos e dinamizados, que estimulam o organismo a readquirir o equilíbrio harmônico da energia vital.

Vitalismo é a filosofia que postula a presença de uma força vital dotada de inteligência e poder de governar inúmeros processos envolvidos tanto na saúde quanto na doença, afirmando que alguma força anima o corpo humano, pois este é mais do que simplesmente uma soma de seus componentes físicos. Esta força ou princípio animador entra no organismo no momento da concepção, orienta todas as funções da vida e depois deixa-o quando ocorre a morte.

Energia ou força vital seria, assim, o elemento imaterial responsável pela manutenção do estado de saúde do organismo, que anima dinamicamente o corpo físico, mantendo-o em harmonia, permitindo ao corpo sentir todas as sensações e realizar todas as funções vitais.

Samuel Hahnemann ((1755-1843), médico alemão, foi o idealizador da Homeopatia, estabelecendo suas bases e princípios. Sobre a energia vital ele escreveu:

No estado de saúde, a força vital [...] reina com poder ilimitado e mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções, [...]. (Par. 9º - Organon)

Quando o homem adoecer, essa força vital [...] é a única que, inicialmente, sofre a influência dinâmica hostil à vida, de um agente mórbido. É somente o princípio vital, perturbado ..., que pode fornecer ao organismo as sensações desagradáveis e impeli-lo à atividades irregulares a que chamamos doença [...]. (Par. 11 – Organon)

Assim, seguindo os ensinamentos do mestre Hahnemann, as doenças, na Homeopatia, são vistas como simples grupos de sintomas da alteração geral da energia vital, buscando eliminá-las com medicamentos que produzem no corpo sadio grupos de sintomas semelhantes, os quais são usados isoladamente, em doses mínimas, infinitesimais, que agem sobre a energia vital alterada, por meio de sua energia curativa, que é liberada pelo seu modo de preparação farmacêutica (dinamização).

A energia vital pode ser alterada por diversos agentes e de diferentes formas, sendo assim, o homeopata busca conhecer a totalidade dos sintomas apresentados pelo indivíduo, suas características individuais, as modalidades dos sintomas apresentados, fatos ocorridos e outras informações que sejam necessárias para a seleção do medicamento que mais se assemelhe à pessoa (BONTEMPO, 1994).

A Homeopatia se sustenta em quatro pilares:

1. SIMILIA SIMILIBUS CURANTUR (Os semelhantes curam os semelhantes) – o termo homeopatia, criado por Hahnemann, deriva do grego “homoios” (semelhante) e “pathos” (dor, sofrimento), significando o método terapêutico baseado no princípio da similitude, que diz que todo medicamento capaz de provocar no indivíduo sadio determinados sintomas é capaz de curar sintomas semelhantes em indivíduos doentes.
2. EXPERIMENTAÇÃO NO HOMEM SÃO – para conhecermos a ação terapêutica de uma determinada substância, a experimentação é feita em pessoas saudáveis, que anotarão minuciosamente os sintomas provocados pela substância, ou seja as patogenesias. As anotações feitas pelos experimentadores são compiladas pelo coordenador da pesquisa e constituirão a Matéria Médica Homeopática.
3. MEDICAMENTO ÚNICO – considerando o princípio da similitude, haverá, sempre, um único medicamento que cobrirá o quadro atual da pessoa doente, sendo capaz de reequilibrar o organismo enfermo.
4. DOSES DILUÍDAS E DINAMIZADAS – Hahnemann demonstrou que quanto mais diluído e dinamizado o medicamento estiver, mais eficaz e penetrante será sua ação.

Os medicamentos homeopáticos são extraídos dos três Reinos da Natureza – animal, vegetal e mineral. Qualquer substância, orgânica ou inorgânica, reconhecida como medicamentosa ou não, pode ser potencializada ou dinamizada segundo a técnica homeopática, que consiste em diluir uma parte da matéria prima em água ou álcool e agita-la vigorosamente, a fim de liberar sua energia medicamentosa.

A clínica homeopática analisa os enfermos como pessoas que possuem entendimento e vontade, como indivíduos únicos, distintos dos demais, observando seus sintomas locais, gerais e mentais, seus gostos e aversões, suas modalidades de agravação e melhora, suas reações diante dos problemas que enfrentam, e tudo que possa evidenciar sua individualidade e apontar para o medicamento único e semelhante ao seu perfil.

A Homeopatia foi introduzida no Brasil em 1840, tendo boa aceitação pelos profissionais médicos e pela população. Em 1980, o Conselho Federal de Medicina reconhece a Homeopatia como especialidade médica. Em 1988 foram fixadas normas para o atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde. Em 1999 a consulta médica homeopática é inserida na Tabela SIA/SUS. O Ministério da Saúde, através da Portaria 971, de 03/05/2006, lança a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, incentivando e apoiando os estados e municípios a inserirem tais práticas em seus serviços de saúde, estando a Homeopatia incluída nesta Política.

O Estado da Paraíba, localizado no nordeste brasileiro, realizou concurso público para provimento de cargos na área da saúde no ano de 2007, oferecendo uma vaga para médico homeopata, para atuar no Complexo Pediátrico Arlinda Marques, situado na cidade de João Pessoa, capital do Estado. Foi através deste concurso que desenvolvemos nossas atividades, como médica homeopata, no ambulatório de pediatria, no período de 2008 a 2011.

No início de nossas atividades, enfrentamos algumas dificuldades, oriundas do desconhecimento, tanto da Coordenação da Unidade Ambulatorial, quanto dos demais profissionais que ali atuavam e dos usuários, sobre a Homeopatia, gerando certa pressão para o aumento do quantitativo de atendimentos, realização de atendimentos gerais e prescrição de medicamentos alopáticos. As pressões se intensificavam devido ao pequeno número de atendimentos realizados por nós, conseqüente da falta de divulgação, para a população em geral e para os profissionais da rede de serviços de saúde, da existência do ambulatório de homeopatia no serviço. Estas dificuldades vivenciadas, sua superação e o resultado alcançado, por meio do trabalho desenvolvido com as crianças, foram os motivos que nos impulsionaram a escrever este trabalho, tendo como objetivos sua divulgação e reprodução, para que a Homeopatia seja inserida, cada vez mais, nos serviços públicos de saúde, a fim de que mais e mais crianças possam ter acesso aos benefícios que a terapia homeopática oferece, melhorando seu estado de saúde.

OBJETIVO

Nosso trabalho no Complexo Pediátrico Arlinda Marques tinha como objetivo atender, ambulatorialmente, crianças, de 0 a 17 anos, residentes em João Pessoa e nos municípios circunvizinhos, por encaminhamentos de outros serviços de saúde ou por demanda espontânea.

MÉTODOS

O atendimento ambulatorial acontecia em dois dias da semana, turnos manhã e tarde. Fixamos o número máximo de oito crianças por turno, para que pudéssemos realizar um atendimento mais completo e integral.

Por iniciativa própria, elaboramos folders e cartazes explicativos sobre Homeopatia, que foram distribuídos e fixados no saguão de espera da Unidade, e demos informações e esclarecimentos às atendedoras da Unidade para que estas pudessem repassar aos pais das crianças que procuravam o serviço espontaneamente.

O atendimento, sempre realizado com prontuário individual, constava de anamnese minuciosa, exame físico completo, solicitação de exames complementares (apenas quando necessária), diagnóstico individual e medicamentoso, orientações gerais, agendamento da consulta de retorno, para avaliação, e alta (quando totalmente curado).

O serviço não dispunha dos medicamentos homeopáticos para disponibilizar aos usuários. Assim, os medicamentos prescritos eram adquiridos (comprados), pelos pais, nas Farmácias Homeopáticas, privadas, existentes na cidade.

Ao final de cada ano era feito o consolidado dos atendimentos realizados, destacando o quantitativo, procedência das crianças, faixa etária, sexo, motivo da consulta, medicamentos prescritos e retornos. Estes dados eram entregues à direção da Unidade, em forma de relatório, constando, ainda, as dificuldades enfrentadas e as sugestões para melhoria do serviço prestado. As informações contidas nestes relatórios serviram de base para a elaboração do presente trabalho.

RESULTADOS

Os dados aqui apresentados são referentes aos quatro primeiros anos de atividade no Complexo Pediátrico, uma vez que ficamos afastadas por quatro anos, e, ao retornarmos, não tivemos condições de dar prosseguimento ao trabalho iniciado.

De 2008 a 2011 foram atendidas 1.532 crianças. Dos atendimentos feitos a estas crianças, 527 (34,4%) foram consultas de retorno. A faixa etária predominante foi a de 1 a 4 anos (Gráfico 1), totalizando 663 crianças (43,3%). Em relação à queixa principal, os grupos de sintomas referentes ao sistema respiratório (55,1%), dermatológico (14,4%) e digestivo (11,5) predominaram nos atendimentos realizados (Tabela 1). Os medicamentos mais prescritos foram Sulphur, Arsenicum album e Calcarea carbonica (Tabela 2).

Gráfico 1. Atendimentos por faixa etária

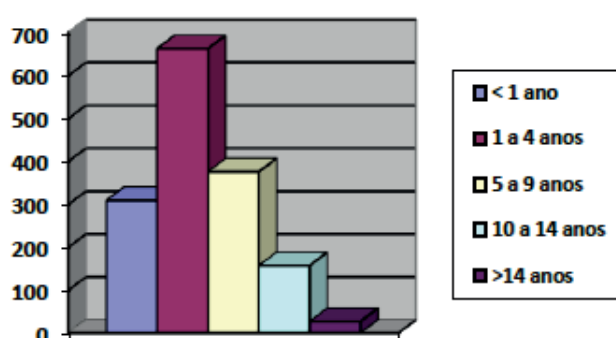


Tabela 1. atendimentos por grupos de causa

GRUPOS DE CAUSA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Respiratório	844	55,1
Dermatológico	221	14,4
Digestivo	176	11,5
Mal Definido	53	3,5
Geniturinário	52	3,4
Puericultura	46	3,0
Outros	46	3,0
Mental e Comportamental	28	1,8
Neurológico	22	1,4
Endócrino e Nutricional	22	1,4
Infeccioso e Parasitário	22	1,4
TOTAL	1.532	100

Tabela 2. Medicamentos mais prescritos

MEDICAMENTO	NÚMERO DE PRESCRIÇÕES
Sulphur	212
Arsenicum album	196
Calcarea carbonica	154
Tuberculinum	147
Belladonna	135
Silicea	132
Lycopodium	130
Bryonia	123
Mercurius	97
Hepar sulphur	88
Baryta carbonica	78
Nux vômica	76
Kali bichromicum	60
Sambucus nigra	49
Chamomilla	39
Rhus toxicodendron	29
Sycotic co	28
Drosera	26
Euphrasia	26
Cantharis	23

A grande maioria das crianças atendidas era residente em João Pessoa (79.8%) e a procura pela Unidade de Saúde ocorria mais de forma espontânea. As primeiras crianças atendidas foram encaminhadas pelas recepcionistas, por não haver mais vagas para o atendimento com os pediatras da Unidade. Os pais não tinham conhecimento sobre a

homeopatia, mas, após receberem os devidos esclarecimentos, aderiam ao tratamento. Com o passar do tempo, passamos a receber crianças cujos pais solicitavam o atendimento, por já terem conhecimento prévio sobre a homeopatia, através da indicação de conhecidos, da referência de outros profissionais, da divulgação pela mídia, principalmente televisão e internet, ou por desilusão com a medicina tradicional. Assim, a procura pelo ambulatório de homeopatia foi crescendo a cada ano, havendo aumento da continuidade do tratamento, através das consultas de retorno, no caso das crianças portadoras de distúrbios crônicos, o que possibilitou o conhecimento da eficácia dos tratamentos realizados, tanto pela melhora do estado de saúde das crianças, quanto pela satisfação dos pais. Embora não havendo dispensação dos medicamentos, apenas um pequeno número de pais alegou não ter recursos financeiros para sua aquisição. Este problema foi resolvido através da dispensação gratuita por algumas farmácias homeopáticas da cidade.

As dificuldades sentidas durante nossa experiência foram, principalmente, a falta de divulgação do serviço, não ter um ambulatório específico para o atendimento e o fato de, por não residir na cidade, concentrar os atendimentos em dois dias, o que reduzia o acesso e o melhor acompanhamento nos casos de intercorrências, o que evitaria o uso de medicação alopática nestas ocasiões. Assim, as principais sugestões contidas nos relatórios anuais foram: divulgação oficial da oferta do atendimento homeopático no serviço, através da mídia, nas Unidades Básicas de Saúde e nas próprias dependências da nossa Unidade; aquisição dos medicamentos homeopáticos para serem dispensados na Unidade; e designar um ambulatório para os atendimentos de homeopatia.

DISCUSSÃO

A Homeopatia, por ser uma terapia holística, que não foca, apenas, na doença, pode ser aplicada a pessoas de todas as idades. As crianças, em particular, apresentam respostas mais positivas, rápidas e duradouras à terapia homeopática. Este fato pode ser explicado pela presença de poucas ou nenhuma barreira que possa colocar obstáculo à ação terapêutica das medicações homeopáticas, estando seu corpo energético mais puro, mais harmonizado, necessitando de poucos reajustes. Quanto mais cedo o tratamento homeopático é iniciado, mais eficaz, rápida e duradoura será a ação medicamentosa.

Vimos, nos dados consolidados, uma gama de problemas de saúde que foram cuidados pela homeopatia, em diferentes faixas etárias. Os resultados, em sua grande maioria, foram positivos, assim como a aceitação e satisfação dos pais das crianças. O fato de não haver dispensação dos medicamentos homeopáticos na Unidade não se caracterizou como empecilho para os atendimentos e retornos das crianças, o que põe abaixo os argumentos de muitos gestores e profissionais que alegam não disponibilizarem o tratamento homeopático

nos serviços públicos pelo fato de não poderem dispensar os medicamentos. Estes dados também mostram que a população, quando tem conhecimento e poder de escolha, adere bem à terapêutica homeopática.

Os dados sobre as patologias mais ocorrentes e sobre as medicações mais prescritas confirmam o relato do Dr. Waltencir Linhares, no livro *Homeopatia em Pediatria*: “O pediatra lida com um número restrito de patologias no seu dia a dia. A tais patologias corresponde, pois, um número também restrito de medicamentos”. O conhecimento das patologias mais incidentes aponta para a necessidade de aprofundarmos no estudo dos medicamentos a estas relacionadas, que, segundo o autor, seriam cerca de sessenta, além de servir de base para a implantação da farmácia homeopática.

A falta de divulgação foi o motivo principal para a descontinuidade do trabalho, ainda mais quando houve mudanças no modo de se ter acesso ao serviço. Por motivos pessoais tivemos que nos afastar do serviço por um período, tendo referenciado as crianças para os outros homeopatas que atuavam na Unidade. Ao retornar ao Serviço, as crianças haviam se dispersado, os homeopatas não estavam mais ali trabalhando e o acesso ao Serviço apenas se dava pela Central de Marcação de Consultas. Ainda permanecemos na Unidade por cerca de um ano, atendendo uma ou duas crianças por mês, tentando, de todas as formas, divulgar o retorno dos atendimentos. Como não tivemos apoio dos gestores locais, municipais e estaduais, e a clientela não aumentou, ficamos bastante desestimulada e, embora com muito pesar, optamos por pedir nossa exoneração do cargo e tentar inserir o serviço em alguma Unidade de Saúde do município onde residia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A homeopatia existe há mais de 200 anos e sempre que corretamente aplicada, oferece resultados uniformes. Os medicamentos não variam (LINHARES, 1992). A aceitação por parte da população é boa. Os custos são baixos. Assim, temos todas as razões para ampliar seu acesso, oferecendo aos usuários do SUS a oportunidade de optar. Para que os resultados da terapia homeopática possam ser observados, faz-se necessário o acompanhamento sistemático das pessoas atendidas, pois a homeopatia fundamenta-se no tratamento integral, contínuo, objetivando a melhoria permanente do estado de saúde, e não apenas o desaparecimento dos sinais e sintomas aparentes. Então, é preciso que haja a facilidade de acesso às consultas e continuidade do serviço.

Consideramos louvável a iniciativa da gestão estadual paraibana em ofertar a homeopatia no serviço público, porém questionamos o modo como foi inserida, sem qualquer planejamento, sem conhecimento da terapia, de suas demandas, o que terminou por impedir a continuidade do serviço.

Desta experiência pode-se concluir que não adianta apenas inserir as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos serviços públicos. É preciso que haja a organização dos serviços para recebê-las. Esta organização diz respeito ao modo de acesso dos usuários, ao conhecimento dos gestores e dos outros profissionais sobre as PICS, a aquisição dos insumos necessários e a intensa divulgação das práticas ofertadas, para que haja a procura e os serviços sejam realizados com efetividade e eficiência, sem solução de continuidade.

■ REFERÊNCIAS

1. BONTEMPO, M. Manual da Medicina Integral. São Paulo: Ed. Best Seller, 1994. EYZAYAGA, F.X. Tratado de Medicina Homeopática. Buenos Aires: Ediciones Marecel, 1981.
2. HAHNEMANN, C.F.S. Organon da Arte de Curar. Tradução. 2ª Reimpressão Brasileira.
3. Grupo “Benoit Mure”: São Paulo, 1984.
4. LINHARES, W. Homeopatia em pediatria. São Paulo: Typus, 1992.

“

Brinquedoterapia: uma prática aplicada a pediatria oncológica

| Vinícius Costa Maia **Monteiro**
UFRN

| Saulo Barreto Cunha dos **Santos**
UVA

| Antônio Belmiro **Peixoto Júnior**
UFCG

| Ana Jéssica Silva **Damasceno**
UVA

| Anny Clarisse Medeiros **Freitas**
UFCG

| Amanda Michely Santos **Carer**
UNP

| Maria Francicleide da Silva **Bezerra**
FACENE/RN

| Kamila Fernanda da Silva **Martins**
UNIP

| Gilmara Michelle Cosmo Rocha **Cachina**
FACENE/RN

RESUMO

Objetivo: avaliar o uso de brinquedos como terapia no tratamento do câncer infantil na perspectiva da assistência dos profissionais de saúde frente à percepção da criança e da família envolvidas no processo, conhecer a terapia com brinquedos no ambiente hospitalar; descrever a percepção da criança nas atividades com brinquedos durante a quimioterapia; elucidar os benefícios da brinquedoterapia sob a ótica dos familiares / acompanhantes durante o tratamento do câncer infantil. **Métodos:** Trata-se o de uma revisão integrativa que equivale a analisar estudos que tem importância e falam acerca do tema escolhido para que o suporte das afirmações seja fidedigno resultando em um novo estudo síntese **Resultados:** A criança hospitalizada continua sendo criança, e as crianças, mesmo doentes, têm necessidade de brincar. O brinquedo terapêutico desenvolve, em parte, aspectos normais do cotidiano da criança e, por esta razão, deve ser utilizado na assistência a clientes nessa faixa etária para tentar tornar o ambiente hospitalar menos estressante e traumático **Conclusão OU Considerações finais:** Conclui-se que embora pesquisadores e profissionais entendam a importância da brinquedoterapia em um ambiente hospitalar, essa percepção vem um tanto mais fervorosa quando entendida pelos que vivenciam esse fato, diante da realidade observada vê-se que tanto os pais e acompanhantes como também as próprias crianças portadoras de câncer são entendedoras da diferença que o brincar terapêutico causa na sua estadia no hospital.

Palavras-chave: Brinquedo, Criança, Oncologia.

INTRODUÇÃO

A infância é uma etapa fundamental no desenvolvimento humano, marcada pelas atividades físicas intensas, sendo que estas são necessárias para que a criança possa ir aos poucos explorando e conhecendo o ambiente a sua volta e assim, conseqüentemente, crescendo normalmente e aprimorando seu conhecimento sobre o mundo. Para que ela possa percorrer esta etapa de sua vida sem prejuízos é necessário gozar de saúde. Porém, no decorrer de seu desenvolvimento, as crianças passam também por períodos de doenças, o que muitas vezes pode ser acompanhado de hospitalização. O adoecimento e a internação hospitalar na infância são eventos não esperados para esta fase do ciclo vital, assim, são considerados como momentos de crise para a família (OLIVEIRA et al, 2009).

A doença e a hospitalização desencadeiam uma série de novas e desagradáveis sensações, como traumas, estresse, medos, angustias, solidão, ansiedade, retraimento, hostilidade, frustração, depressão, insegurança, apatia, irritação e sofrimento. Além disso, podem provocar alterações no desenvolvimento físico, motor, social, psicológico e emocional (SEGASPINI, 2009). Os sentimentos provocados pela ida ao hospital causam um grande impacto na vida da criança, e se somados a um ambiente que não dê conta das suas necessidades, podem comprometer o processo de recuperação, de reestabelecimento e influenciar no tempo de internação (SEGASPINI, 2009).

O ambiente hospitalar é, geralmente, desconhecido para a criança, tanto em seu aspecto físico quanto em sua rotina. Ele possui normas e regras específicas, e junto a sua família precisam se adaptar a estas condições, como o horário e propostas de diferentes refeições; uma cama na qual não está acostumada a dormir; roupas diferentes das quais utiliza em casa; banheiro comunitário e falta de privacidade, tanto em relação à proximidade dos leitos quanto a procedimentos médicos invasivos e dolorosos. Estas condições hospitalares podem gerar uma despersonalização do paciente e dificultar no enfrentamento da doença (CHIATTONE, 2008).

No que se refere ao paciente com câncer, essas sensações e alterações podem ser mais agravantes ainda devido as frequentes e prolongadas internações, ao longo tratamento e também ao acesso de medicamentos. A criança com câncer mesmo que não esteja internada, vai ao hospital seguidamente para realizar consultas, exames, quimioterapias e radioterapia, ou seja, o hospital acaba tornando-se parte do seu cotidiano (SEGASPINI, 2009).

O câncer infantil é uma patologia crônica que por vezes necessita de um tratamento longo. Mesmo que os avanços terapêuticos possibilitem melhorias, o tratamento e o acompanhamento pós-tratamento ainda continua desgastante e cansativo. Com isso, é importante que a criança com câncer tenha um espaço para que possam distrair-se, além de expressar suas angustias e ansiedades com relação a sua nova realidade. A brinquedoteca se mostra

como o espaço capaz de favorecer o desenvolvimento da criança, além de ajudá-la a compreender o que está acontecendo consigo por meio do brincar (MELO, 2003).

Percebe-se uma significativa valorização a cerca do brincar no hospital, evidenciada na Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a qual apresenta a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. De acordo com o Art. 2º considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar. Espera-se com a brinquedoterapia que haja uma melhor comunicação entre os profissionais e a criança para que com isso se consiga entender a singularidade de cada uma (PINTO et. al, 2008).

Simões et. al (2010) destacam que as atividades lúdicas proporcionam alterações no ambiente hospitalar, favorecendo uma melhor aceitação ao tratamento e promovendo interações entre clientes, profissionais e familiares. O lúdico deve ser utilizado como ferramenta diária nas atividades da equipe de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade. O progresso no desenvolvimento do tratamento do câncer na infância foi espetacular nas últimas quatro décadas. Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados. A maioria dessas crianças terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado (INCA, 2008).

Brincando a criança estará a procurar o sentido para sua vida. Sua saúde física, emocional, intelectual, mental e social, depende em grande parte dessa atividade lúdica. A atividade lúdica promove entusiasmo, prazer e a alegria do compartilhar. A criança fica alegre, vence obstáculos, desafia seus limites, despense energia, desenvolve a coordenação motora e o raciocínio lógico, adquire mais confiança em si e aprimora seus conhecimentos, competências, forças, talentos e habilidades (GOMES et. al, 2013).

Nessa Perspectiva Guerra (2004) relata que a brinquedoteca surge como um espaço alternativo para garantir o acesso da criança ao brincar, fazendo com que a mesma possa vivenciar o seu lado saudável, desenvolvendo suas potencialidades; lidar com as limitações; estabelecer relações sociais; amenizando assim às consequências provenientes da hospitalização. Partindo desse contexto, vê-se a necessidade de enaltecer a importância da brinquedoterapia no desempenho das crianças em tratamento do câncer, perceber qual a utilização do recurso lúdico com a facilidade e a colaboração das mesmas diante das rotinas impostas pelo hospital, tendo em vista que essa técnica trabalha dentre outras o sensorio-motor e intelectual tanto para seu processo de socialização, formulação de valores morais, quanto para o aprimoramento e desenvolvimento da autoconsciência e da capacidade criadora.

OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Avaliar o uso de brinquedos como terapia no tratamento do câncer infantil na perspectiva da assistência dos profissionais de saúde frente à percepção da criança e da família envolvidas no processo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a terapia com brinquedos no ambiente hospitalar;

Descrever a percepção da criança nas atividades com brinquedos durante a quimioterapia;

Elucidar os benefícios da brinquedoterapia sob a ótica dos familiares/acompanhantes durante o tratamento do câncer infantil.

MÉTODOS

Trata-se o de uma revisão integrativa que equivale a analisar estudos que tem importância e falam acerca do tema escolhido para que o suporte das afirmações seja fidedigno resultando em um novo estudo síntese.

Segundo Mendes et al. (2008), a revisão integrativa é um método de pesquisa que tem como objetivo reunir e resumir diversas pesquisas sobre determinado assunto, mantendo a sistematização e a ordem, visando aprofundar o conhecimento acerca do tema estudado.

Foram utilizados para busca dos artigos os seguintes descritores: “Brinquedoterapia em Oncologia”, “Brinquedoterapia no hospital”, “Efeitos da Brinquedoterapia”. Todos os artigos em português, em todos os índices e todas as fontes, buscando captar maior quantidade de artigos com o tema proposto para análise dos dados. Foram encontrados nas bases de dados da BIREME, SCIELO, MEDILINE. Contudo, alguns artigos encontrados na BIREME já se repetiam na base de dados da SCIELO e MEDILINE.

Para análises dos dados desenvolvemos uma revisão de artigos científicos publicados recentemente em bibliotecas virtuais como: BIREME, MEDILINE, SCIELO. Utilizamos como critérios de inclusão: artigos publicados nas bases de dados selecionadas, artigos disponíveis na integra online, artigos que atendam aos descritores e assuntos do estudo, artigos publicados no período compreendido entre 2002-2017 em português, equivalentes a artigos pesquisados em até 11 anos. Como critérios de exclusão foi estabelecido artigos de pesquisa bibliográfica e de reflexão, teses, dissertações e artigos repetidos em diferentes bases de dados.

No término da pesquisa a amostra ficou composta por 15 (quinze) artigos, SCIELO 05 artigos (cinco) BIREME 8 (oito) artigos, MEDILINE 2 (dois) artigos. Estes artigos se enquadraram no objetivo desse estudo, em algumas situações descrevendo experiências e trazendo resultados de pesquisa sobre o tema abordado. Conclui-se que a análise dos artigos selecionados permitiu responder as questões abordadas neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tem-se utilizado o brinquedo terapêutico cada vez mais na assistência de enfermagem à criança com câncer não apenas como forma de satisfazer a necessidade recreacional e propiciar o desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização. Esse método segundo Almeida; Sabatés (2012) também representa um método de alívio para tensões causadas pela doença. A ludoterapia pode servir como uma possibilidade de comunicação no qual os enfermeiros podem dar explicações, bem como receber informações da criança sobre o significado das situações vividas por ela, e assim traçar metas e planos para uma assistência eficaz.

Estudos revelam o lúdico como uma medida terapêutica, que promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante. O brincar ainda reduz tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade, e funciona como atividade-meio entre a criança e o profissional, pois facilita a se atingir os objetivos anteriormente estabelecidos (BRITO et al, 2009).

O brincar seja por meio de jogos, desenhos, pinturas, é considerado uma das atividades mais importante da vida da criança e é de suma importância para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É através disso que ela se comunica com o meio em que vive e expressa ativamente. Tem-se utilizado o brinquedo terapêutico cada vez mais na assistência de enfermagem à criança com câncer não apenas como forma de satisfazer a necessidade recreacional e propiciar o desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização.

Esse método segundo Almeida; Sabatés (2012) também representa um método de alívio para tensões causadas pela doença. A ludoterapia pode servir como uma possibilidade de comunicação no qual os enfermeiros podem dar explicações, bem como receber informações da criança sobre o significado das situações vividas por ela, e assim traçar metas e planos para uma assistência eficaz. Estudos revelam o lúdico como uma medida terapêutica, que promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante.

O brincar ainda reduz tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade, e funciona como atividade-meio entre a criança e o profissional, pois facilita a se atingir os objetivos anteriormente estabelecidos (BRITO et al, 2009).

O brincar seja por meio de jogos, desenhos, pinturas, é considerado uma das atividades mais importante da vida da criança e é de suma importância para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É através disso que ela se comunica com o meio em que vive e expressa ativamente. A criança hospitalizada continua sendo criança, e as crianças, mesmo doentes, têm necessidade de brincar. O brinquedo terapêutico desenvolve, em parte, aspectos normais do cotidiano da criança e, por esta razão, deve ser utilizado na assistência a clientes nessa faixa etária para tentar tornar o ambiente hospitalar menos estressante e traumático (GUARESCHI; MARTINS, 2012).

Para a criança, brincar é uma atividade essencial ao bem estar físico, emocional, mental e social, uma necessidade de desenvolvimento que não cessa quando ela adoece ou é hospitalizada. Quando não se propicia a possibilidade de brincar, ela poderá apresentar distúrbios de comportamento, como alterações do sono, irritabilidade, agressividade, inadequação social e atraso no desenvolvimento.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilita a compreensão do quanto a brinquedoterapia tem um significado positivo no que diz respeito à aceitação do tratamento do câncer infantil, tendo em vista que é desgastante para a criança não apenas a internação hospitalar propriamente dita, como também a ida ao hospital apenas para uma sessão de quimioterapia, como relatado nas entrevistas.

Conclui-se que embora pesquisadores e profissionais entendam a importância da brinquedoterapia em um ambiente hospitalar, essa percepção vem um tanto mais fervorosa quando entendida pelos que vivenciam esse fato, diante da realidade observada vê-se que tanto os pais e acompanhantes como também as próprias crianças portadoras de câncer são entendedoras da diferença que o brincar terapêutico causa na sua estadia no hospital.

■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, FA; SABATÉS, AL. – Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital – Barueri, SP – Manole, 2012.
2. AZEVEDO, AVS. Estudos de psicologia. Campinas, 28(4), outubro-dezembro, 2011.
3. ALVÂNTARA AM. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. 2008.
4. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2004.
5. CALVETTI, P.U; SILVA, L.M; GAUER, G.J.C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. PSIC-

6. Revista de Psicologia da Vetor Editora, São Paulo, v.9, n.2, p. 229-34. Set. 2008.
7. CHIATTONE, HBC. A criança e a hospitalização. In: Angerami-Camon VA, Chiattonne HBC,
8. Meleti MR, organizadores. A Psicologia no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2008. p. 23-100.
9. FONTES, C.M.B et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência a criança hospitalizada. Rev. Bras. Ed. Esp, Marília, v.16, n.1, p.95-106. Abr.2010.
10. GOMES CL, PINHEIRO MF, VELHO LV. A importância de o brinquedo terapêutico no cuidar da criança hospitalizada. Universidade do MINDELO, Julho de 2013.
11. GUARESCHI APDF; MARTINS LMM. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. Rev.Esc.Enferm USP 2012 dez; 31 (3): 423-36.
12. GUERRA FM. Recriando o espaço e a dimensão ocupacional da criança hospitalizada. Cadernos de Extensão. Recife: Editora Universitária da UFPE, n. 1, p. 99-102, dez. 2004.
13. HOCKENBERRY MJ. Wong Fundamentos da enfermagem pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
14. INCA - Instituto Nacional de Câncer . Estimativa Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro– RJ, 2008.
15. LEI Nº 11.104, DE 21 DE MARÇO DE 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.
16. MARTINS, S.T.F, PADUAN. A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. Psicologia em Estudo, Maringá, v.15, n.1, p.45-54. Jun.2010.
17. MEIRELLES, S; OLIVEIRA, A.L. Porque as histórias são importantes para a saúde das crianças. Fundação Abrinq. São Paulo.2002.
18. MAANEN, JV. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface, In
19. Administrative Science Quarterly. vol. 24, no. 4, December 1989 a, pp 520-526.
20. MELO LL. Do vivendo ao brincar ao brincar para viver: o desvelar da criança em tratamento ambulatorial na brinquedoteca. (Tese) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2003.
21. MINAYO, Maria Cecília de S. (org.) Pesquisa social. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002, 80 p.
22. OLIVEIRA LDB; GABARRA LM; MARCON C; SILVA JLC; MACCHIAVERNI J. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.19 n.2 São Paulo ago. 2009.
23. PEDRO, ICS; NASCIMENTO, LC; POLETI, LC; LIMA RAG; MELLO, DF; LUIZ, FMR. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 111-119, mar-abr. 2011.

24. PINTO JP, RIBEIRO CA, SILVA CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005 [cited 2008 jun 16];13(6):974-81.
25. RANG, H.P; DALE, M.M; RITTER, J.M. *Farmacologia*. Tradução Amaury José da Cruz Junior, Fernando Diniz Mundina, Giuseppe Taranto, Maria Angelica Borges dos Santos e Ricardo Viega Oliveira. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
26. RODRIGUES, A.R.; PIMENTEL, H.P.; BARBOTI, R.A. *Benefícios do Brinquedo Terapêutico no Cuidado de Enfermagem à Criança Hospitalizada*, 2010.
27. RODRIGUES WC. *Metodologia Científica*. FAETEC/IST Paracambi - RJ, 2007.
28. SAGATIO, SG; ADAM, AAB; MAKOVSKI, C; ESTURILHO GG; ALMEIDA, EB. *Pedagogia em ambientes clínicos: alguns aspectos didáticos no processo de hospitalização*. In: 3º encontro de extensão e cultura da UFPR, 2009, Curitiba.
29. SILVA, LT et. al. *El juego en el Programa Minas Olímpica Generación Deporte*, FHA.
30. EFDeportes.com, *Revista Digital*, Buenos Aires, v.18, n.179, p.1. Abr. 2013.
31. SEGASPINI FV. *O Brincar Como Instrumento Terapêutico no Tratamento de Crianças com*
32. *Câncer – A Visão da Família*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, dezembro de 2009.
33. SIMÕES ALA, MARUXO HB, YAMAMOTO LR. *Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários*. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2010;12(1):107-12.

“ Contribuições das práticas integrativas e complementares no acompanhamento pré-natal

I Nicole Oliveira **Barbosa**
FVJ

I Francisco Rafael Alves Santana **Cesário**
UFC

I Amália Gonçalves **Arruda**
FVJ

RESUMO

O presente estudo tem, como objetivo compreender as contribuições de incluir as Práticas Integrativas e Complementares no acompanhamento Pré-Natal. Deste modo, a pesquisa trata-se de um grupo controle com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Beberibe-CE, onde o número de participantes da pesquisa foi no total de oito (08) gestantes. Os dados coletados foram organizados e analisados em categorias temáticas. Por meio de cada relato das gestantes analisados, percebeu-se as contribuições das práticas integrativas e complementares no Pré-Natal. As terapias utilizadas foram as seguintes: O Reiki, a meditação e a massoterapia são terapias que proporcionam o bem estar, alivia os estresses e tensões do dia-a-dia, proporciona relaxamento e mudanças no seu bem estar físico e mental. Com isso, conclui-se que é possível incluir as práticas integrativas no acompanhamento do Pré-Natal. Além de ampliar as áreas de atuação da enfermagem, sendo um ramo muito promissor, que está evoluindo e se adaptando as realidades de cada área.

Palavras-chave: Práticas de Saúde Integrativas e Complementares, Assistência Pré-Natal, Enfermagem em Saúde Comunitária.

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda uma temática voltada a assistência à saúde da parturiente no pré-natal, visto que, a pesquisa busca ampliar o cuidado as gestantes que consequentemente, envolve dois indivíduos, a parturiente e o bebê, na qual, requerem muita atenção dos profissionais de saúde. Diante disso, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) podem ser uma forte aliada no acompanhamento pré-natal, na busca de uma assistência humanizada e que proporcione melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Segundo Silva et al. (2016), a mulher, no período de gestação, tem o direito de liberdade de escolha, dentre elas, práticas que sejam benéficas para sua saúde e de seu filho. Para prestar uma assistência humanizada e permitir que essa mulher tenha livre escolha é preciso respeitar seus direitos, valorizar o conhecimento empírico e ampliar as modalidades terapêuticas que possam ser associadas ao modelo convencional.

Nessa perspectiva de expandir novas modalidades terapêuticas, o Brasil foi um dos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) que acatou suas preconizações, publicando a Portaria 971, em 2006, na qual criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no SUS. A política enfatiza a implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006).

Além disso, a OMS publicou recentemente o documento WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2034, analisando os índices de utilização mundial das PICs, o investimento em pesquisas na área, as características do seu consumo e sua institucionalização nos serviços de saúde na última década, como também criou as metas necessárias para sua ampliação na APS para os próximos anos (OMS, 2014)

Com isso, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) tem como objetivo melhorar e ampliar o cuidado na assistência prestada ao indivíduo e incrementar diferentes abordagens, que são prioridades do Ministério da Saúde (MS), tornando acessíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Desta forma, desenvolver segurança, eficácia e qualidade na integralidade da atenção à saúde no país (BRASIL, 2015).

Segundo Melo (2017), os princípios que regem as PICs são convergentes ao que se orienta nos cuidados necessários para o pré-natal, pois, por meio destes pode-se proporcionar tanto a gestante como para o recém-nascido, maior promoção de saúde através de práticas que permitam o desenvolvimento de uma vida mais saudável e humanizada. Desta forma, contribuir para a saúde materna infantil, como também para um pré-natal e nascimento de qualidade.

Diante disso, precisa-se rever a maneira como as parturientes são acompanhadas no pré-natal, com técnicas atuais de intervenção a promoção à saúde materna infantil,

identificando a possibilidade de incluir as PICs, seja na assistência integral a gestante, na recepção da instituição que será acolhida e valorização das gestantes, para que assim, possam ter bons resultados na gestação e no período puerperal (MELO, 2017).

Sob essa perspectiva, Melo (2017) percebe que as PICs podem se tornar um instrumento muito importante para contribuir na saúde pública e materno infantil, além de permitir uma ampliação do acesso a saúde, prevenir enfermidades, proporcionando uma perspectiva de saúde que vise o bem-estar e qualidade de vida com a promoção de hábitos saudáveis, possibilitando maior interação da rede e níveis de atenção além do fortalecimento da atenção básica.

Nessa perspectiva, consoante com o Ministério da Saúde, a Medicina Tradicional Chinesa contribui muito com a saúde com os recursos terapêuticos como a acupuntura, técnica que pode ser utilizada no pré-natal, assim como na condução do parto e no período do puerpério. Além dessa terapia, existe também a moxabustão, a ventosa, a fitoterapia chinesa, massagens, a prática da meditação e a meditação em movimento Lian Gong, Tao-In, Tai Chi Chuan, Tchi Kung, além de outras práticas, onde para executá-la qualquer uma que seja, é necessário a presença de um profissional especializado (BRASIL, 2013).

De acordo com os estudos realizados por Bjon (2009), verificou-se que as mulheres submetidas às técnicas de relaxamento no período gestacional proporcionam momentos de paz, repouso e alegria. Além disso, durante o período do estudo, as mesmas mulheres foram também acompanhadas no período pós-parto, no qual, foi bem sucedido e sem indícios de estados depressivos.

Segundo Jesus e Drago (2018) as PICs promovem sentimento de bem estar e diminuição dos desconfortos na gestação, sendo as principais práticas complementares nas gestantes: Massagens de deslizamento manual; massagem com o emprego de bambu; Promoção de relaxamento e percepção corporal; Auto e heteromassagens com emprego de bola de tênis; Balanceio pélvico; Técnica de contração de todos os segmentos corporais; Técnica de respiração torácica e abdominal (JESUS; DRAGO, 2018).

Diante do que foi exposto levantou-se os seguintes questionamentos: Quais os benefícios das PICs serem incluídas no pré-natal? Quais as PICs indicadas para serem trabalhadas na assistência ao pré-natal? Qual a reação das gestantes e sua adesão ao pré-natal frente a uma assistência prestada utilizando as práticas alternativas como alívio de suas inquietações e desconfortos da gravidez?

O objetivo da pesquisa é compreender as contribuições de incluir as Práticas Integrativas e Complementares no acompanhamento Pré-Natal.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de um grupo controle, onde selecionam-se grupos de determinados assuntos em comum, submete-os a tratamentos diferentes, analisando os pontos variantes e observando respostas de relevância. Com isso, o intuito da pesquisa é perceber as relações de causa e efeito diante das intervenções realizadas (FONSECA, 2002). O estudo traz uma abordagem qualitativa, visto que, enfoca na subjetividade do sujeito, quanto as suas percepções, significado, crenças e valores acerca de um determinado tema (MINAYO, 2009).

A pesquisa foi realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Beberibe-CE. Atualmente este dispõe de quinze (15) Unidades Básicas de Saúde (UBS), divididas em regiões, quatro (04) na sede, quatro (04) no litoral e sete (07) no sertão. A unidade de escolha está localizada na Sede III do município, onde apresenta o maior número de gestantes cadastradas e tem o apoio de profissionais de outras unidades de saúde, como por exemplo, os terapeutas das Práticas Integrativas e Complementares.

Antes da realização da pesquisa foi feita uma visita a Secretaria de Saúde para esclarecer ao gestor sobre a pesquisa solicitando sua autorização através de uma Carta de Anuência.

A população foi composta por gestantes, com amostra de 08 parturientes, definida pelos seguintes critérios de inclusão: gestante em gravidez de baixo risco; que estejam no 2º trimestre de gestação; apresentem condições para estabelecer comunicação verbal; estejam cadastradas e realizando pré-natal na ESF escolhida. Como critério de exclusão: gestante menor de 15 anos e que apresente transtornos psíquicos.

O plano de recrutamento dos participantes foi da seguinte forma: primeiro encontro com enfermeira da ESF para saber dia de atendimento de pré-natal; comparecimento da pesquisadora no dia de atendimento de pré-natal; apresentação da proposta da pesquisa para gestantes presentes no dia da consulta (foi explanado e esclarecido para todas as gestantes presentes sobre os objetivos, os riscos e benefícios de participar do estudo e os resultados esperados com a pesquisa); aceite das participantes; apresentação e assinatura do TCLE e/ou TALE de todas as participantes.

Após o recrutamento foi realizada uma entrevista semiestruturada com todas as gestantes que se enquadram nos critérios de inclusão; na segunda etapa haverá um sorteio dentre as participantes onde serão definidos dois grupos A e B (onde A será o grupo controle e o B, grupo experimental) onde serão realizadas algumas práticas integrativas no grupo B experimental.

Após a definição dos dois grupos, foi marcado as datas possíveis de realização das práticas, comunicando a gestantes por meio das redes sociais e telefone. A cada semana foi realizado uma terapia para o grupo de quatro (04) gestantes, o grupo experimental, iniciando com o reiki, na outra semana a meditação e na seguinte a massoterapia. Quem realizou

essas práticas, foram duas enfermeiras terapeutas capacitadas em reiki e massoterapia e que utilizam as práticas integrativas em sua assistência. Nesta fase a pesquisadora acompanhou a realização de práticas integrativas e utilizou um diário de campo como instrumento de coleta das experiências vividas; em um terceiro momento houve uma nova entrevista semiestruturada com os dois grupos para verificar as possíveis diferenças na assistência pré-natal com e sem a utilização de práticas integrativas; na quarta etapa as gestantes do grupo controle também participaram das práticas integrativas, como forma de disponibilizar o serviço a todos que participaram da pesquisa.

Escolheu-se para coleta de dados a entrevista semiestruturada, pois com ela o entrevistador destina maior atenção para a informação do que a padronização. No entanto, se torna necessário atingir os objetivos traçados anteriormente, para então obter o resultado satisfatório ao final do diálogo (FONSECA, 2002).

Para isso, foi elaborado um roteiro com perguntas norteadoras, em busca de alcançar os objetivos da pesquisa. Este momento teve uma duração aproximada de quinze minutos e foi realizado numa sala reservada tendo sido utilizado um gravador de voz para armazenar as informações obtidas a serem posteriormente analisadas. Vale ressaltar, que, os participantes da pesquisa assinaram um termo de autorização para gravação de voz, antes de iniciar a entrevista.

Além disso, foi realizado também um diário de campo, que consiste em um caderno, caderneta ou arquivo eletrônico onde permite registrar as experiências vividas e informações não contidas na entrevista (MINAYO, 2009). Foi realizada também a observação participante, assim sendo, no momento em que as gestantes estavam realizando as práticas, o pesquisador foi anotando as informações que considerou relevantes para o estudo.

Todas as participantes da pesquisa tiveram conhecimento dos riscos e benefícios do estudo. Os possíveis riscos foram: a parturiente sentir algum desconforto durante as práticas, sentir vergonha de realizar as orientações dadas pelo terapeuta, enjoo de alguma fragrância que possa ser utilizada, como também, cansaço em algum momento de desenvolvimento das práticas. Vale salientar que diante da apresentação de qualquer risco, este fator seria excluído da atividade garantindo a integridade e singularidade das participantes do estudo. Como benefícios o estudo proporcionou um momento diferente, acolhedor, humanizado, proporcionando conforto e bem-estar a gestante. Além de ter o acesso e conhecer novas práticas que podem ser utilizadas para alívio de desconfortos durante a gravidez, ampliando assim a assistência do cuidado e atenção a esse público.

Os critérios de encerramento da pesquisa foram os seguintes: observar que o instrumento de coleta de dados, a entrevista, não atinge os objetivos propostos; número insuficiente de gestantes que aceitem participar da pesquisa, para conclusão e análise dos dados

satisfatórios para o tipo de estudo, o não comparecimento significativo de gestantes durante a pesquisa e o desejo manifesto das gestantes em não participar da pesquisa.

Para organização e análise de dados foi utilizada a categorização temática da autora Minayo (2009) seguindo as seguintes etapas: 1º Fase exploratória; 2º trabalho de campo e 3º análise e tratamento do material empírico. Na primeira etapa, fase exploratória consiste na realização do projeto de pesquisa e todo material necessário que precisa ser preparado para ir a campo; Na segunda etapa, trabalho de campo, trata-se de levar para a prática todo embasamento teórico construído no projeto de pesquisa. Momento esse, em que se observa o levantamento do material documental, por meio das entrevistas e instrumentos de observação. Na terceira etapa, análise e tratamento do material empírico e documental, consistem no conjunto de ferramentas e técnicas para interpretar os dados, compreender e articular o resultado da prática, com o conhecimento teórico visto durante a construção do projeto de pesquisa. Ainda nessa etapa, pode-se dividir em três tipos de procedimentos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise propriamente dita (MINAYO, 2009).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil, estando de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16, sendo aprovado pelo seguinte número de parecer: 18691719.8.0000.9431. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ou TALE e o Termo de Autorização para Gravação de Voz.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família, em uma equipe da sede do município de Beberibe-Ce, com a participação de 04 gestantes no grupo controle e 04 gestantes no grupo experimental, totalizando 08 gestantes. De acordo com os dados coletados, após a análise minuciosa dos discursos, foram estabelecidas as seguintes categorias temáticas: *Avaliando a assistência Pré-Natal na Atenção Básica; Anseios das gestantes na assistência Pré-Natal; Ampliação do cuidado Pré-Natal com as PICS; Impactos das PICS na vida diária das gestantes.*

A princípio segue uma breve caracterização das gestantes entrevistadas, descritas no Quadro 1:

Quadro 1. Caracterização dos entrevistados quanto ao grupo, idade, profissão, estado civil, história gestacional, idade gestacional. Beberibe – CE, 2019.

Grupo	Pseudônimos	Idade em anos	Profissão	Estado Civil	História gestacional	Idade gestacional
Experimental	Camomila	24	Assistente do departamento pessoal	Solteira	G:01 P:00 A:00	15 sem
Experimental	Canela	35	Agricultora	Casada	G:05 P:04 A:00	26 sem
Experimental	Lavanda	33	Dona de casa	Casada	G:03 P:02 A:00	27 sem
Experimental	Jasmin	29	Dona de casa	Solteira	G:02 P:01 A:00	25 sem
Controle	Bergamota	30	Dona de casa	Casada	G:05 P:04 A:00	19 sem
Controle	Erva Doce	26	Dona de casa	Casada	G:02 P:00 A:01	24 sem
Controle	Eucalipto	28	Operador de caixa	Casada	G:04 P:03 A:00	27 sem
Controle	Menta	23	Cuidadora	Casada	G:01 P:00 A:00	22 sem

Fonte: Dados da pesquisa. Beberibe, Ceará, 2019.

Os pseudônimos foram escolhidos de acordo com as características de cada gestante, identificadas durante as entrevistas. São nomes de óleos essenciais utilizados na aromaterapia, no qual, alguns deles foram utilizados como aromatizador nos ambientes das práticas integrativas. Para facilitar a distinção do grupo controle do grupo experimental foi colocado a abreviação: CONT e EXP, respectivamente. As gestantes apresentam entre 23 e 35 anos de idade. Na sua grande maioria são donas de casa, casadas e das oito participantes uma apresentou episódio de abortamento, duas estavam na primeira gestação, duas têm mais de um filho e três têm mais de três filhos. Todas as gestantes estavam no 2º trimestre de gestação entre 15 e 27 semanas gestacional.

Na perspectiva de identificar o conhecimento das gestantes sobre a temática do trabalho, se conheciam do que se tratava, foi construído um quadro com as respostas frente ao entendimento a respeito das Práticas Integrativas, Meditação, Reiki e Massoterapia, descritas no Quadro 02.

Quadro 2. Conhecimento das gestantes a respeito desses temas: Práticas Integrativas; Meditação, Reiki e Massoterapia. Beberibe – CE, 2019.

Pseudônimos	Conhecimento sobre as Práticas Integrativas	Conhecimento sobre Meditação	Conhecimento sobre Reiki	Conhecimento sobre Massoterapia
Camomila	Não	Sim	Não	Não
Canela	Não	Não	Não	Não
Lavanda	Não	Não	Não	Não
Jasmin	Não	Não	Não	Não
Bergamota	Não	Sim	Não	Sim
Erva Doce	Não	Sim	Não	Não
Eucalipto	Não	Sim	Não	Sim
Menta	Não	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa. Beberibe, Ceará, 2019.

Diante do quadro apresentado, observa-se que todas as gestantes responderam “não” quanto a conhecimento sobre “se conheciam o que eram” Práticas Integrativas e Complementares, bem como, também não conheciam e nem ouviram falar sobre o Reiki. As práticas, na qual, responderam ter algum conhecimento a respeito ou das quais já ouviram falar foram a meditação, onde quatro gestantes responderam que conheciam; e duas gestantes mencionaram que já ouviram falar sobre a massoterapia. Todavia, nenhuma das gestantes tinha realizado qualquer uma dessas práticas.

Ampliação do cuidado Pré-Natal com as PICs: Reiki, Meditação e Massoterapia.

De acordo com os estudos de Silva et al., (2016) e Melo (2017), a mulher, principalmente no período de gestação, tem o direito de liberdade de escolha, dentre elas, práticas que sejam benéficas para sua saúde e de seu filho. As PICs são ferramentas que podem proporcionar tanto a gestante, como para o recém-nascido, maior promoção de saúde através de práticas que permitam o desenvolvimento de uma vida mais saudável e humanizada.

Com isso, as PICs visam ampliar o cuidado e a atenção à saúde que já é ofertada a gestante por meio dos programas de pré-natal. Pois, diante das dificuldades que enfrentam diariamente com a rotina de casa e os desafios do cotidiano, a perspectiva das gestantes frente a esses cuidados é muito positiva.

O discurso das gestantes sobre a introdução das PICs no pré-natal se apresenta como uma maneira de abranger o indivíduo holisticamente e não somente relacionado a gestação em si ou fichas para serem preenchidas de acordo com regulamentos, mas de ir além e proporcionar bem estar e satisfação em estar nesse período tão significativo.

“(...) ela só vê os exames e diz que tá tudo bem com o bebê ou tá tudo bem comigo, não tem esse cuidado mesmo, né, de uma massagem, de um tempo pra meditar né” (Camomila);
“sinto falta de tipo assim, ter um momento diferente, porque eu sou uma pessoa muito ansiosa e eu acho que o momento assim para relaxar, seria muito bom” (Lavanda-EXP).

Percebeu-se insatisfação por parte das gestantes devido a falta desse cuidado mais humanizado no pré-natal, onde por meio das PICs conseguiram perceber que a assistência Pré-Natal pode melhorar ainda mais. Os relatos a seguir apresentam resultados positivos quanto a ampliação do cuidado no Pré-Natal com as PICs.

“O melhor Pré-Natal que eu já fiz, foi o melhor de todos, a atenção das pessoas tudo mudou, mudou muito” (Canela-EXP);
“(...) bom se toda vez que fosse pro pré-natal, fosse assim, não sei as outras mulheres, mas, para mim a primeira prática da meditação ajudou bastante” (Jasmin-EXP).

É importante notar que as gestantes que compõe o grupo experimental, conseguiram visualizar essa ampliação do cuidado, porém, antes da realização das práticas não conseguiam perceber que podia ser melhorado, bem como, as gestantes do grupo controle (Diário de Campo).

De acordo com os estudos de Primo, Amorim e Leite (2011) e Mendes (2019), o enfermeiro precisa incluir as práticas alternativas no cotidiano do cuidar, como suas intervenções de enfermagem e com isso permitir abrangência do cuidado, da aproximação com o paciente, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e promover a valorização da profissão.

O Reiki, a meditação e a massoterapia são Práticas Integrativas e Complementares que proporcionam as gestantes o bem estar, alivia os estresses e tensões do dia-a-dia, bem como, visam, de modo geral e comum às três práticas, trabalhar a respiração, proporcionar relaxamento e mudanças no seu bem estar físico e mental.

“Eu acho que os três assim ao todo são muitos parecidos, porque assim, a gente fica naquela concentração, respiração, no pensar um pouco na gente, eu acho que, trouxe muita leveza” (Camomila-EXP);
“Melhorou em relação as dores que sentia, gostei demais, amei!”(Canela-EXP);
“Os benefícios são esses você ficava assim, rílex, você fica zen e tranquila” (Lavanda-EXP).
“Com essas práticas você consegue relaxar né, e tirar toda a tensão e as dores que você sente. Seria muito bom juntar os dois, com a médica passa os exames e com o enfermeiro a massagem que foi como o que a gente fez, né” (Lavanda-EXP).

Os estudos de Mendes et al (2019) e Melo (2017) apontam que os principais benefícios das PICs são o relaxamento e o bem-estar, e que ao proporcionar isso, ajuda a enfrentar

os incômodos e desconfortos na gravidez e no trabalho de parto, superando em sua grande maioria o uso de medicamentos de forma desnecessária.

Diante de todos os relatos e acontecimentos das práticas a sensação de alegria e satisfação em poder proporcionar um momento assim para as gestantes é indescritível. O bem estar, perceber a mudança até mesmo da fisionomia e o que cada uma expressa em sua fala é um “*feedback*” muito positivo (Diário de Campo).

O Reiki proporciona aos participantes sentir-se relaxados, mais calmos, equilibrados, auto-controlados, bem como é um momento importante para meditação e reflexão sobre si mesmo. Além disso, diante dos relatos mencionaram sentir tranquilidade, serenidade, segurança, calma, melhor capacidade de raciocínio, relaxamento, reflexão e descanso. A terapia Reiki, dentre tantos benefícios, também aumenta a capacidade de concentração e ativa a memória (FREITAG et al., 2018).

“Estou relaxada, tirei o estresse, estou me sentindo melhor, quero levar para casa viu, estou me sentindo muito melhor se tiver alguma energia ruim em cima de mim tenho certeza que saiu tudo hoje [...] Quando ela colocou a mão dela aqui do lado da minha cabeça eu senti como se fosse um ímã acredita e eu senti meus cabelos saindo do canto, senti meu cabelo arrepiar, parece que tava tirando a energia negativa que tava aqui de dentro, todo aquele peso, a cabeça assim parece que ficou bem maneirinha, parecendo um balão, sei lá, flutuando” (Jasmin-EXP).

Tranquilidade foi uma sensação comum as gestantes, expressando grande satisfação em receber a energia Reiki. Uma das gestantes relatou que estava precisando de um momento assim, bem como, comentou que acabou cochilando um pouco. Ao final, sempre era feita a pergunta se havia gostado da prática e como estava saindo dali, uma delas, relatou também que no início sentiu seu bebê bem agitado, mas que logo depois acalmou. Por considerar ser uma pessoa ansiosa pensou que não ia conseguir relaxar, mas que conseguiu e se sentiu com mais disposição. Com isso, percebe-se que o Reiki funciona e mostra resultados, proporcionando sensação de conforto, bem estar, tranquilidade e relaxamento (Diário de Campo).

“Porque assim tudo é novo né, tudo que é novo você fica tipo assim naquela expectativa e por ser a primeira vez eu senti que eu fiquei muito agitada, no começo, porque você fica assim sem saber o que é como é, mas aí depois é que você vai relaxando né?” (Lavanda-EXP).
“(...)pensei que a energia fosse só coisa ruim, mas, não é, realmente não é, tem as coisas boas também eu ainda estou assim...(risos) como é que pode.... a gente acha que essas coisas não existe né, até passar...”(Jasmin-EXP).

Por ser a primeira prática ofertada foi possível observar nas gestantes o receio, o medo do novo, a expectativa de como seria. Pode-se observar que algumas apresentaram um certo preconceito diante do que seria o Reiki (Diário de Campo).

Freitag et al., (2018) e Antunes et al., (2018) referem que para bem desfrutar desses resultados é preciso que os indivíduos estejam receptivos para que possam receber a energia Reiki e que se permitam sentir os benefícios que essa prática proporciona ao indivíduo.

A meditação é uma Prática Integrativa e Complementar simples que permite sua realização no período da gravidez, em casa, no pré-natal, no hospital e no momento do trabalho de parto proporcionando que esses momentos decorram de forma calma e na maioria dos casos com o controle da dor. Já foram encontradas evidências relativas à eficácia da meditação nos distúrbios emocionais, bem como, nos níveis de depressão, ansiedade e estresse da mulher grávida. (BJORN, 2009; FERNANDEZ, 2016; ARAÚJO, 2016).

De acordo com os dados das entrevistas, a meditação é uma prática alternativa muito conhecida e de fácil compreensão. Tanto que foi possível verificar das respostas nas entrevistas, aspectos positivos da meditação no grupo experimental, como também no grupo controle, por já terem um pouco de ideia do procedimento e por acreditarem que seria importante ser praticado no período gravídico.

“Sim, eu acredito que a meditação na gestação iria ajudar muito, principalmente no começo, justamente porque vai mudando o corpo e a gente vai sentindo diferença e vai passando por esse abalo emocional” (Erva Doce-CONT).

A segunda prática executada foi a meditação onde inicialmente o ambiente foi preparado com tatames, almofadas, frases motivacionais e aromatizantes. Depois foi explicado como aconteceria o momento, onde primeiramente iniciou-se com uma meditação guiada e logo em seguida, a terapeuta deu continuidade com suas palavras fazendo uma interligação do bebê com a mãe, proporcionando um momento de sentimento e afeto a essa fase da vida tão importante (Diário de Campo).

“A meditação me ajudou bastante a controlar o meu estresse a minha paciência [...] depois da meditação que eu entendi como é que é e como eu poderia fazer para poder esquecer os problemas, funcionou viu bichinha, funcionou [...] mulher só aconteceu melhorias cada vez que venho aprendo mais, viu, porque pelo menos na meditação o estresse eu consegui controlar mais, em casa e até comigo mesmo, consegui controlar bastante porque eu estava muito estressada até o meu cabelo estava caindo demais” (Jasmin-EXP)

E os resultados dessa prática foram surpreendentes e emocionantes, por meio dos relatos de cada uma. Uma das gestantes se emocionou ao falar e relatou que chegou preocupada com as situações de casa, apreensiva, mas, que no momento da meditação

conseguiu imaginar o bebê no seu colo, e mencionou “funciona mesmo” e que sentia toda negatividade, peso na consciência sair ali naquele momento, se sentindo mais aliviada. Outra gestante comentou que também se sentia mais leve, um alívio, que o estresse e todo peso que carrega das situações diárias foi até mesmo esquecida por alguns instantes. Outra comentou que daria até mesmo para fazer em casa e que iria buscar fazer isso (Diário de Campo). *“As dores que eu estava sentindo muito, aí com a meditação que fiz parece que diminuiu muito, diminuiu muito as dores” (Canela-EXP).*

Os benefícios dessas práticas no período gravídico envolve maior autonomia da paciente, promovendo o autocuidado, conhecendo seu próprio corpo, suas limitações e fragilidades. Isso contribui para a qualidade da assistência no cuidado ofertado a gestante. Ou seja, são formas de incluir nas intervenções de enfermagem e fortalecer o vínculo do enfermeiro, paciente, portanto, deveria ser incluído na rotina diária de enfermagem (PRIMO; AMORIM; LEITE, 2011; ARAÚJO, 2016; MELO, 2017; ANTUNES, 2018).

A massoterapia é muito indicada nos estudos que visam o alívio dos desconfortos na gestação. E que não traz nenhum dano nem a mãe, nem ao bebê. Pesquisas apontam que a massagem é uma das principais terapias usadas para lombalgia durante a gravidez. Além de aliviar as dores causadas pela lombalgia também auxilia nos desconfortos no quadril, rigidez nos ombros e pescoço bem como para a saúde mental aliviando o estresse, ansiedade ou apenas para relaxar. Também se exercita durante a prática da massoterapia a respiração promovendo o bem estar, relaxamento e renovação para o corpo (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011; JESUS e DRAGO, 2018; FOGARTY et al., 2019).

Para as gestantes em estudo, a massoterapia auxiliou muito nas adversidades enfrentadas durante o dia a dia, principalmente no período da gestação onde a mulher se torna mais sensível frente a esses fatores, e com isso acreditaram e sentiram que a técnica proporciona um momento para relaxar, para se sentir mais leve, que traz calma, que faz valorizar a si mesma, que mexe com seu estado emocional e alivia as tensões do cotidiano.

No grupo experimental os resultados apresentados, após a realização da prática foram surpreendentes.

“eu achei maravilhoso, ter uma pessoa ali tocando você, fazendo massagem, de estar ali relaxando né, porque é tão tenso o dia, a rotina” (Camomila-EXP); “tirou o estresse, até a tristeza saiu. Eu cheguei triste com a cabeça baixa, mas, me alegrei, senti alegria no meu coração, alivia muito o estresse, até agora eu tava pensando né, que aquele momento ali que ela fala aquelas frases que a gente merece, e aí vem a consciência e diz que realmente eu mereço mesmo. A de hoje foi melhor” (Canela-EXP).

Diante de todas essas emoções e sentimentos de gratidão, promover um momento assim, motiva a aprofundar os conhecimentos nessa área que é tão promissora. É importante

notar que para o resultado ser eficaz é preciso muito amor e cuidado na preparação de cada detalhe, pois, ao observar a terapeuta organizando tudo nos mínimos detalhes, conforme deve ser e da melhor forma possível, percebe-se que é desta forma que consegue chegar ao outro e mexer com seu interior, para buscar o alívio dos incômodos e promover tranquilidade (Diário de Campo).

“Eu senti um alívio de consciência, chega me deu vontade de chorar hoje ali, pensando assim, porque eu nunca parei para pensar em mim, só penso nos outros e aí isso cansa, estressa” (Canela-EXP)

Outro aspecto importante foi a participação da pesquisadora realizando o escalda-pés antes da massoterapia, momento fundamental de preparação para a massagem. Nesse instante as gestantes demonstravam prazer ao dizer *“ai que coisa maravilhosa”* e para quem está promovendo isso, gera um sentimento de satisfação e bem-estar em sentir-se gente cuidando de gente, que é o que a enfermagem busca no cuidado, promover saúde com empatia (Diário de Campo).

De acordo com os estudos de Borges, Madeira e Azevedo (2011), o escalda-pés apresenta efeitos positivos para esse público das gestantes, pois, é muito indicado para edemas, sinal que na maioria das vezes é evidente nas parturientes, viabilizando conforto com o uso dessa terapia em todas as mulheres que apresentaram esse incômodo na pesquisa realizada.

Segundo os estudos de Antunes et al., (2018) e Mendes et al (2019) as práticas integrativas e complementares permitem a ressignificação das formas de perceber e lidar com a saúde e a doença, pois a terapêutica se preocupa para que as pessoas compreendam o corpo por inteiro, que possam se autoconhecer, sintam-se melhor nos desafios diários e possam visualizar as adversidades com mais consciência, maior aceitação e menos sofrimento.

Todas as gestantes do grupo experimental relataram algo relacionado a importância que a PICs têm em promover o autocuidado, podendo levar os ensinamentos e cuidados das práticas para casa e permitindo assim uma melhor qualidade de vida, adaptando sua rotina e desafios com a inserção das práticas no seu dia a dia.

“senti um cuidado mais de mim né, porque no pré-natal normal a gente não tem esse cuidado com a gente mesmo” (Camomila-EXP);

“Para mim mudou porque antigamente vivia mais estressada e agora eu aprendi que aqui a gente pode praticar em casa e eu estava praticando, quando vinha o estresse aí eu ia me sentava relaxava e é uma forma de lidar que eu não estava tendo né, aliás né, eu tive quatro gravidez, mas nunca teve isso e agora eu tive, então para mim foi ótimo, muito bom, mudou muita coisa” (Canela-EXP)

“Pois é, nessa parte aí já me ajudou bastante porque eu fazia antes, mas, não dava certo, mas agora eu já sei, quando quer vir aquele estresse que você tá por aqui, para poder gritar para não aguentar mais, aí eu vou no banheiro fico lá sentadinha, não escuto mais ninguém falando, nem cachorro, nem passarinho, nem ninguém, só eu mesmo e isso me ajudou bastante viu” (Jasmin).

O relato das gestantes, de como conseguiram levar as práticas para o seu dia a dia, foi de suma importância para o trabalho, pois, superaram as expectativas esperadas. Com isso pode-se perceber que as práticas podem contribuir de maneira muito positiva na vida de gestantes e que o resultado é surpreendente, além de, com inserção das PICs no trabalho do enfermeiro amplia-se as formas de cuidado, fazendo a diferença na vida do outro.

Dentre tantos benefícios já apresentados, as práticas também permitiram maior vínculo da mãe com seu bebê ainda no ventre. As gestantes conseguiram vivenciar esse momento e sentir a gestação e seus filhos mais próximos. *“gostei muito, só em estar naquele momento de tá ali só você e o bebê né, eu acho que foi isso” (Camomila-EXP).*

Uma das participantes do grupo experimental comentou que começou a curtir a gestação a partir das práticas integrativas e que estava permitindo sentir-se mais próxima de seu filho (Diário de Campo). Magalhães (2018) afirma em seus estudos que a gestante ao buscar o autocuidado proporciona maior vínculo entre a mãe e o feto, pois, o feto mesmo ainda no ambiente intrauterino sente quando sua mãe está bem e viabiliza segurança e proteção.

Foi unânime, no discurso das parturientes, de que houve melhoria no Pré-Natal com a utilização das PICs. Havendo inclusive o desejo de que essas práticas se estendam para todo o período gravídico, pois, cada trimestre tem sua peculiaridade e necessidade de cuidado e atenção humanizada.

“[...] era pra ser todo momento, toda vida que você viesse para o pré-natal já era para passar por essa sessão de terapia. Ah.. Seria maravilhoso... até vontade de engravidar de novo eu teria (risos)” (Jasmin-EXP);

“Ser bajulada sempre é bom né, ainda mais pra gente que na gravidez é um pouco mais sensível né” (Eucalipto-CONT)

“[...]se tivesse mais vezes né, como se fosse o pré-natal mesmo, que você fazia pré-natal e fazia uma sessão né, por mês seria bem interessante” (Lavanda-EXP)

Algo que foi bem interessante e inovador, foi ouvir das gestantes que seria bom se os maridos pudessem participar desses momentos para aprender, ou seja, que fosse realizada uma oficina a fim de demonstrar algumas técnicas que pudessem ser feitas em casa, para que o marido fizesse parte e estivesse inserido nesse momento também (Diário de Campo).

Impactos das PICs na vida diária das gestantes

As práticas integrativas promovem um restabelecimento emocional atribuído as mulheres assim como também ativa as sensações agradáveis que são como suporte e apoio para que sintam-se fortalecidas e encorajadas a dar continuidade defrente a realidade com que cada uma vive (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011; ANTUNES et al., 2018).

O impacto das práticas na vida das gestantes foi singular. Pois, além de trazer diversos benefícios para o seu bem estar, proporcionou também uma mudança de vida e de hábitos aprendendo e lidando melhor com os desafios diários.

“Pronto, eu posso dizer assim que eu aprendi a como lidar tanto como esposa como mãe. Eu ainda estava aprendendo e apanhando muito porque eu não estava sabendo lidar com as duas situações e ajudou bastante, melhorou bastante” (Jasmin-EXP).

Nos relatos do impacto das PICs na vida diária das gestantes, nota-se que as mesmas apresentaram o desejo de compartilhar o que é positivo e desejar que outras pessoas ou gestantes também pudessem sentir o que elas sentiram. *“eu falei para minha amiga: se você fizesse o pré-natal lá, minha amiga, você ia ver como você ia sair relaxada, nem os teus bichos ia te incomodar (risos)” (Jasmin-EXP); “muito bom, eu super indico” (Lavanda-EXP).*

Após realizar alguma prática seja o Reiki, meditação ou massoterapia, percebeu-se que a fisionomia das gestantes mudava e as pessoas que estão em sua volta ou os mais próximos perceberam a diferença, ou seja, os benefícios tomaram uma proporção bem maior do que esperado pela pesquisadora, gerando impactos até mesmo nos membros da família e amigos.

“eu acho que fiquei assim mais zen, sabe [...] a minha colega me disse: como você tá boa hoje. Digo: é, eu participei de uma terapia hoje, tô leve”(Lavanda-EXP);

“o meu marido foi o que mais sentiu a diferença [...] As práticas me ajudou bastante, até no casamento, me ajudou bastante... (risos)” (Jasmin-EXP)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa pesquisa foi possível demonstrar, por meio do relato de cada gestante, as contribuições das práticas integrativas e complementares no Pré-Natal. As inquietações e indagações do início do estudo mostraram-se relevantes ao perceber que sim, é possível incluir as práticas integrativas no acompanhamento do Pré-Natal e isso implica muitas repercussões positivas da vida da parturiente e das pessoas envolvidas no período gravídico.

O estudo possibilitou também conhecer quais Práticas Integrativas seriam mais indicadas para as gestantes, que pudessem trazer maiores benefícios para seu bem-estar e conforto. Dentre elas se destacaram o Reiki, a meditação e a massoterapia que são práticas alternativas que podem ser incluídas durante o acompanhamento do Pré-Natal. Essas práticas não são contraindicadas para gestantes e permitem uma assistência humanizada e de maior qualidade.

É facilmente perceptível a satisfação e alegria no semblante de cada gestante que se comprova em seus relatos. É de grande relevância a inserção das PICs no Pré-Natal por seu surpreendente impacto dentro de uma realidade costumeiramente marcada por tantos percalços e dificuldades.

Foi possível perceber que, de modo geral, as gestantes são bem atendidas e sentem-se acolhidas, porém, diante de um momento tão importante e especial na vida de cada mulher, é notório que algo a mais precisa ser desenvolvido. A maneira como são assistidas não atende plenamente suas necessidades integrais e adversidades encontradas. Identifica-se muito a precarização nas consultas, na disponibilidade para realização de exames complementares, do cuidado e atenção mais humanizada, déficit de momentos de educação em saúde e ações que promovam bem-estar.

Com a inserção das PICS no Pré-Natal amplia-se as áreas de atuação da enfermagem, sendo um ramo promissor que está cada vez mais crescendo e se adaptando as realidades de cada área. Isso também permite a valorização do profissional enfermeiro ao mostrar resultados positivos com a utilização das práticas nas intervenções de enfermagem, dentro de sua realidade e em meio as dificuldades enfrentadas na assistência.

O estudo apresenta fragilidades, pois, apesar da literatura científica apresentar muitos artigos e estudos na área das práticas integrativas nos últimos anos, mas, literatura que apresente as PICs no Pré-Natal ainda se encontra deficiente. Bem como, o tempo decorrido para a realização da pesquisa foi limitado onde as participantes em sua grande maioria só tiveram a oportunidade de receber as práticas uma única vez.

Diante disso, espera-se que esse estudo possa motivar os profissionais e estudantes da área da saúde a valorizar esse ramo tão auspicioso, que fomente a produção científica e que auxilie como ferramenta na promoção das PICs nas estratégias de cuidado, nas práticas de enfermagem.

■ REFERÊNCIAS

1. Almeida, F.S, Oliveira, A,F.R; Coelho E.O.E. Importância do acompanhamento do Pré Natal pelo profissional Enfermeiro. **Revista Educação Meio Ambiente e Saúde**. ISSN: 1983-0173-pg:155-169. 2016.
2. Antunes, P.C., Lagranha, D.M., Sousa, M.F., Silva, A.M, Fraga, A.B. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. **Motrivivência**, , v. 30, n. 55, p. 227-247, Florianópolis/SC, setembro/2018.
3. Araújo, W.S., Romero, W.Z. Eliana Amorim, Maria Helena Costa. Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.;24:e2806 DOI: 10.1590/1518-8345.1249.2806, Espírito Santo, 2016.

4. Borges, R, Madeira.L.M, Azevedo, V.M.G.O. As Práticas Integrativas e Complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman. remE – **Rev. Min. Enferm.**;15(1): 105-113, jan./mar., 2011.
5. Bjorn, M.B.N. **Estratégias de relaxamento e seus benefícios uma investigação durante o período de gravidez** 2009. 102 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia na Especialização em Psicologia da Saúde) – Universidade do Algarve. Faro, 2009.
6. _____. Ministério da Saúde. **Portaria 971, de 3 de maio de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
7. _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5)
8. _____.; Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Número 32. Ministério da Saúde. Secretaria. Brasília. 2013.
9. _____. 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.
10. Fernández, M.D.C.R. Eficacia de la meditación para el control del malestar psicológico en gestantes con riesgo de complicaciones inminentes. **MEDISAN**; 20(5):652, Cuba, 2016.
11. Fogartya, S., Mcinerneyb, C., Stuartc, C., Haya, P. The side effects and mother or child related physical harm from massage during pregnancy and the postpartum period: An observational study. **Complementary Therapies in Medicine** 42 (2019) 89–94. Austrália 2018
12. Fonseca, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Apostila. Fortaleza: UECE, 2002.
13. Freitag, V.L., Andrade, A., Badke, M.R., Heck, R.M., Milbrath, V.M. Reiki therapy in Family Health Strategy: perceptions of nurses. **Rev Fund Care Online**. 2018 jan./mar.;10(1):248-253. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.248-253> .
14. Jesus, A.C., Drago, L.C. **Os benefícios das terapias complementares para o cuidado no Período gestacional – uma revisão integrativa**1. 2018. p. 08. Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Estética e Bem Estar da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Santa Catarina, 2018.
15. Magalhães, S.Q.C., Fraccolli, L.A., Siqueira, L. D., Chiesa, A.M.R., Kesley, O. Contribuições do Pré-Natal para o autocuidado de mulheres assistidas por Equipes de Saúde da Família. **Revista Cienc Cuid Saude**. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v17i2.39994 Abr-Jun 17(2) São Paulo, 2018.
16. Melo, L.S.F. **As práticas integrativas complementares no cuidado pré-natal de risco habitual: Uma revisão integrativa**. 2017. 115 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.
17. Mendes, D.S., Moraes, F.S., Lima, G.O., Silva, P.R., Cunha, T.A., Crossetti ,M.G.O., Riegel, F. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. **Journal Health NPEPS**. jan-jun; 4(1):302-318. ISSN 2526-1010. Rio Grande do Sul, 2019.

18. Minayo, Maria Cecília De Souza. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed.-Petrópolis, RJ: Vozes, 2009
19. Organização Mundial Da Saúde. **Tradicional Medicine Strategy**; 2014.
20. Primo, C.C., Amorim, M.H.C., Leite, F.M.C. A intervenção de enfermagem – relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. **Acta Paul Enferm**, 24(6):751-5, Espírito Santo,
21. Silva, F.C.B., Brito, R.S., Carvalho, J.B.L., Lopes, T.R.G. Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação. **Rev Gaúcha Enferm**. jun;37(2):e54699-Rio Grande do Norte, 2016
22. Silva, R.M., Jorge, H.M.F., Matsue, R.Y., Junior, A.R.F., Barros, N.F. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.1, p.108-120, 2016.

“ Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil

| Mariane Brusque **Radke**
UFRGS

| Ricardo Burg **Ceccim**
UFRGS

RESUMO

Os processos de reforma sanitária e psiquiátrica ocorridos no Brasil indicaram, nas mudanças projetadas, a necessidade de diversificação e ampliação da rede de atenção básica, assim como a implantação de uma rede de atenção psicossocial. Deve-se reconhecer, entretanto, que nenhum processo de mudança se faz sem correspondente e adequado processo educativo ou de renovação dos estilos de pensamento. Assim, no interesse de uma atenção à saúde mental, mediante saber técnico e compromisso ético, sumarizamos, à guisa de inventário, a educação em saúde mental em 15 anos de reforma psiquiátrica no Brasil, entre os anos de 2001 e 2016. Foram identificadas mais de dez modalidades de ação, da educação permanente à formação especializada, do pessoal de nível médio ao pessoal de nível superior, envolvimento de estudantes de graduação, desenvolvimento das interações universidade-sociedade e implicação de usuários. Concluiu-se que houve crescente participação do gestor federal na identificação e implementação de ações responsáveis em formação e desenvolvimento em saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Educação Permanente em Saúde, Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária.

INTRODUÇÃO

Frente aos embates ideológicos e de disputa de mundos que diretamente afetam a organização das ações e dos serviços de saúde, torna-se fundamental a defesa de um sistema de saúde efetivamente de acesso universal e capaz de integralidade da atenção. Estratégias concretas de renovação permanente das práticas precisam ser adotadas de modo a assumir que o cotidiano está sempre em transformação, que as equipes de saúde estão sempre em aprendizagem e que os rumos e objetivos que buscamos como profissionais e com o sistema de saúde estão em disputa. No Brasil, falamos sempre de duas grandes “reformas”, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, de ambas podemos dizer que alcançaram um certo ponto de chegada. Quanto à primeira, um recente sistema de acesso universal, com destaque à implantação de uma rede territorial. No que diz respeito à atenção, embasada na equidade e na integralidade; no que diz respeito à gestão, embasada na descentralização e na participação. Quanto à segunda, a recente configuração de uma Rede de Atenção Psicossocial. No que diz respeito à atenção, os esforços de uma renovada luta antimanicomial; no que diz respeito à gestão, a organização de uma teia de suporte formativo e educativo (formação embasada no território e na educação permanente em saúde). A juventude das duas reformas nos convoca esforços para não permitir retrocessos e garantir, de seus atores, os esforços necessários para o desenvolvimento e o avanço de suas propostas ético-políticas, consolidando pilares às práticas e às reflexões em consonância com suas causas e motivações.

Se o acesso universal diz respeito a não discriminação, de qualquer tipo, para acessar às ações e aos serviços de que necessite qualquer cidadão – nos termos em que os necessite – a integralidade se refere à não dissociação dos fatores que afetam a saúde, sejam eles relativos aos aspectos biossanitários ou aos aspectos psicossociais. Entre o acesso e a integralidade, uma agulha de precisão está na regulação promovida pelo critério da equidade, um objetivo de todo sistema de saúde que diga respeito à singularidade de seus usuários. Quanto à presença técnica das equipes nos cenários da atenção e da gestão, são requeridos saberes intelectuais e profissionais correspondentes à construção dos melhores desfechos em uma saúde afirmativa da vida. O simples acesso ao conhecimento ou à informação, entretanto, não corresponde à prontidão na ação de acolhimento ou ação assistencial, podendo repercutir em medicamentação, encaminhamentos em demasia (ou diversos do conveniente) e negligência (CECCIM,2004 ; AYRES, 2009). O simples acesso ao conhecimento ou informação também difere de estratégias contínuas de educação em serviço, somente possíveis em uma política de área técnica que se apresente atravessada pela construção de equipes, serviços e redes.

Uma “rede” de atenção psicossocial foi pensada à política nacional de saúde mental com forte presença da atenção básica na proteção da vida, não havendo razão, diante da integralidade e da equidade no atendimento, para se supor a dissociação entre cuidado bio sanitário e cuidado psicossocial. Impôs-se, portanto, pensar como construir a prontidão para o trabalho em equipe – da atenção básica à reabilitação psicossocial – ou aquilatar prejuízos à qualidade da atenção em saúde mental por falta de conhecimento, habilidade ou formação correspondentes à integralidade e equidade na perspectiva da diversidade, liberdade, inclusividade e multiplicidade da (BRASIL 2006, BRASIL, 2011) vida. As políticas públicas de atenção básica ,(BRASIL,2001; BRASIL 2011) de saúde mental e de educação permanente (BRASIL 2004; BRASIL, 2007) em saúde , nos colocaram pistas à gestão política de um processo que diz respeito tanto à ampla atualização em todos os sentidos da (CECCIM, 2004; BRASIL, 2006) melhor clínica como à organização de um trabalho vivo onde a formação se integre ao cotidiano em compromisso com a vida. Constatamos, após uma disciplinada busca em relatórios de gestão relativos a uma década e meia (2001 a 2016 – 15 anos de reforma psiquiátrica no Brasil), que a experiência brasileira, no Sistema Único de Saúde, representou crescente responsabilidade com a formulação e execução de uma política pública com compromisso formativo no campo da saúde mental, revelando a materialidade de uma “educação em saúde mental”, não apenas no interior da respectiva área técnica, mas em diálogo com as políticas nacionais de atenção básica e educação permanente em saúde, motivo pelo qual, de modo algum, poder-se-ia sugerir uma condução setorial em desconsideração do ensino, pesquisa e desenvolvimento metodológico para o cuidado, composição de redes de assistência e configuração de estratégias formativas relativas à luta e ao cuidado antimanicomial.

OBJETIVO

Discutiremos neste artigo a Educação em Saúde Mental, recolhendo dos relatórios de gestão do Ministério da Saúde a presença da formação ou educação permanente para verificar o compromisso com a integralidade e equidade, sem retorno aos moldes anteriores à Reforma Psiquiátrica. O trabalho de pesquisa foi inicial, etapa delineadora de um “mapa da formação”, propondo-se a identificar o perfil e a diversidade das práticas de formação. O artigo enuncia um projeto educativo de desenvolvimento do saber técnico, construção do compromisso social e composição da rede.

Sabemos que as expressões “reforma psiquiátrica”, “luta antimanicomial” e “saúde mental” não são suficientes para afirmar assertivamente diferenças, desejamos acreditar que as designações “atenção psicossocial” e “saúde mental coletiva” assim o sejam, mas não há garantias (CECCIM, 2018). A noção de Saúde Mental Coletiva faz a contração das noções

de promoção da vida pelas ações de saúde em território (atenção básica) e de intervenção nos aspectos de formação de subjetividade (saúde mental), implicando cuidado em saúde e produção da existência, nesse sentido não resume a atenção em saúde mental à intervenção psiquiátrica, psicológica ou psicopedagógica de caráter individual e pautada pela díade diagnóstico-prescrição, aceitando e promovendo as inscrições em rede entre a clínica e a cultura (FAGUNDES S. 1992; FAGUNDES S., 2010; CECCIM, CARVALHO DA SILVA, 2015) .

À GUIA DE INVENTÁRIO: A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO E O MAPA DE ACHADOS

Para a pesquisa, não percorreremos tudo aquilo que experiências práticas documentadas poderiam nos dizer, escolhemos exclusivamente os relatórios de gestão concernentes à coordenação-geral de saúde mental e aos departamentos de atenção básica e de educação na saúde, do Ministério da Saúde.

Um “inventário” corresponde à “enumeração e descrição”, à organização de uma “relação” ou à composição de uma “lista” que, em suma, nos ajuda a compreender um cenário, informar uma ação, subsidiar uma estratégia. Um inventário prenuncia um “agir informado”. Somente é possível realizar um inventário a posteriori, uma vez que representa o “resgate” de elementos, informes ou fatos “dados”. Com um inventário, podemos “enumerar” ou “elencar” informes àquilo que se quer fazer ver. Flores e Wagner (2014, p. 250) dizem que o inventário “remete a uma necessidade de ordem, categorização, sistematização que o pesquisador, muitas vezes, procura para organizar sua própria pesquisa ou ideias”. Também alertam que “a maneira de organizar os materiais não é única, e a escolha por uma estratégia, e não outra, diz, apenas, sobre como compreendemos e produzimos o conhecimento acerca do tema que investigamos”. Prado e Morais (2011, p. 146) lembram que “nossos inventários (...) revelam nossas próprias contradições, limites, inconclusões, incertezas, imprecisões”. O inventário constituiria, justamente, “o produto e o processo de alguém que está em busca de um modelo que reconheça e incorpore a possibilidade de pensar o conhecimento de maneira compartilhada e complexa”, uma busca, não uma chegada. Já Caballero (2015, p. 146) coloca o inventário como estratégia de “selecionar, processar, organizar e disponibilizar informações sobre determinado universo de interesse”. Assim, o inventário permitiria “dar visibilidade a um conjunto sistematizado” de discursos, práticas e produções, por exemplo.

Nossa primeira tarefa foi localizar relatórios de gestão com abrangência do período estipulado. Existem estes relatórios? Como podem ser obtidos? A esta primeira tarefa, designamos “Base de Dados”. A tarefa seguinte era extrair as ações pedagógicas sob a forma de uma lista e, então, dar-lhes alguma consistência informativa, segundo os dados relatados. A esta tarefa principal designamos “Inventário” (o inventário da ação educativa em

saúde mental). O “filtro” à extração, deveria corresponder ao nosso “universo de interesse”, isto é, atenção básica, educação na saúde e atenção psicossocial.

Quanto à atenção básica: os tópicos do cuidado em território e de promoção da saúde com ênfase nos serviços locais de unidades básicas a centros de atenção psicossocial. Quanto à educação na saúde: os tópicos da educação permanente e desenvolvimento de coletivos organizados de produção da saúde. Quanto à atenção psicossocial: os tópicos do cuidado em liberdade, sob práticas intersetoriais e interprofissionais, com valorização da cultura e dos processos de subjetivação contemporâneos. Ao todo, foram encontrados nove relatórios, todos disponíveis na Internet, distribuindo-os em 7 blocos de tempo, cobrindo todo o período selecionado.

RESULTADOS: O INVENTÁRIO DA AÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE MENTAL

Ao longo dos 15 anos estudados de reforma psiquiátrica no Brasil a estrutura de gestão do Ministério da Saúde não foi sempre a mesma. Em março/2017, no encerramento do relatório de pesquisa, encontrávamos a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) e os Departamento de Atenção Básica (DAB) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), as duas primeiras estruturas na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a terceira na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Atuantes em conjunto para muitas das ações educativas em saúde mental, pode-se listar: Cursos de especialização e qualificação; residências “médicas em psiquiatria” e “multiprofissional em saúde mental”; formação e práticas em apoio matricial; desenvolvimento da proposta de supervisão clínico-institucional e escolas de supervisores; formação para o assessoramento e educação em redução de danos; cursos de saúde mental, álcool e outras drogas para o pessoal de nível médio; programas de reorientação da formação profissional e educação tutorial pelo trabalho, ambos com projetos em saúde mental; vivência- estágio na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) com presença na rede substitutiva e luta antimanicomial; projeto “percursos formativos na rede de atenção psicossocial” e atividades formativas na rede de escolas técnicas do SUS; além de iniciativas inovadoras envolvendo Linha de Cuidado em Saúde Mental para o matriciamento, Gestão Autônoma da Medicação para a equipe de saúde e usuários, Acompanhamento Terapêutico para estudantes e profissionais de diferentes níveis de escolaridade, estratégia Telessaúde e dispositivo Comunidades de Prática.

A lei da reforma psiquiátrica brasileira (Lei Federal 10.216/2001) deu motivação ao Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, formulado em 2002, para o incentivo, apoio e financiamento da implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e

estados. O Programa chegou a 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A maior parte dos cursos de curta duração eram direcionados à difusão do tema da saúde mental junto às equipes de referência primária na atenção básica. Entre os temas frequentes no último terço do período analisado, estavam a abordagem em álcool e outras drogas, inclusive no contexto indígena; formação do pessoal de nível médio para a saúde mental, álcool e outras drogas; formação em Apoio Matricial, com ênfase aos Núcleos de Apoio em Saúde da Família/Atenção Básica (NASF) e para a supervisão clínico-institucional; formação em cuidado à população em situação de rua, com ênfase nos Consultórios de Rua; curso sobre Saúde Mental Indígena; curso na modalidade Educação a Distância (EaD) para a Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental; cursos de saúde mental infanto-juvenil e cursos sobre linhas de cuidado em saúde mental.

O ano de 2016 aponta o perfil de cursos a que se chegou, na perspectiva de “escutar” demandas: Especialização em Linha do Cuidado em Enfermagem de Saúde Mental, para formar enfermeiros especialistas e Atualização a Distância, via Sistema Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS, em Saúde Mental Infanto-Juvenil, Atenção à Crise em Saúde Mental, Cuidado em crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010) . A seguir, os principais perfis formativos na década e meia da reforma psiquiátrica brasileira, sob a forma de inventário da educação em saúde mental.

RESIDÊNCIAS INTEGRADAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

Em 2006 foi constituído um Grupo de Trabalho específico para elaborar diretrizes às Residências em Saúde Mental, convocado pelo DEGES, responsável à época pela política de especializações e residências, envolvendo assessores e consultores da Política Nacional de Saúde Mental e a participação de profissionais da rede municipal de saúde. Durante o ano de 2007, foram considerados de referência, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, os Programas de Residência Integrada em Saúde Mental dos estados da Bahia, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Ainda no mesmo ano, uma importante conquista foi a implementação da primeira residência em psiquiatria administrada diretamente por uma rede municipal de cuidados em Saúde Mental a Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde do Município de Sobral/CE, com incentivo do Ministério da Saúde e apoio das universidades públicas da região. A nomenclatura Residência Integrada Multiprofissional foi indicada pelo Ministério da Educação à abertura de programas nos hospitais universitários e as residências na área profissional de saúde mental receberam impulso significativo em 2009/2010. Em 2016 já estavam em vigência 201 Programas de Residência Médica em Psiquiatria, 21 Programas de Residência Médica em Psiquiatria da

Infância e Adolescência e 54 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016) .

QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS: SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL E ESCOLA DE SUPERVISORES

A saúde mental estabeleceu um campo de metodologias pedagógicas em sua coordenação nacional de política pública, como a supervisão clínico-institucional (SCI) à rede de CAPS e a Escola de Supervisores (formação para a SCI), assim como o apoio matricial em saúde mental dos NASF para a rede básica e o Apoio Institucional das coordenações de saúde mental aos serviços e redes intersetoriais. O sistema de saúde orientou a organização do Apoio Matricial com a instalação de equipes de saúde mental dos NASF e do Apoio Institucional sob a forma de equipes assessoras de gestão organizacional da clínica, contribuindo para a composição das redes de atenção e intersetoriais nos municípios. A Supervisão Clínico-Institucional serviu à articulação de consultorias de caráter formativo aos CAPS e a Escola de Supervisores mobilizou pesquisadores e universidades em estratégias formativas e educativas para o aperfeiçoamento e inovação em saúde mental, a partir de 2005, após a aprovação no I Congresso Brasileiro de CAPS. A SCI objetiva qualificar a prática dos profissionais que atuam diretamente na ponta, no atendimento ao usuário, e promover o debate, construção e avaliação da rede de atenção psicossocial (saúde mental e cuidado em crack, álcool e outras drogas). Em 2011 foi realizada a 1ª Oficina Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais e em 2012 já haviam 98 projetos de SCI em todo o país. No período de 2007 a 2010 foram financiados 655 projetos, entre projetos de Qualificação/Supervisão de CAPS, projetos de Qualificação/Supervisão em demandas relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas e projetos de supervisão de redes para processos de desinstitucionalização. No âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, 1.066 municípios pequenos receberam recursos para a supervisão de suas redes (BRASIL, 2016).

ÊNFASE NOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

Entre as iniciativas organizadas pelo DEGES, a partir de 2009, estavam o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, posteriormente, o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), ambos oferecidos aos estudantes de graduação e como modalidade de interação do Sistema de Saúde com as Universidades. O Pró-Saúde, iniciativa estruturante do DEGES, orientava a integração dos

aspectos bio sanitários aos aspectos psicossociais no ensino e aprendizagem da integralidade da atenção, assim como a compreensão da atenção à saúde com base no territórios e construção de laços inter setoriais com a cultura, como na saúde mental coletiva. Já o PET-Saúde Mental foi estruturalmente importante para a Política de Saúde Mental, representando um aprofundamento da relação da área com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Em 2010, o programa foi ampliado e a Portaria Conjunta no 6, dos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2010b), de 17 de setembro de 2010, instituiu o PET-Saúde Mental e o PET-Saúde em Crack, Álcool e outras Drogas. Esses programas envolveram 65 Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde em 80 projetos, todos dispostos com bolsas para tutores acadêmicos, preceptores das redes de saúde e estudantes de graduação por períodos de execução de 2 anos. Cada grupo deste programa é formado por 1 tutor acadêmico, 3 preceptores da rede de serviços e 12 estudantes. O PET-Saúde Mental entre 2013 e 2015 somou um número total de 90 grupos espalhados em todas as unidades da federação. Ao longo de todo o período, foram 161 projetos, somando 90.297 tutores, preceptores e estudantes.

PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em 2013 foi lançado o projeto Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em Saúde Mental segundo quatro linhas norteadoras: a) intercâmbio profissional entre redes de atenção psicossocial; b) oficinas de integração do processo de trabalho em rede; c) desenvolvimento e execução de um plano de educação permanente; e d) circulação de saberes e experiências por meio da mediação de um profissional (“Engrenagens da Educação Permanente”). Seis perfis foram definidos para a troca de experiências e aprofundamento de conhecimentos: saúde mental na atenção básica; atenção à crise e urgência em saúde mental; saúde mental infanto-juvenil; saúde mental em crack, álcool e outras drogas; desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Na segunda edição foi incluída um sétimo perfil: atenção em álcool e/ou outras drogas com ênfase nas questões indígenas.

O projeto Percursos Formativos foi definido como a “viabilização da implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nos territórios”. Participaram 21 estados das cinco regiões do Brasil. O 16º conceito foi de redes receptoras e redes visitantes, onde a primeira oferece uma espécie de “estadia formativa”, segundo sua experiência local, e a segunda, envolvendo 5 municípios, apreende – em território – a experiência da primeira. Na primeira chamada, de 2013, as redes receptoras receberam 20 profissionais de cada município visitante. Entre os anos de 2014 e 2015, foram realizadas as etapas de intercâmbio entre experiências e oficinas de integração nos territórios. Em 2015, foram

consolidadas 12 redes receptoras para 48 redes visitantes, não tendo sido efetivado o perfil formativo indígena. No ano de 2016, foi articulada a execução do componente Engrenagens, bem como a implementação das ações pactuadas nos planos de formação. A 16 ação de Engrenagens selecionou 15 tutores e 91 ativadores de redes intra e intersetoriais para colaborar no desenvolvimento e execução dos Planos Municipais de Educação Permanente produzidos durante o intercâmbio e oficinas de integração. No âmbito dos percursos formativos observou-se o destaque às formações diretamente envolvidas com a saúde mental na infância e adolescência, as demandas em álcool e outras drogas e o 16 atendimento em crise e urgência.

EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO EM REDUÇÃO DE DANOS

Além de considerar a preservação do contexto sociocultural das populações, as iniciativas em educação e assessoramento em redução de danos representaram a oferta de cuidados no próprio espaço da rua, mostrando impactos condizentes com o cuidado profissional e com o alcance social. A partir de 2009, foram criadas as “Escolas de Redutores de Danos”, dispositivo voltado para a formação teórico-prática de segmentos profissional e popular. Ao final de 2013, já estavam disponibilizadas 65 Escolas, organizadas segundo o esquema de 1 tutor para cada 8 redutores em formação. No intervalo entre 2007 e 2010, foram formados 1.044 redutores de danos. Em 2016, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, deu-se continuidade a 2 edições do curso de EaD em “álcool e outras drogas: da coerção à coesão”, orientado por princípios e práticas da Redução de Danos, formando um contingente de 3.000 trabalhadores (BRASIL, 2007; BRASIL 2011; BRASIL, 2016)

CAMINHOS DO CUIDADO

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), dos anos de 2000- 2002 (BRASIL, 2002) , foi no ano 2000 que foi instituída a Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RET/SUS (Portaria GM no 1.298/2000). Existem hoje 40 escolas vinculadas a esta Rede, distribuídas em todas as Unidades Federativas. Para além das iniciativas da Rede de Escolas Técnicas do SUS, ainda no ano de 2000, o Departamento de Atenção Básica (então na SPS) registrou a realização de 281 cursos de capacitação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família na área de saúde mental na atenção básica. Já o Caminhos do Cuidado foi uma atividade formativa de destinação específica aos trabalhadores da saúde de nível médio, como os auxiliares e técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O programa Caminhos do Cuidado estava direcionado à atenção à saúde em crack, álcool e outras drogas e foi desenvolvido com a abrangência da saúde mental. Transcorreu

entre os anos de 2013 e 2015, articulado pela área de Educação na Saúde com a área da Saúde Mental, e executado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, junto com o Grupo Hospitalar Conceição – Escola GHC, em 23 parceria com a RET-SUS em todo o País (BRASIL, 2013).

Lançado em outubro de 2013, a fase de formação foi concluída no final do ano de 2015 com oferta de qualificação para 292.196 profissionais do nível médio, compreendendo a totalidade dos ACS atuantes no SUS. A iniciativa permitiu desdobramento em uma formação em avaliação institucional educativa, a geração de uma revista própria e a estruturação de observatório atento às possibilidades de reunião das tecnologias e metodologias da Atenção Básica, Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde para a melhoria da atenção integral no tocante à saúde mental, álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

CURSOS DE QUALIFICAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

No período de 2003 a 2006, no campo da saúde mental, estiveram em vigência 22 cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, alcançando profissionais de 15 estados, uma média anual de 1.500 profissionais em formação especializada e aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade em pelo menos 1 curso de curta duração. Ao longo do período os cursos transitaram entre implantação e qualificação de serviços substitutivos à internação em saúde mental e de atenção básica. Nos últimos 3 anos, tornaram-se relevantes a abordagem em infância e adolescência; urgência e atenção na crise; álcool, crack e outras drogas, assim como foi enunciada a necessidade de tematizar a população indígena e apoiar distritos sanitários especiais indígenas (BRASIL 2007; BRASIL,2016).

VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS INTERPROFISSIONAIS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As vivências-estágio para estudantes de graduação se popularizaram no Brasil ao longo dos anos de 2002 a 2016, primeiro com experiências isoladas e, a partir de 2004, de maneira nacional, com articulação das áreas de educação permanente em saúde e de atenção básica nas três esferas de governo, sempre buscando a coincidência com as férias universitárias (FERLA et al. 2013). O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS realizado em 2004 contemplou 19 estados brasileiros e 1.067 estudantes. Usando como exemplo o ano de 2013, que está publicado em forma de artigo, a edição de verão recebeu 2.144 inscrições de estudantes, provenientes de 49 cursos de

graduação e 23 estados da federação. Nesta edição, 793 estudantes se inscreveram para a função de facilitador, de 38 diferentes cursos de graduação e 25 estados brasileiros. Ao todo, foram mobilizados nesta atividade específica, 280 apoiadores locais. O VER-SUS veio com possibilidades de experimentação e ressignificação do fazer e do cuidado em saúde mental no cotidiano da realidade do sistema de saúde brasileiro. Sua proposta proporciona a aproximação interdisciplinar e multiprofissional entre estudantes de graduação, ao cotidiano e realidade do SUS em todos os cantos do país. O engajamento de estudantes junto à rede de CAPS e movimentos de usuários, assim como a adesão de estudantes com esta pauta nas candidaturas à facilitador demonstram, conforme sustentação de 25 Figueiredo et al mudanças na política de atenção básica e de saúde mental, assim como na defesa da educação permanente em saúde no interior dos processos de trabalho. Um relato de experiência do VER-SUS em Imperatriz/MA, de estudantes de enfermagem, fisioterapia e farmácia, em 2016, informa que sua presença em CAPS Adulto, CAPS Álcool e Drogas e CAPS para a Infância e Adolescência, foi notória ao incentivo para atuar nessa área e ao reconhecimento das melhorias que a atenção em saúde mental conquistou no Brasil, desde suas estruturas físicas até as estruturas de apoio assistencial e às famílias dos usuários (FIGUEIREDO, 2017).

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Em 2008, foi experimentado o modelo “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para Atenção Básica” e o “Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental”. O Modelo previa um processo de formação e suporte para o apoio matricial em saúde mental na rede de atenção. O Curso e o Guia integraram o Projeto Babel, um programa de formação realizado em quatro capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo e Porto Alegre. O projeto teve desenho na modalidade EaD e incluiu, de forma interativa, profissionais da atenção básica e profissionais da atenção psicossocial. Segundo o enfoque das metodologias ativas em aprendizagem e da Educação Permanente em Saúde, foram combinados grandes encontros presenciais, ações de matriciamento e grupos de discussão sobre as ações estratégicas voltadas às características dos territórios e seus usuários. Nas turmas da edição inicial, foram envolvidos 800 trabalhadores do SUS e, em uma edição complementar, envolvendo os estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul foram providenciadas adaptações do modelo (FORTES, TÓFOLI, GOLDFARB, 2013). A duração era de 120h-aula/atividade, tendo como público a equipe da atenção básica ampliada (médico, enfermeiro e profissional de saúde mental), implementando atividades práticas de matriciamento e de supervisão clínico-institucional.

OUTRAS DISPOSIÇÕES FORMATIVAS

Gestão Autônoma da Medicação

Uma ação muito recente e que merece anotação, é a tradução/transposição da estratégia Gestão Autônoma da Medicação GAM, do Canadá para o Brasil. A estratégia envolve um Guia para a gestão autônoma da medicação e Grupos de Intervenção. Os grupos de intervenção devem ser heterogêneos, segundo a garantia de participação de usuários, trabalhadores e residentes (residências médicas ou multiprofissionais). Os Grupos de Intervenção se destinam a acessar a experiência coletiva do uso de medicamentos psiquiátricos; auxiliar na promoção de práticas colaborativas que ampliem o grau de comunicação entre usuários e trabalhadores; garantir o acesso à informações sobre direitos do usuário, terapias alternativas e redes de apoio, além da caracterização e efeitos dos medicamentos mais comumente usados em psiquiatria; mobilizar discussões acerca da autonomia dos usuários diante das possibilidades de condução de seu projeto terapêutico; e fomentar condições para o exercício do direito e o fortalecimento do sujeito de direitos em espaços de participação.

Não chegou a tratar-se de uma oferta ou condução da política nacional, mas contou com sua observação e constitui modelo singular à assistência na construção da autonomia, liberdade e interação horizontal de trabalhadores e usuários. Trata-se de uma “intervenção pedagógica” que questiona o "saber legítimo/razão médica" acerca da medicação psicotrópica e seu lugar central nas práticas conservadoras de atenção em saúde mental. Promove espaços interdisciplinares de discussão e a confecção de dispositivos que debatem os aspectos simbólicos do medicamento, seus efeitos e limites, entre usuários e trabalhadores da saúde, mostrando-se inclusive reorientador da educação em saúde (MELO et al, 2015). Um Guia é a ferramenta na construção de estratégias para o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar tratamentos. A participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central (ONOKO-CAMPOS, 2013).

Acompanhamento Terapêutico

Entre as intervenções pedagógicas e a potência da Educação em Saúde Mental, resalta-se ainda a formação para o Acompanhamento Terapêutico, que não pode ser avaliada quantitativamente, mas nos fala da possibilidade dessa prática na atenção básica e na atenção psicossocial. Essas iniciativas têm sido utilizadas pelos profissionais que trabalham com saúde mental coletiva e psicanálise (PALOMBINI, 2009) . A prática do acompanhamento terapêutico surge destinada àqueles pacientes acometidos por transtornos mentais ou em sofrimento psíquico que, independentemente da motivação, requerem mais (ou menos) do

que oferecem os espaços tradicionalmente destinados ao seu tratamento. Historicamente, o trabalho de AT foi requisitado por psiquiatras (em um número menor de vezes, por psicólogos clínicos e psicanalistas) como uma espécie de substituição da internação. A educação para o acompanhamento terapêutico possui características regionais e de território, ainda não distribuídas no país. Estudos realizados no estado de Santa Catarina por Brandalise e Rosa (2009) buscaram saber quando a modalidade é usada junto aos serviços substitutivos. Em primeiro lugar aparecem dificuldades relacionadas ao deslocamento físico (21,42%), seguidos de isolamento (14,28%), de atividades de vida diária (14,28%), fobias (12,85%), dependência familiar (10%), simbioses afetivas (4,28%), ideação suicida (1,42%) e conflito familiar (1,2%). A formação em AT tem sido objeto de programas de extensão universitária ou de cursos de qualificação da Rede de Escolas Técnicas do SUS ou das Escolas de Saúde Pública.

Telessaúde e Comunidades de Prática

Práticas formativas direcionadas diretamente ao profissional em atuação ocorrem por mecanismos virtuais em espaços de debate e troca de experiências. Tanto as Comunidades de Prática como o Telessaúde são possibilidade de discussão de casos e consultorias, possibilitando uma extrapolação das possibilidades de intervenção/atuação. O fôlego gerado por essas iniciativas agrega uma perspectiva de sustentação à rede nacional como um todo, integrando seus interlocutores, produzindo conhecimento técnico e ampliando as possibilidades do fazer em saúde mental. Em relação às iniciativas de telessaúde, foram desencadeadas táticas de apoio e matriciamento virtual envolvendo Núcleos de Telessaúde localizados em universidades. O programa nacional “Telessaúde Brasil Redes” oferece teleconsultoria às Unidades Básicas de Saúde e foram encontrados cursos em EaD de Saúde Mental na Atenção Primária para Médicos e Saúde Mental na Promoção da Saúde.

As Comunidades de Prática têm aproximado experiências não apenas em território, mas permitindo trocas e diálogos em âmbito nacional. Comunidades de Prática têm servido à discussão de casos, de práticas e de experiências locais, possibilitando um compartilhamento com abrangência distinta da “base”, pois as trocas vão para além de fronteiras físicas territoriais e redes de matriciamento. Sistemas telessaúde comportam iniciativas como informação bibliográfica; indicação das bibliotecas virtuais de acesso pela Internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências. Representam uma importante iniciativa de educação permanente por sua condição de apoio imediato aos serviços e aos trabalhadores por meio de tecnologias de informação e comunicação eletrônica. A aposta é de que esses encontros proporcionem, para além das aprendizagens e troca de informação

em si, pactos e compromissos que fortaleçam a responsabilização e a capacidade de promover cuidado continuado e integral, nas diversas linhas de cuidado que atravessam as redes de atenção (PINTO et al. 2014). Já as Comunidades de Prática – CoP, segundo Marcolino, Lourenço e Reali (2017), são constituídas a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto em comum, que se desenvolve pela troca de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modos de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação.

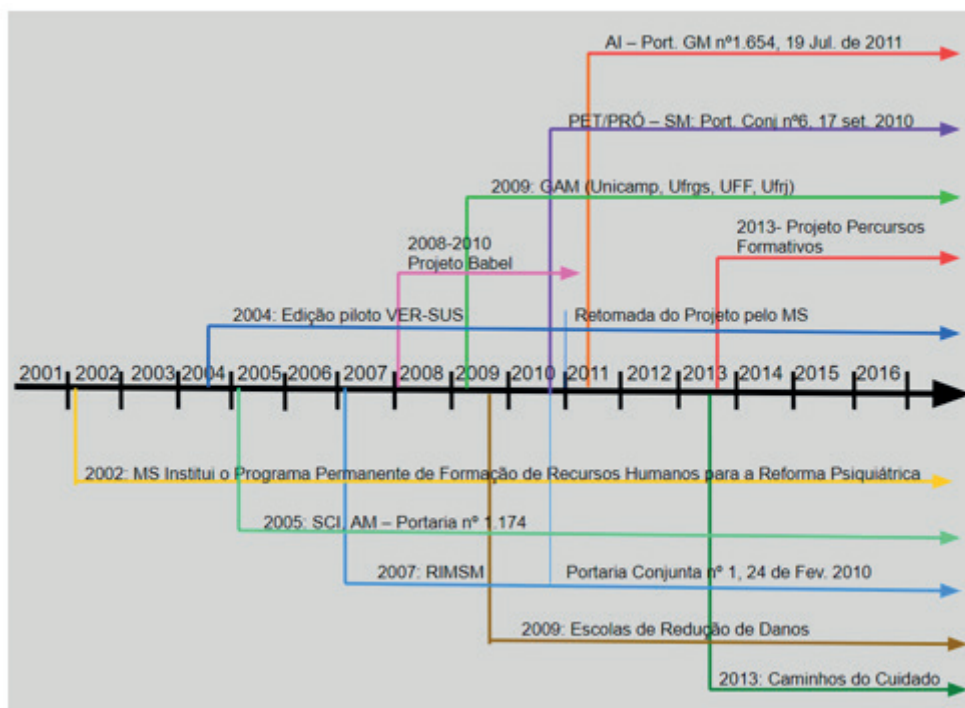
O projeto Comunidades de Prática, como proposta institucional ministerial, foi desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica, um portal na Internet aberto para a configuração dessas Comunidades. O projeto já congrega 7.607 relatos de experiência de todo o Brasil, colocando em conversa o pessoal “da ponta”, vinculado a qualquer lugar do país. Além dos relatos, já houve editais promovidos no interior das Comunidades de Prática que representaram o fomento à reflexão sobre o trabalho em saúde. Conforme consulta ao site das Comunidades de Prática, foram encontrados 3.470 relatos relacionados à prática e à reflexão da saúde mental na atenção básica. Sete cursos foram oferecidos na forma de redes de conversa, além de diversos fóruns temáticos surgirem e movimentarem grupos de interlocutores e a aprendizagem cooperativa.

ENSAIO AO IMPACTO VISUAL: REPRESENTAÇÕES ILUSTRATIVAS DO INVENTÁRIO

Construímos uma linha histórica figurativa (figura 1 e figura 2) para que o crescimento das iniciativas formativas inventariadas pudesse ser percebido, bem como a continuidade e o caráter de permanência e constância da maior parte das medidas efetivadas no período estudado. Foram detectadas três subdivisões do período analisado: 2001-2003, período em que a coordenação nacional de saúde mental estrutura a implantação operacional e normativa da Lei; 2003-2012, período em que as políticas nacionais de saúde mental, atenção básica e educação permanente em saúde convergem e instauram diversos processos de formação, de apoio à construção de redes, ações e serviços; e 2013-2016, período em que além de continuidade longitudinal das iniciativas, amplia-se a formação proposta aos técnicos de nível médio, trabalhadores, e usuários da rede de atenção. Posteriormente, elaboramos um “mapa nacional” que mantém sua legenda fidedigna às informações encontradas nos relatórios, mas salientamos que a apresentação imagética se propõe apenas a proporcionar uma ilustração da abrangência e inerência das iniciativas encontradas. A ideia foi representar por marcações específicas apenas as iniciativas territoriais (núcleos de localização específica e as Residências) e, através de linhas, o que consideramos como formações mais circulares, visto que qualificaram um número expressivo de profissionais, que podem

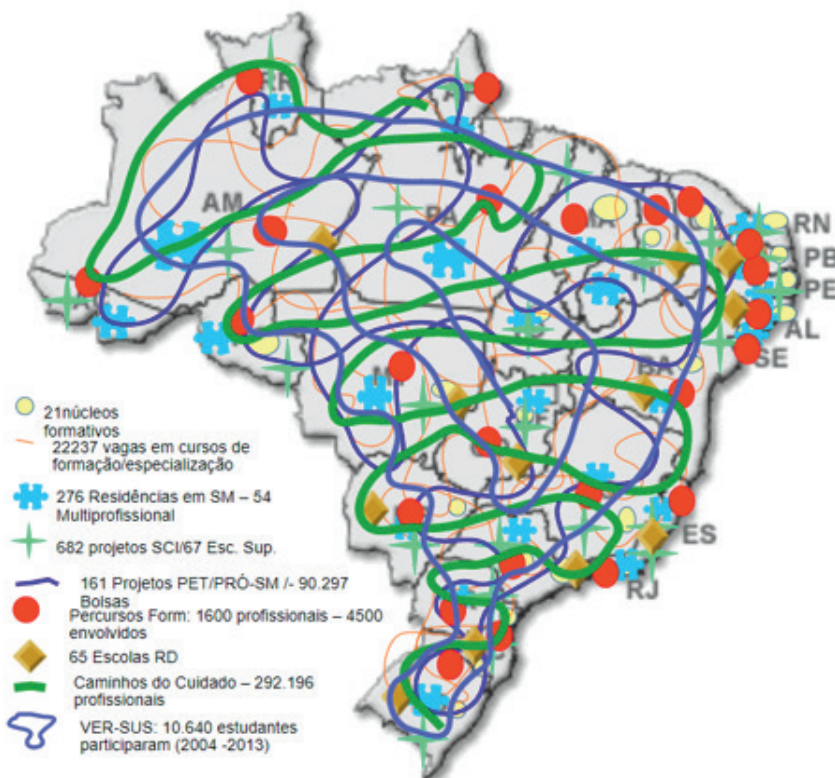
multiplicar-se em seus locais de atuação ou deslocar-se, carregando e trocando experiências pelo território nacional.

FIGURA 1. Histórico e ampliação das políticas normativas da reforma psiquiátrica.



Fonte: Os autores, 2017.

FIGURA 2. Brasil 2001 a 2016. Ensaio gráfico do percurso formativo.



Fonte: Os autores 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que não se poderá dizer é que a Luta Antimanicomial, a Atenção Psicossocial ou a Saúde Mental Coletiva se inseriram no Brasil sem estudo, formação e educação universitária; sem retaguarda à rede ou aos trabalhadores do cotidiano; sem revisão de literatura ou sem produção intelectual; sem mobilização de docentes, pesquisadores e estudantes ou sem um projeto educativo de suporte, superação e composição de coletivos de aprendizagem ou comunidades de prática. A leitura de relatórios, à guisa de inventário, permitiu constatar que no período de 2001 a 2016, a partir do marco da Lei da Reforma Psiquiátrica, já no curso da Reforma Sanitária, um conjunto de iniciativas instaurou a educação em saúde mental acoplada à gestão da atenção, promovendo competências intelectuais e habilidades interprofissionais ao fazer cotidiano em saúde mental longe de qualquer espontaneísmo das práticas ou abandono do usuário ao saber leigo ou pouco técnico. A análise dos documentos, conduzida sob a forma de inventário, abriu potencial de análises futuras e aprofundamento de compreensões. O inventário nos apresentou muitas ações de formação que nasceram dos processos participativos de gestão e avaliação, envolvendo profissionais, pesquisadores, estudantes, usuários de serviços de saúde mental, familiares e movimentos sociais.

Verificamos uma política de saúde mental que protagonizou a Reforma Psiquiátrica costurada com a Reforma Sanitária, produzindo não somente uma rede singular de atenção, como também formação e desenvolvimento como dispositivo transformador do paradigma assistencial biomédico. Sabemos que uma informação organizada e sistematizada de caráter mais denso e detalhado a portaria maior e melhor conhecimento e discussão, mas acreditamos, que foi possível ensejar um contexto de educação em saúde mental em busca do mais elevado saber técnico-científico e do compromisso ético com a saúde mental coletiva, abrangente da especialização de trabalhadores de formação universitária e aperfeiçoamento de trabalhadores de nível médio, da interferência na formação básica de graduação e na rede de escolas técnicas do SUS.

A educação permanente em saúde foi singularizada e evidenciada pelos projetos Engrenagens, Percursos Formativos, Escolas de Supervisores e Escolas de Redutores de Danos. Inventariamos que há educação em saúde mental possível e ainda há reforma psiquiátrica a implementar. O volume de ações inventariadas sugere que se estude a dimensão de seus efeitos ou resultados, assim como a abrangência de suas tarefas no compromisso longitudinal da qualificação da atenção em saúde mental. À guisa de inventário, não tínhamos o interesse objetivo de esgotar esse tópico, mas encontramos a presença de um projeto político disparador de ações e reflexões que se colocavam a serviço de uma ética em saúde mental e do conhecimento técnico.

Apresentamos visualmente um histórico das iniciativas a fim de ilustrar a educação em saúde mental, uma vez que se tornou evidente a ampliação de iniciativas, tanto em quantidade, quanto em diversidade e abrangência. Considerado nosso inventário, podemos dizer da verificação de responsabilidade com a competência técnica e um esforço pela elevação do compromisso ético com a implementação de uma política antimanicomial, também verificamos o entrelaçamento da saúde mental com a atenção básica na construção de uma rede de atenção psicossocial e da saúde mental coletiva. A atenção psicossocial representa o paradigma contemporâneo que substitui as abordagens biomédica e neuropsiquiátrica no tocante ao cuidado em saúde mental e, por meio da educação e formação, configura contingente estratégico na evidência de um propósito ético, técnico e político no cuidado em saúde mental, em liberdade. Se um inventário contribui ao agir informado, destacamos dois “arquivos”: gestores interessados no trabalho orientado pela luta antimanicomial têm exemplos da ação formativa correspondente; uma política de construção de conceitos e práticas de atenção psicossocial é capaz de armar redes formativas e de desenvolvimento do trabalho com a interface da educação em saúde mental.

■ REFERÊNCIAS

1. AYRES J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e sociedade.v. 18, n. supl. 2, p. 11-23, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.
2. BRANDALISE F; ROSA G.L. “Velhas estradas, caminho novo”: acompanhamento terapêutico no contexto da reforma psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis: v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68429> >
3. a. BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. Portaria Conjunta no 1, 24 de fevereiro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, e dá outras providências, Brasília/DF, 2010a. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/poc0001_11_03_2010_rep.html >
4. BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: < <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>
5. b. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Conjunta no 6, 17 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde/Saúde Mental, Brasília: 2010b. Disponível em: < <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3342> >
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Série Pactos Pela Saúde 2006, Brasília, v. 4. , 2006. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-956> >
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2007. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html >
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>
10. a. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html >
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: MS, 2016. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> >
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: MS, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf >
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_sau-de_mental_2003-2006.pdf>
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – 2015-março/2016. Brasília: MS, 2016. Disponível em: < <http://portal-arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>>
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Fundação Osvaldo Cruz. Projeto Caminhos do Cuidado: formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos em enfermagem da saúde da família – em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas. Brasília: MS/GHC/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: < http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor-leitura.pdf >

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde - Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: MS, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestao_sps.pdf >
17. CABALLERO R.M.S. Pedagogia das vivências corporais: educação em saúde e culturas de corpo e movimento. 2015. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. . Porto Alegre:UFRGS, 2015. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/128903> >
18. CECCIM R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIROR; MATTOS R.A, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278. Disponível em < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407755?lang=en> >
19. CECCIM R.B. Residência em Saúde Mental: interface da Luta Antimanicomial. In: PAULON S; FAGUNDES S, organizadores. 25 anos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Alegre, 2018. p. 117 -135. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >
20. CECCIM R.B; CARVALHO-DA-SILVA M.C. Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade. Saúde em Redes. v. 1, n. 3, p. 7-19, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132015v-1n3.626g48>
21. FAGUNDES S. Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. In: CAMPOS F.B; LANCETTI A, organizadores. Experiências da Reforma Psiquiátrica – Saúde e Loucura – . São Paulo: Hucitec, 2010, n. 9,. p. 203-231.
22. FAGUNDES S. Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA Jr. B; AMARANTE P, organizadores. Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 57-68.
23. FERLA A.A; DALL'ALBA R; ANDRES B; LEAL M.B; BARNART F; ASSIMOS R; MONTENEGRO C; TREPTE R.F; DENARDINN; ALBERTI G.F. Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro: v. 7, n. 4, 2013. DOI: 10.3395/reciis.v7i4.892pt
24. FIGUEIREDO A.S et al. VER-SUS como um colaborador para a saúde mental: relato de experiência. In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017. Anais... Fortaleza (CE) DeVry Brasil - Damásio - IBMEC, 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/44571-ver-sus-como-um-colaborador-para-a-saude-mental--relato-de-experiencia>>. Acesso em: 04/07/2017.
25. FLORES C.R; WAGNER D.R. Um mapa e um inventário da pesquisa brasileira sobre arte e educação matemática. Educação Matemática e Pesquisa. São Paulo: v. 16, n. 1, p. 243-258, 2014. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/emp/article/view/17819/pdf>>
26. FORTES S; TÓFOLI F; GOLDFARB E. Capacitando equipes interdisciplinares para o cuidado integrado de saúde mental na atenção primária: o curso de Babel no Rio de Janeiro. In: Comunidade de Práticas, Relato de Experiência, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em < <https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/5611> >

27. MARCOLINO T.Q; LOURENÇO G.F; REALI A.M.M.R. “Isso eu levo para a vida”: aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de práticas. *Interface – comunicação, saúde, educação*. Botucatu: v. 21, n. 61, p. 411-420, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0099>.
28. MELO J.J; SCHAEPPPI P.B; SOARES G; PASSOS E. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em Saúde Mental. *Caderno HumanizaSUS*; Brasília: v.5, 2015.
29. NASCIMENTO M.L. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 22, n. 1, p. 275-290, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100015>.
30. ONOCKO-CAMPOS R.T; PASSOS E; PALOMBINI A.L; SANTOS D.V.D; STEFANELO S; GONÇALVES L.L.M; ANDRADE P.M; BORGES L.R. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
31. PALOMBINI A.L. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal*. Niterói: v. 21, n. 2, p. 295-318, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922009000200008>.
32. PINTO H.A; FERLA A.A; CECCIM R.B; RAMOS A.F; MATOS I.B; BARBOSA M.G; STÉDILE N.L.R; ZORTEA A.P. Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina: v. 51, p. 145 -160, 2014. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771505> >
33. PRADO G.V.T; MORAIS J.F.S. Inventário: organizando os achados de uma pesquisa. *EntreVer*. Florianópolis: v. 1, n. 1, p. 137-154, 2011. Disponível em: < <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/EntreVer/article/view/1205/1448> >

“

Educação estética e antropologia essencial no PET-saúde: uma compreensão mitocrítica da realidade

| Franciele Silvestre **Gallina**
UPF

| Graciela René **Ormezzano**
PUCRS

RESUMO

Trata-se de uma investigação qualitativa de cunho hermenêutico-fenomenológico. Para a oficina construiu-se um método de trabalho sustentado pela antropologia essencial formulada por Leloup (1998), e também, pelas dimensões básicas da educação estética mencionadas por Gennari (1997). Foram realizados dez encontros com sujeitos de ambos os sexos, faixa etária entre 21 e 47 anos de idade, residentes, estudantes e trabalhadores da Região Norte do Rio Grande do Sul e que configurou um grupo de trabalho de educação permanente formado por profissionais e estagiários de diversas áreas da saúde. Os participantes foram denominados por pseudônimos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo que aprovou o projeto com o Parecer 007/2015, em 24 de setembro de 2015. Os instrumentos da pesquisa consistiram em um desenho arquetípico, baseado nos nove elementos do teste AT-9, proposto por Ives Durand, e uma narrativa sobre esse desenho (LOUREIRO, 2004). Para compreensão das informações emergentes, foi aplicada a mitocrítica, proposta por Gilbert Durand (1993), que visa extrair das significações temas redundantes, sinalizadores de mitos diretores. O capítulo aborda o programa da oficina; segue com os resultados da pesquisa que se constituem de oito mitos diretores: o mito da Criação e o do Eterno Retorno, as relações entre o mito de Teseu e o de Ariadne e os mitos de Crono, Kairós, Quirão e Atená; e por último, as considerações finais.

Palavras-chave: Educação Estética, Antropologia Essencial, Pet-Saúde.

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

*Meu belo amigo, aqui no ninho
O teu amor prende a alma
Com mil cores,
Cores e músicas.*

[...]

*Mas onde o céu infinito se abre,
Para que a alma possa voar,
Reina a branca claridade imaculada.
Ali não há dia nem noite,
Nem forma, nem cor,
Nem sequer nunca, nunca,
Uma palavra!*

Rabindranath Tagore (2020, [s.d.],[s.p.])

O fio condutor deste estudo contempla os processos educativos estéticos, com cores, gestos e músicas, à luz do imaginário, a fim de unir o sensível-inteligível que o pensamento técnico-instrumental separou, de modo a ser capaz de agir no mundo, por meio de um sistema de observação apto a contemplar a inteireza da vida e deixar a alma se expressar.

Diante da crise existencial– que acomete grande parte dos seres humanos –, sujeitos da fragmentação posta pela lógica citada anteriormente, buscamos tentar compreender o significado da oficina de educação estética realizada com os bolsistas do PET- Saúde, com base na teoria do imaginário, proposta por Gilbert Durand.

Trata-se de uma investigação qualitativa de cunho hermenêutico-fenomenológico. Para a oficina construiu-se um método de trabalho sustentado pela antropologia essencial formulada por Leloup (1998), e também, pelas dimensões básicas da educação estética mencionadas por Gennari (1997).

Foram realizados dez encontros com sujeitos de ambos os sexos, faixa etária entre 21 e 47 anos de idade, residentes, estudantes e trabalhadores da Região Norte do Rio Grande do Sul e que configurou um grupo de trabalho de educação permanente formado por profissionais e estagiários de diversas áreas da saúde¹. Os participantes foram denominados por pseudônimos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo que aprovou o projeto com o Parecer 007/2015, em 24 de setembro de 2015.

Os instrumentos da pesquisa consistiram em um desenho arquetípico, baseado nos nove elementos do teste AT-9², proposto por Ives Durand, e uma narrativa sobre esse

1 Os sujeitos da pesquisa participaram de um curso de formação para os integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). Inicialmente o grupo esteve constituído por 19 pessoas. Porém, sua configuração é dinâmica em virtude de muitos dos participantes se formarem ou passarem a atuar em grupos de extensão universitária ou residência. Assim, tendo sido esta uma investigação qualitativa, ocupou-se com as significações emergentes do desenho e narrativa de seis sujeitos, que por critério de assiduidade participaram do processo de pesquisa em sua totalidade.

2 Os elementos são: a queda, a espada, o refúgio, o monstro devorador, algo cíclico, um personagem, um animal, água e fogo.

desenho (LOUREIRO, 2004). Para compreensão das informações emergentes, foi aplicada a mitocrítica, proposta por Gilbert Durand (1993), que visa extrair das significações temas redundantes, sinalizadores de mitos diretores.

O capítulo aborda o programa da oficina; segue com os resultados da pesquisa que se constituem de oito mitos diretores: o mito da Criação e o do Eterno Retorno, as relações entre o mito de Teseu e o de Ariadne e os mitos de Crono, Kairós, Quirão e Atená; e por último, as considerações finais.

PROGRAMA DA OFICINA

A oficina foi projetada dentro da perspectiva de educação estética ampla, proposta por Gennari (1997), que menciona: *Aisthesis*, atividades criativas, como improvisação dramática, desenho, pintura entre outras, promotoras de experiências estéticas por meio das artes; *Poiesis*, com a construção de projetos apoiados nas significações emergentes da etapa anterior, e *Katharsis*, reflexão e socialização do processo vivenciado. Também sustentamos o desenvolvimento da oficina na antropologia essencial de Jean-Yves Leloup (1998), teoria apresentada no livro *O corpo e seus símbolos*. Na obra, o autor percorre o universo da corporeidade, lendo-o, sempre, por meio de uma perspectiva trinitária– somática-psíquica-espiritual–, que aparece nos encontros como anamnese física, anamnese psicológica e anamnese espiritual³, desvelando a inteireza humana. Apoiadas nessa antropologia, propomos aos participantes uma jornada consciencial desde a planta dos pés até a cabeça, considerando não só o corpo físico, mas a multidimensionalidade humana.

Esse processo inicia-se na infância de maneira rudimentar, pois as primeiras experiências de vida estão dominadas por um forte narcisismo. Ao longo do processo de amadurecimento é preciso vencer muitos obstáculos que favoreçam a capacidade de perceber o mundo como um lugar no qual não se está só e onde os outros também têm desejos e necessidades que precisam satisfazer. Para isso, é necessária uma aprendizagem que permita distinguir o outro de si mesmo.

Convidamos os participantes a seguir um programa para escutar o próprio corpo, iniciando nos pés e concluindo na cabeça, por meio da anamnese, que, aqui, foi empregada como uma maneira de entender os sintomas e as somatizações vividas pelos sujeitos da oficina.

A metodologia utilizada nos encontros esteve baseada em três momentos: o primeiro, contemplava um retorno às diversas fases da consciência pelo processo de imaginação ativa; o segundo, a utilização de diversas linguagens artísticas e, o terceiro, um momento

3 Anamnese significa trazer para a memória as lembranças físicas, psíquicas e espirituais ou simbólicas.

de reflexão para autocompreensão do vivenciado e a socialização daquilo que havia significativo para os participantes.

Entendemos que o aporte das artes à personalidade atua no fortalecimento dos recursos emocionais e imaginativos e na oportunidade de compreender melhor a si e a outrem.

SOBRE OS OITO MITOS DIRETORES

No trato referente às informações-significações coletadas no decorrer da oficina, foi aplicada a metodologia de investigação do imaginário, proposta por Durand (1993) e denominada “mitocrítica”, que, por sua vez, visa extrair dos desenhos arquetípicos e das narrativas os temas redundantes e os cenários mitêmicos característicos que possibilitam sinalizar um mito diretor e as suas transformações significativas, ou seja, por meio da possibilidade organizacional de mitemas em constelações sincrônicas de semelhanças semânticas, revela-se o mito fundamental, o fio diacrônico do discurso que “[...] permite mostrar como um rasgo de caráter pessoal do autor contribui à transformação da mitologia dominante, ou, ao contrário, acentua um ou outro mito diretor dominante” (DURAND, 1993, p. 347).

Dos motivos redundantes compreendidos a partir das interpretações dos instrumentos, emergiu uma rarefação mitêmica que desvelou um cenário mítico do tempo-espaço vivencial, onde os participantes criaram e agiram complexamente, tentando exprimir o sentido de sua aventura heroica pelo Cosmo. Esforçando-se para compreender e significar tanto as suas expervivências⁴ pessoais como sociais, interiores e exteriores, eles buscaram mediar, isto é, relacionar elementos conhecidos como antagônicos, a fim de equilibrarem-se como sujeitos. Não desejaram comunicar somente os seus conhecimentos intelectuais, mas a sua afetividade e fizeram isso terapêutica e pedagogicamente, ressignificando as suas ações a fim de encontrarem um lugar no mundo, em lugar de, sem perderem a si mesmos. Nessa peregrinação, encontraram, no símbolo, uma fonte de energia biopsíquica renovável, constituidora de uma Jornada Arquetípica que apresentamos como cenário mítico dos mitos diretores.

Na organização dos mitemas emergentes das significações que constituem o cenário mítico da **Jornada Arquetípica** expervivida pelos participantes da pesquisa, apontamos inicialmente o **Mito da Criação** e o **Mito do Eterno Retorno** que perpassam os demais mitos diretores. Na sequência, apresentamos o terceiro mito diretor, que se configura numa luta diária e que se apresenta aqui como: **A Luta e a Aventura Heroica de Teseu**, que, não luta só, mas com auxílio de **Ariadne**. Depois, o quarto e quinto mitos diretores: **Mitos de Crono** e de **Kairós**, isso porque a luta dos participantes é marcada por um tempo de conflitos ameaçadores à existência, que lhes faz buscar abrigo e proteção na dinâmica da

4 Terminologia usada por Zauza (2011) para tratar da experiência vivida.

vida cotidiana e num tempo qualitativo. Finalmente, sétimo e oitavo mitos diretores são o **Mito de Quirão** e de **Atená**, cuja significação contempla o curador-ferido que é também mestre-aprendiz.

MITO DA CRIAÇÃO

Como os deuses designam a harmonia, o estabelecimento da ordem e do equilíbrio por eles instaurado no Cosmos, constatamos sua influência na gênese do pensar que remonta ao século VI aC, bem como em sua Arte . No mito, por intermédio dos rituais, o ser humano transcende em direção às divindades presentificando a própria origem, vivendo os acontecimentos que a geram. O divino não faz parte do sobrenatural, pertence à totalidade que, ao simbolizar-se expressa e configura seu criador (BEAINI, 1995).

Ao longo dos encontros foi possível compreendermos que os sujeitos da pesquisa buscam cotidianamente, como seres microcósmicos, ressignificar a invenção macrocósmica, ou seja, o mito da Criação, vivenciando o ato de criar a própria Jornada Arquetípica. Eles tornaram-se fetos cósmicos que estão a trilhar um trajeto antropológico labiríntico e necessitam alimentarem-se cotidianamente de cuidado por meio do elo humano-cósmico, que lhes fortalecerá, permitindo que saiam das sombras, em direção ao renascimento, à recriação e à luz consciencial. Apontamos para essa direção, pois os sujeitos da pesquisa apresentam narrativas que consistem na simbolização de uma incessante busca pela ordem cósmica (micro-macro), onde a pessoa-sociedade participa dinamicamente para melhor organização básica da vida. Neste sentido, encontramos, na linguagem mítica, a possibilidade de conduzir as significações individuais dos sujeitos para além de si mesmos.

Entendemos, por isso, que ao mesmo tempo em que o mito da criação narra eventos remotos da concepção do universo, esses sujeitos estiveram a comunicar a origem do humano no Cosmo. Antes das almas adentrarem no útero da mãe Terra, houve a união andrógona de um único ser, que, quando encarnou, as suas partes animaram-se e ocuparam corpos físicos diferentes. Seria, então, a experiência educativa estética vivenciada por eles em sua dimensão singular-social, a possibilidade de reunir o originariamente fragmentado, aproximando-os do nascer divino e, por conseguinte, do seu estado harmônico original.

É o que Maia tenta expressar em seu desenho e compartilhar na sua narrativa quando expõe ter construído o seu cenário existencial a partir das mudanças de olhar sobre si mesma, as coisas e as pessoas com as quais se relaciona, acrescentando que essa mudança ocorreu a partir das atividades vivenciadas no grupo, na oficina.

Figura 1. Estar em Paz.



Fonte: Acervo de Gallina (2017)

Sobre a composição, afirma ter tentado reunir os nove elementos, centralizando sua significação na figura da mulher, ao redor da qual toda cena se constrói. Conforme ela:

Para estar em paz essa mulher descobriu que possui em sua vida todos os elementos necessários para tanto. Porém, às vezes não conseguia os ver, não os reconhecia, ou não sabia como usá-los. Agora ela sabe que o sol brilha, gira e aquece todos os dias, proporcionando luz e calor. Bem como desenvolveu em si a capacidade de ascender e manter acesa uma fogueira que aquece os dias e as noites que são frias.

Compreendemos, a partir dessa significação, o valor da subjetividade. Depois do processo educativo estético, Maia enfatiza a autocapacidade de ascender e manter acesa a fogueira, o que se dá pela tomada de consciência de seus aspectos mais profundos, pela via da imaginação, entretanto, o frio aumenta a importância da participante habitar e sentir-se protegida em si mesma. “Nada pode durar se não for ‘animado’, dotado de uma ‘alma’ através de um sacrifício; o protótipo do rito de construção é o sacrifício efetuado na altura da criação do mundo” (ELIADE, 1985, p. 35). O que acontece no seu universo exterior, uma vez que reconhece a capacidade do sol também de cumprir a função de tornar a vida mais quente. Maia compreendeu ser capaz de tecer o fio condutor luminoso que lhe permitirá adentrar o labirinto de sua trajetória existencial. Um fio que lhe viabiliza percorrer com segurança o mundo dentro ou fora de si, ampliando a intensidade da relação eu-Cosmo, o que lhe propicia afirmar que a personagem de sua composição: “Conta com uma caverna para esconder-se das tempestades e maus tempos”, ou seja, conta com útero que lhe abriga enquanto realiza o sacrifício do fogo.

Ela dá vida às “paredes” que a protegem, diminuindo a intensidade de valoração do elemento espada (símbolo de luta), sabe da existência dela e de sua capacidade para manuseá-la e defender-se, porém, toma consciência que não precisa empunhá-la em todos os

momentos. “Prefere passar o tempo apreciando o que a vida lhe proporciona de bom”. Essa é a maneira que Maia se coloca a lutar no processo criador.

É verdade que os mitos nos chegam através da literatura grega, mas sua mensagem simbólica não se esgota na escrita, senão que remete às várias dimensões da vida. Para Araújo, Ribeiro e Azevedo (2017), o mito não representa somente o núcleo substantivo da cultura antiga, senão também da cultura de nosso tempo, uma vez que impõe uma fascinação, por meio de uma verdade específica que se impõe não pela crença comum, mas pela racionalidade. O mito da Criação sobrevive e se difunde em cada ato criador porque é portador de múltiplos sentidos e cada ser adapta aquele que lhe convêm a suas necessidades e interesses pessoais.

Esse é um nascimento que, no sentido empenhado pelo processo educativo estético cunhado até aqui, pode configurar o renascimento dos sujeitos e a resignificação da imagem que os participantes estabeleciam sobre si.

O HERÓI TESEU E A PRINCESA ARIADNE

Encontramos no mito do herói Teseu, mais especificamente na luta contra o Minotauro e na sua relação com o fio de Ariadne, uma aproximação das significações emergentes. Vivemos juntos uma experiência educativa estética, em que ressaltamos a participação de heróis e heroínas. Não temos a pretensão de tratar com profundidade a trajetória de cada um, mas buscamos, na integração das diferentes significações associadas às diferentes imagens afetivo-cognitivas emergentes do fenômeno, aproximar-nos do imaginário desses sujeitos. Buscamos também, pelo viés de atividades artísticas, aflorar a possibilidade de, simbolicamente, enfrentarmos os nossos monstros e, como heróis, buscarmos superar a tensão entre os opostos.

A experiência de transcendência ou até mesmo de encontro com a consciência esbarra no fazer-se compreender. Afinal, utilizamos várias linguagens para expressar de forma compreensível nossas experiências e transformações existenciais, o que vai além de uma comunicação estática ou fragmentada.

Assumimos uma dinamicidade e multiplicidade de significações, que no caso desta pesquisa emergem das representações do elemento cíclico e abrem um leque de interpretações. Nessa direção aponta-se a espiral, como podemos observar no desenho de Kamila:

Figura 2. Processo de Renovação.



Fonte: Acervo de Gallina (2017)

A participante desenhou a personagem de seu trajeto antropológico existencial empunhando uma espada em cuja ponta há uma espiral. Para ela, da espada: “[...] emana um círculo giratório em forma de espiral lançando fagulhas de fogo, de força, de vontade e habilidade, para continuar num processo de renovação”.

Conforme Chevalier e Gheerbrant (2015), a espiral é um símbolo cósmico que se une ao simbolismo da roda, manifestando continuidade, rotação criativa, equilíbrio dentro do cenário de mudança, bem como os ritmos repetidos da vida e o seu caráter de evolução e involução, uma vez que a evolução se dá a partir do centro e a involução, no retorno ao centro. Simboliza também fertilidade, pois indica a permanência do ser sob sua mobilidade.

Percebemos aí um aspecto importante do tempo-espço vivencial. Através do sacrifício de um monstro primordial chamado de gigante cósmico, símbolo do Caos, segundo especulações arcaicas, deu-se a origem do mundo, ou seja, o Cosmo, forma organizada, nasceu a partir do sacrifício simbólico do Caos, o que tomo como analogia para o estudo microcósmico humano. Assim, o nosso trajeto antropológico existencial se dá no movimento de entregarmo-nos ao ritual sacrificial diariamente, a fim de organizar o Cosmo existente também dentro de nós, para que possamos encontrar o nosso centro.

Lembrando, desse modo, que, como encontramos a nossa natureza, o nosso recinto, também podemos posicionar-nos em territórios até então desconhecidos ou tentar transformar aspectos do tempo cronológico para que estejamos em ambiente mais harmônico. Adentrar no desconhecido implica em passar por certas provações que podem ser concebidas para ver se o candidato a herói está à altura de executar a grande tarefa que lhe é assignada por outros ou que se compromete a assumir como parte de um ritual de amadurecimento. Neste sentido, Campbell afirma (1994, p.134): “Quando deixamos de pensar prioritariamente em

nós mesmos e em nossa autopreservação, passamos por uma transformação de consciência verdadeiramente heroica”.

Entendemos, por isso, a importância de um ritual, que se realizou todos os dias, como agente de transformação, o que implicaria na atenção a processos educativos estéticos que, muitas vezes, acontecem em espaços não formais de educação. Processo como o que fez com que Kamila e demais participantes pudessem exteriorizar e transformar os seus conflitos interiores-exteriores, precisamente no caso dela, conseguindo passar da desordem inicial dos seus medos aos aspectos sensíveis que fizeram emergir um círculo giratório, um impulso vital, simbolizando numa forma geométrica, o significado de uma expervivência formadora, revelada pelo movimento cíclico.

O desenvolver de nossas formas sociais nasce muitas vezes da luta, da busca pelo equilíbrio das forças conflitantes que movem a vida cotidiana e que convergem na dimensão sensível-inteligível como vetor eficaz para tratar do espírito de nosso tempo. Após anos de supremacia da dimensão racional verticalizada, característica moderna, atualmente, parece estar havendo uma mudança de valores. Sentir-se bem e abrir-se a questões ligadas à criatividade e à qualidade de vida está em voga. A concepção de indivíduo é sobreposta pela noção de *persona* que adere a vários papéis, com os quais se identifica para constituir-se como sujeito social. Segundo Maffesoli (2014, p.1), os jovens de hoje: “Não querem mais perder a vida para ganhar a vida, não querem mais desperdiçar a vida para ganhar algo. Os jovens têm a ideia de transformar a sua vida em uma obra de arte”. O que, para o autor, em longo prazo, fará com que os sujeitos desempenhem papéis e não funções dentro de um grupo, numa perspectiva de vivenciar várias vidas dentro de uma mesma vida. Isso parece estar se apresentando na multiplicidade profissional, onde a pessoa não tem mais uma profissão fechada, mas transita entre várias.

Os heróis desta pesquisa expressaram a importância desse processo relacional entre o si mesmo e o coletivo. Em suas narrativas, os personagens caminharam do “eu” ao “grupo” e vice-versa, sob diversas concepções temporais.

CRONO E KAIRÓS NA COTIDIANEIDADE

Crono simboliza o tempo devorante que angustia e Kairós o tempo ao qual precisamos prestar atenção para poder aproveitarmos as oportunidades que se nos apresentam. Para além de uma lógica racionalizante, característica da modernidade, os participantes apontaram em suas significações aspectos constituintes da vida cotidiana, sendo que ela também é fonte de transformações do dinamismo existencial. Uma vida permeada por lembranças da infância, prazeres simples do dia a dia e que, por longo tempo, estiveram esquecidos por distintos afazeres, bem como a dimensão mítica e imaginária que esteve colocada em suspensão.

A busca desenfreada, imediata pelo prazer e pela felicidade por meio do consumo exacerbado e de uma vida de ostentação sugere um distanciamento das raízes, dos aspectos profundos e essenciais. Porém, os sujeitos da pesquisa apontaram modos possíveis de viver a partir de um reconhecer-se. Nas subjetivações emergentes, sinalizaram formas de combater o sofrimento causado pela falta de tempo e a tomada de consciência de uma vida de superficialidade, se fazendo necessário aproveitar o momento oportuno, voltando o olhar para afetividade dos laços simbólicos que unem o ser humano no coletivo. O que, para Maffesoli (2009, p.12) é visto como a socialidade de base vinculada ao território da vida cotidiana, que pode ser vivida simbolicamente e que reside no “[...] estar juntos sem mais finalidade que o fato de estar em comunhão, em comunidade, em contato, compartilhando um tempo e um espaço comum”.

Com o desenho e narrativa de Ariane, podemos ter mais clareza do exposto até agora, pois, segundo ela: “O relógio representa a queda, o medo e o tempo. Sei que as quedas são passageiras, mas enquanto estão sendo vividas, demoram a passar”.

O que Ariane denomina como tempo que demora a passar é o seu processo de transformação durante as crises existenciais, que seguem uma ordem cósmica cunhada pelos humanos, dividindo-a em anos, estações, dias, horas, fazendo-o a partir da observação da natureza.

Figura 3. O Tempo



Fonte: Acervo de Gallina (2017)

Para Grün e Assländer, o humano tentou representar o movimento do sol com o movimento dos ponteiros. Observou o sol a partir de sua postura antropocêntrica, tendo a ilusão de que o eu permanece, enquanto o mundo muda. Considerando-se ponto central do Cosmo, o humano aprendeu a viver uma experiência distorcida de tempo, em que, assim como o

sol gira em torno da terra, “o tempo ‘corre’ ou parece continuamente escasso” (GRÜN e ASSLÄNDER, 2014, p. 51).

Essa configuração que estabelecemos sobre o tempo, colocando-nos em um ponto central, indica, para os participantes, também, a possibilidade de sermos olhados por todos os ângulos expostos a qualquer perspectiva. Assim, afirma Ariane, referindo-se ao tempo de Crono: “O monstro também é o relógio que quando deixa o tempo estreito, traz o medo existente”.

A dimensão sensível está aí vinculada ao tempo existencial e a postura que assumimos no decorrer de nosso trajeto, pois na medida em que o monstro devorante avança, se estivermos diante de uma perspectiva fragmentária, teremos uma luta árdua. Neste sentido, a participante representa algo cíclico com a imagem de uma engrenagem, pois, segundo ela: “[...] é a engrenagem que gira em sincronia ligando simbolicamente os elementos. Porém, quando estamos em apuros, diante das dificuldades não conseguimos perceber que eles se encaixam perfeitamente”.

Para superar os problemas cotidianos do tempo como desafio, Ariane tenta assumir uma postura integradora, representada pelo fogo da fogueira e que simboliza: “[...] a capacidade de permanecer, de não desanimar. Num contexto holístico, não permitir que a chama da vida se apague, estando perto do relógio exatamente por isso”.

A importância de considerar e respeitar o ritmo interior emerge em sua narrativa, simbolizada por um Kairós, deus do tempo qualitativo e do momento oportuno. Assim como a relação entre o tempo e a alma está explícita em suas significações, pois para proteger-se do monstro devorante ora recolhe-se adequadamente a sua morada: “O refúgio é a natureza em equilíbrio e, a harmonia, é o lugar onde me interiorizo”, ora lança-se ao exterior em luta: “A espada são as mãos unidas em oração, representando a fé que trago na alma”.

Por isso, a mitologia pode trazer uma percepção de algo atemporal também no agora. Aqui, não se trata de um sentido que deposita a sua força e sua energia na finalidade, mas no trajeto percorrido por sujeitos que, dotados de anseios, desejos e sonhos, esforçam-se, para exterioriza-los.

Diante desse cenário, a temporalidade é descontínua, a cientificidade e a historicidade consagradas na Modernidade começam abrir espaço à relação entre o divino e o destino, ao tempo dos pequenos deuses e das pequenas histórias pós-modernas, remetendo à memória coletiva que expressa a partilha de sentidos e emoções.

ARQUÉTIPOS SIMBOLIZADOS EM QUIRÃO E ATENÁ

Segundo Brandão (2014, p. 553), a raiz etimológica indo-europeia do mito de Quirão está relacionada a *Kheirōn*, uma forma abreviada de *Kheirurgós*: “O que trabalha, o que age

com as mãos”. Quirão foi o grande educador dos heróis, mas também um médico cirurgião, que compreendia bem a dor de seus pacientes por já ter sido ferido. Ele era um sábio prudente que, de aprendiz, tornou-se mestre. Passou a ensinar a música, a arte da guerra e da caça, a moral, mas, sobretudo a medicina. Tendo como discípulos Asclépio, Peleu, Aquiles, entre outros. E Atená, além de ser deusa da sabedoria, presidia a esfera das artes, sabendo manejar muito bem as suas ferramentas, fossem espadas ou instrumentos de tear, fazia isso com consciência, sem perder a sensibilidade criativa.

Assim, pensamos sobre a necessidade de o profissional da saúde desenvolver um papel que, em momento algum em seu fazer, se afaste da dimensão do cuidado, uma vez que se levarmos em consideração que empatia e confiança requerem escuta e olhar no processo interpretativo, podemos induzir o sujeito que aprende a cuidar a encontrar o seu modo de comunicar, o seu *logos* criador, que lhe possibilitará expressar-se, estabelecendo um diálogo e uma postura sensível-inteligível com o consulente que se encontrar diante dele.

Desse modo, não se encerra o ser humano à interpretação que fazemos dele, pois, sempre haverá algo que nos escapa, mas é preciso percebermos que: “Os antigos terapeutas diziam que talvez a vida não tenha sentido, e seja o ser humano que deva dar-lhe uma razão de ser” (LELOUP, 2009, p. 25). Assim, a vida adquire sentido por meio do humano, através do exercício dessa liberdade, que consiste em interpretar, assumir posições a partir dessa atividade, nos permitir mudar de “lugar” ou de opinião ante a dinamicidade da vida.

Figura 4. Conhecimento



Fonte: Acervo de Gallina (2017)

A relação saber, conhecimento e cuidado está implícita em todas as narrativas, bem como a necessidade de um espaço-tempo que contemple tais dimensões para que as transformações existenciais ocorram. Pudemos observar, no desenho de Nerina, que a personagem traz consigo potenciais de Atená, pois a heroína da trama emerge de uma

forma circular munida de fogo e espada, representando, segundo ela: “[...] a coragem para enfrentar o desconhecido, os desafios e medos, que surgiram durante este processo de conhecimento”. Para superar tais aspectos, a participante assegura contar com outro elemento importante, o refúgio, o qual é representado por sua casa e sua família que estavam ali para aconchegar-lhe, pois se encontrava sobrecarregada de tarefas, de desafios, embora também de oportunidades.

O potencial de Quirão presente no bojo familiar permitiu-lhe cuidar das feridas, dos aspectos, muitas vezes, dolorosos da tomada de consciência. Isso porque, estava a interpretar os conflitos por uma perspectiva desafiadora, que trazia em seu seio não somente o peso de estar muito atarefada, mas o potencial sensível-inteligível de executar uma ação construtora-transformadora de sentido: “ver, no desafio, oportunidades, o que me direciona também ao mundo da saúde.” Quando nos debruçamos a interpretar a doença, sugerindo ao paciente que recorde ser uma pessoa e não um objeto da doença e de seus sintomas, isto é, lembrá-lo que é um sujeito enfermo, mas que pode fazer algo com essa experiência, dando-lhe um sentido, isso não significa iludi-lo, mas apontar para uma direção que lhe permita crescer, aprender, tomar consciência de seu próprio processo existencial.

Assim fez Nerina, centrou a sua composição na ideia de estar envolvida num processo de ensino e aprendizagem, em que se colocou como personagem principal, lutando com as suas armas para progredir, vitoriosa por ter concluído o processo, apesar dos desafios que apareceram como piranhas de dentes pontudos, prontas para atacar-lhe. Ela ainda acrescenta: “Mesmo não gostando de bichos do mar, o peixe veio como símbolo de conhecimento, de algo que posso superar”.

Nessa direção, segue a significação proposta por Nerina ao tratar da expervivência na oficina e que configura o seu trajeto antropológico existencial: “Esta é a história do processo pelo qual passei, foram diversos momentos, pensamentos e sentimentos. A personagem principal vive em meio a um moinho de água, sendo alimentada por instruções, pelo conhecimento”.

A cura e o conhecimento em harmonia surgem da possibilidade de retornar imaginativamente a eventos traumáticos e reconhecer o significado das doenças, que, simbolizam no físico o resultado das somatizações do corpo. Por meio de atividades artísticas e pelas trilhas da imaginação, a educação estética ganhou força, apontando a importância de uma formação sensível que também pode manifestar-se pelas imagens.

Para constituição do *self* e da saúde humana, as funções integrativas são de extrema importância, a sensibilidade e a razão precisam complementar-se no equilíbrio direcionado ao centro. Assim sendo, formar e cuidar do humano significa estarmos atentos a essa conexão que contempla em si a dimensão do consciente, mas também do inconsciente pessoal e coletivo e que autores como Jung (1980) e Leloup (2002) chamam de relação numinosa,

ou seja, trazer para a presença física do ser a profundidade da alma. O que pode acontecer, segundo os autores, por meio de exercícios meditativos, que também se dão pela expansão da consciência, pelo movimento corporal, pelo trabalho com as mãos, como faziam Quirão e Atená, ou no repouso do corpo.

MITO DO ETERNO RETORNO

Mesmo que seguremos fortemente o fio de Ariadne nas mãos, ao longo do caminho dentro do labirinto, que significa a própria vida, vários serão os momentos de conflitos, pois, o que, inicialmente, parece apenas um caminho unido em seu sentido original, logo se divide, colocando-nos em batalha, gerando Caos, desarmonia interior. Nesse estágio, vemo-nos empenhados a buscar a ordem, reunir esses opostos, criando algo que pode ser um caminho novo, o que não acontece sem integração. Para Leloup (2002), esse processo relacional é sinal de saúde, sendo que, na união dos aparentemente opostos, aproximamo-nos de nosso verdadeiro *self*.

Nesse ritmo cósmico, colocamos a roda do tempo novamente a girar, buscando a regeneração periódica da vida, conferindo realidade aos acontecimentos diários que se repetem, configurando, assim, a personificação arquetípica que, mesmo em seu caráter dinâmico de repetição, permite, de certa forma, que o tempo fique “suspenso, ou pelo menos tem sua virulência reduzida” (ELIADE, 1992, p.87), fazendo do momento presente um instante mítico. Há sempre uma repetição da cosmogonia, uma periodicidade da criação, uma regeneração contínua do tempo que se exprime nos mitos.

Alexander afirma que, diariamente, lutamos contra um monstro devorante (conflitos diários), essa luta é simbolizada por ele pelas ondas do mar, que ocupam um grande espaço em seu desenho. Onde os conflitos diários, as imagens mentais, os sentimentos e as emoções ganham corpo, forma, por meio da possibilidade de significar o que nos constitui internamente e que, ao longo de nosso trajeto expérvivencial, tentamos expressar.

Figura 5. Um novo Andar



Fonte: Acervo de Gallina (2017)

A educação estética traz ao pensamento a experiência corporal, corporeizando-a, através do sensível, por meio da arte, que liga-nos à cultura e à sociedade. Porém, pouco se sabe cotidianamente sobre a experiência estética e a sua eficácia para o enfrentamento de crises existenciais. Cabe, muitas vezes, aos artistas, terapeutas e educadores apontar o sentido do sensível-inteligível que as imagens apresentam, estando vinculadas a um processo de significação feita pelo sujeito criador.

Alexander simboliza em seu desenho os momentos difíceis usando as ondas do mar. Para Chevalier e Gheerbrant (2015), quando as ondas são elevadas pela tempestade, têm a força dos dragões que vivem nas profundezas e simbolizam as irrupções do inconsciente, impelidas por suas pulsões instintivas, porém, quando calmas, sugerem a postura de sujeitos que se deixam levar pelo devir, que saboreiam o movimento das águas. Ademais, podem indicar uma ruptura com pensamentos ou atitudes habituais. Essa ruptura aproxima-se da simbologia do ritual de batismo, que cumpre a fase de imersão, assim como a de ressurgência.

Essa díade simbólica é contemplada pelas significações emergentes da narrativa do participante:

Com relação ao processo vivido, o cuidar de si, que implica uma atenção voltada para a própria vida, em meio a tudo isso, considero como primeiro elemento, no caso, queda, a água (mar), pois ela indica continuidade, renovação, e aqui em todos os sentidos. De fato, estamos “lutando” diariamente contra esse monstro (devorante), as ‘ondas do mar’, uma vez que remetem aos momentos difíceis enfrentados no cotidiano, no trabalho, enfim, em nossas vidas, em meio às escolhas que precisam ser feitas. Mas parece ser contraditório, porque muitas vezes, a incerteza e a insegurança nos dominam, o que não deixa de ser positivo, pois nisso entra a capacidade de escolha, não a certa,

mas a mais adequada, dependendo do momento e da situação em que nos encontramos, a questão é que precisamos atravessá-las, enfrentá-las, e se for o caso, até pulá-las. [...] a água é o mar em movimento, como uma queda, pois cada gota traz uma diferente oportunidade, um novo andar.

Alexander considera que, em todo esse processo, ele é o agente protagonista da mudança, o que requer bom senso, empatia e movimento, para, no momento decisivo, agir com emoção e razão, equilibrando-as, com o intuito de resolver as problemáticas fundamentais para viver em harmonia. É algo que dura por toda vida, como a natureza (representação de seu elemento cíclico) “[...] que está em constante mutação, girando, produzindo e progredindo, assim como o ser humano, que também precisa estar se adaptando, renovando conhecimento, aprendendo, trocando experiências”.

Percebemos, a partir daí, que a experiência educativa estética vivida por ele incide num processo iniciático de acesso a um tempo pendular reflexivo que possibilita a construção de uma nova realidade. Como acontece na virada de um ciclo, no final do ano, na expectativa de um ano novo, em que “existe uma repetição do instante mítico da passagem do Caos para o Cosmo” (ELIADE, 1992, p.59), trazendo aos sujeitos, que a vivenciam, a esperança de recriação existencial. Confirmando, dessa forma, que o humano constrói a sua realidade de acordo com os elementos arquetípicos e que o mito pode servir como modelo exemplar. Ainda, lembramos que todo ato criador repete o ato cosmogônico da criação do mundo através de rituais previamente organizados para consagrá-lo, assegurando, deste modo, a realidade e a duração temporal da criação.

Os participantes da pesquisa conseguiram estabelecer uma comunhão entre si no interior do grupo, não só pela empatia e confiança, mas por estarem socializando as suas alegrias e as suas dores, colocando-os sensivelmente em sintonia e, dessa forma, iniciando um processo pedagógico-curativo, para tornarem-se guias do cuidado e da sabedoria, num ritual de cura, de saberes e de construção do conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ancoramos as significações referidas na *Katharsis* realizada pelos participantes através dos seus discursos verbais e não verbais. Assim, entendemos que a primazia pela experiência subjetiva fez emergir fenômenos capazes de cultivar diferentes saberes, conhecimentos e cuidado, uma vez que um processo formador, contemplador do universo das imagens mentais, símbolos e mitos possibilitou aos sujeitos um encontro essencial consigo mesmos e na comunidade. O que contribuiu para uma expansão da consciência, ou seja, um alargamento investigativo do próprio ser a “territórios” até então desconhecidos, ou esquecidos, mas que fazem parte do trajeto antropológico existencial dos participantes e que convergiu

criativamente na Jornada Arquetípica, visto que estavam a interpretar os movimentos do caminho, considerando um potencial sensível-inteligível capaz de promover a união das polaridades postas como antagônicas pelo pensamento cartesiano, processo que interferiu diretamente na execução de ações desveladoras-construtoras-transformadoras de sentidos existenciais.

A compreensão do significado da oficina para os sujeitos da pesquisa com base na teoria durandiana trouxe a ressonância mitêmica apresentada pelos mitos diretores cujo entendimento dos processos educativos estéticos, por meio das quatro funções básicas da consciência, possibilitaram a correlação do tempo-espaço concreto com o tempo-espaço mítico.

É mister ressaltar a importância da educação iniciática proposta por Maffesoli, cabe lembrar que na sua palestra proferida no XXIII Encontro da Confederação de Arte Educadores do Brasil, em 2013, quando perguntado sobre qual poderia ser a solução para a educação brasileira, ele respondeu que o grande salto se daria quando o educador se transformasse num mestre Integral e o estudante no seu discípulo.

O que carrega em seu bojo uma formação mítica, uma vez que a construção do real existencial necessita de uma mediação simbólica, mostrando que a ciência não pode opor-se ou ser vista como superior a outros tipos de conhecimentos, pois necessita da vinculação aos saberes cotidianos para fazer-se compreender e ter significado, estabelecendo relações capazes de ressignificar as próprias biografias, pondo-se a caminho de um cuidado espiritual onde se pode ser mestre-aprendiz em prol de um novo encantamento que transforme os sentidos existenciais.

■ REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Alberto Filipe; RIBEIRO, José Augusto; AZEVEDO, Fernando. Prometeo, de Franz Kafka: un abordaje mitocrítico. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/45812>>. Acesso em: 17 maio 2020.
2. BACHELARD, Gaston. *A poética do espaço*. Trad. Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
3. BEAINI, Thais Curi. *Máscaras do tempo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
4. BRANDÃO, Junito. *Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega*. Petrópolis, R.J: Vozes, 2014.
5. CAMPBELL, Joseph, com Bill Moyers; FLOWERS, Betty Sue (Org.). *O poder do mito*. Tradução de Carlos Felipe Moisés. 11.ed. São Paulo: Palas Athena, 1994.
6. CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. *Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. 28. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2015.

7. DURAND, Gilbert. *De la mitocrítica al mitoanálisis: figuras míticas y aspectos de la obra*. Traducción y notas de Alain Verjat. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 1993.
8. ELIADE, Mircea. *O mito do eterno retorno*. Trad. Manoela Torres. São Paulo: Edições 70, 1985.
9. _____. *O mito do eterno retorno*. Trad. José A. Ceschin. 9. ed. São Paulo: Mercúrio, 1992.
10. GALLINA, Franciele S. *Educação estética, artes e imaginário: uma jornada arquetípica na transformação de sentidos existenciais*. 2017. 237f; Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2017.
11. GENNARI, M. *La educación estética: arte y literatura*. Barcelona: Paidós, 1997.
12. GRÜN, A.; ASSLÄNDER, F. *Administração espiritual do tempo*. Trad. Paulo Valério. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
13. JUNG, C. G. *Psicologia e Religião: Psicologia da Religião Ocidental e Oriental*, v.VIII, n.2, Petrópolis: Vozes. 1980.
14. LELOUP, Jean-Yves. *O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial*. Tradução de Regina Fittipaldi. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
15. _____. Construir o templo da inteireza. In: BOFF, L.; WEILL, P.; CREMA, R. *O espírito na saúde*. Tradução Pierre Weill e Regina Fittipaldi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 35-42.
16. _____. Uma arte de cuidar: Estilo Alexandrino. Trad. Martha Gouveia da Cruz. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
17. LOUREIRO, Altair M. L. *O velho e o aprendiz: o imaginário em experiências com o AT-9*. São Paulo: Zouk, 2004.
18. MAFFESOLI, Michel. *El reencantamiento del mundo: una ética para nuestro tiempo*. Traducción Ariel Shalom. Buenos Aires: Dedalus, 2009.
19. _____. O sistema educacional não funciona mais. 2014. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/04/o-sistema-educacional-nao-funciona-mais-diz-michel-maffesoli-4473443.html>>. Acesso em: 15 jul. 2020.
20. TAGORE, Rabindranath. *O Céu e o Ninho*. Disponível em: <http://amantespoesia.blogspot.com.br/2011/11/o-ceu-e-o-ninho.html> Acesso em: 6 jun. 2020.
21. ZAUZA, G. V. Para quem sofre. Poesia. *Revista da academia Passo-Fundense de Letras*, n. 7, 8, 9, maio 2011.

“ Relato de caso clínico: eletroacupuntura e auriculoterapia para tratamento de melasmas

| Cássia Aline **Horst**
CIEPH

| Gisele Damian Antônio **Gouveia**
Estácio de Sá

RESUMO

Objetivo: Descreve um tratamento de melasmas por meio de Eletroacupuntura e Auriculoterapia. Trata da eficácia da Eletroacupuntura e Auriculoterapia no tratamento de Hiperpigmentação Facial, utilizando na Eletroacupuntura a Técnica de dispersão cercado as manchas como ponto Ashi e Pontos de Drenagem facial e na Auriculoterapia pontos relacionados com o desequilíbrio dos elementos. A paciente foi submetida ao Plano de tratamento de 5 sessões quinzenais, com duração de 60 min cada sessão. Observou-se melhoras satisfatórias no aspecto das manchas na análise dos registros fotográficos da primeira à quinta sessão. Da primeira à quarta sessão observou-se a dispersão das manchas e na quinta sessão foram drenadas as manchas dispersadas.

Palavras-chave: Estética facial, Melasma, Hiperpigmentação Facial, Eletroacupuntura.

INTRODUÇÃO

O melasma é uma doença dermatológica facilmente diagnosticada em exame clínico. Ela acomete em grande maioria mulheres em idade fértil, causando redução da auto-estima e impacto negativo na vida social, profissional e emocional. É um desafio para área da estética porque envolvem aspectos físicos, psicológicos e estéticos que não podem ser ignorados durante o tratamento (MIOT *et al* 2009).

Caracteriza-se por máculas hiperocrômicas acastanhadas, formas irregulares e localizada em regiões da pele que são frequentemente expostas ao sol, como face, fronte, têmporas, malaras e perioral (TASSINARY; GOELZER, 2018). Os melasmas são causados pela hiperatividade dos melanócitos, os fatores que causam os melasmas são inúmeros, porém nenhum deles pode ser responsabilizado isoladamente: fatores genéticos, gravidez, menopausa, terapias hormonais, endocrinopatias, foto exposição, anticoncepcionais orais, cosméticos, medicamentos e inflamações (KEDE; SABATOVICH, 2009).

Os melanócitos encontrados na área do melasma tem atividade metabólica aumentada em relação a pele normal, no entanto possuem quantidade expressiva de melanina na epiderme e derme. O melasma pode ser classificado de três tipos epidérmico, dérmico e misto (RIBEIRO, 2010). “Na epiderme, a melanina se encontra em toda sua extensão com maior acúmulo na camada basal. Na derme, estes pigmentos podem ser encontrados nas regiões superficiais e médias desta camada” (RIBEIRO, 2010). O tratamento para o melasma é difícil e geralmente insatisfatório, devido à grande ocorrência das lesões e pela falta de alternativas para clareamento definitivo. Os tratamentos têm como objetivo a redução das áreas afetadas. Existem diversos tratamentos disponíveis no mercado atualmente, como os *Peelings* químicos, *Peelings* físicos, cremes clareadores, Laser, Luz pulsada, entre outros (MIOT *et al* 2009).

PELE EMOCIONAL

As técnicas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) podem ser um recurso terapêutico viável para o tratamento das hiperpigmentações. A MTC entende o melasma como uma desarmonia dos Elemento Fogo (Coração), Água (Rins), Madeira (Fígado) e Metal (Pulmão) (NAKANO; YAMAMURA, 2010). Segundo o mesmo autor, as manchas escuras da face podem ser resultado de uma estagnação profunda de Xue proveniente do Coração ou do Fígado. Também, podem ser resultado de fatores patogênicos internos relacionados as emoções: frustração, revolta, medo.

Dentre os tratamentos da MTC optou-se por utilizar eletroacupuntura associado a auriculoterapia. A escolha das técnicas de MTC foi motivada pelo fato da Faculdade em

saúde CIPEH, incentivar o uso das práticas integrativas e complementares, para geração da homeostase do organismo e conseqüentemente melhora das disfunções estéticas, gerando assim resultados reais, satisfatórios e duradouros para as queixas apontadas, melhorando além de tudo a qualidade de vida do paciente. As técnicas utilizadas foram apresentadas nas aulas da disciplina de Teóricas e Técnicas Chinesas no quarto e quinto semestre de curso. Especialmente na Eletroacupuntura, existem referências sobre a técnica no tratamento de melasmas como NAKANO; YAMAMURA, 2010. Antes de apresentar o plano experimental e terapêutico proposto para o caso, faz-se necessário contextualizar as técnicas escolhidas: eletroacupuntura e auriculoterapia.

ELETROACUPUNTURA

Segundo Nakano e Yamamura (2010) a eletricidade com acupuntura clássica é usado para potencializar os estímulos feitos com as agulhas. A eletroacupuntura é uma técnica que pode ser utilizada na estética. Tem ação local, com indicação para o tratamento de doenças em áreas anatômicas bem demarcadas. A eletroacupuntura pode ser utilizada na melhoria do tônus muscular e no tratamento de reações inflamatórias agudas e crônicas. Tem efeito vasomotor que é capaz de regular o aporte sangüíneo de maneira localizada, acrescentando a microcirculação sangüínea (GADONSKI, 2009).

AURICULOTERAPIA

É um método terapêutico não invasivo que utiliza o estímulo do pavilhão auricular para o tratamento e prevenção de doenças (GARCIA, 1999) A auriculoterapia pode ser usada para prevenir ou tratar danos da saúde, disfunções estéticas e problemas psicológicos, dando ao organismo energia suficiente para impedir enfermidades.

A auriculoterapia, ou acupuntura auricular, faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas baseadas nos preceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Acredita-se que tenha sido desenvolvida com a acupuntura sistêmica que, atualmente, é uma das práticas orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde, nos aspectos preventivos e curativos. A orelha e a auriculoterapia é mencionada no mais antigo livro de medicina chinês, o Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo, publicado há 2000 anos. O pavilhão auricular está relacionado com todas as partes do corpo humano e todos os meridianos convergem para a orelha (SOUZA, 2001).

OBJETIVO

Descrever o uso de eletroacupuntura e auriculoterapia para o tratamento de melasma.

MÉTODOS

Inicialmente para a realização deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica para o aprofundamento do tema escolhido e levantamento de informações sobre o problema abordado. Para a realização deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica para o aprofundamento do tema escolhido e levantamento de informações sobre o problema abordado, assim, neste estudo trabalhamos com os protocolos sugeridos pelos autores Nakano e Yamamura (2010). Foram utilizados estímulos em uma determinada área usando como se fosse ponto Ashi de dor, cercando a área sem atingir pontos de acupuntura. Na técnica Ashi (também, chamada de “Técnica cercando o dragão”) usou 4 agulhas de acupuntura cercando a área de interesse, nesse caso as lesões de melasma, e colocam os eletrodos do aparelho de modo que as correntes se cruzem no meio da mancha, o tipo de onda contínua, frequência de 100Hz por 20 minutos.

Essa forma de aplicação dispersará o Xue existente na lesão. O mesmo autor indica a utilização da técnica de drenagem dos pontos faciais, da qual também foi utilizada no estudo. Esse protocolo foi aplicado nos pontos E3, E4, E5, E6, ID18, VB14, Yintang, VC24, VG25 e VG26, com tipo de onda mista, frequência de 2/4Hz por 20 minutos. Conforme o autor, essa técnica faz drenagem das manchas. O uso de corrente elétrica é contraindicado em alguns pacientes cardíacos, epiléticos, com câncer, grávidas, portadores de marcapasso ou qualquer outra patologia que contra indique a aplicação de corrente elétrica (LIMA; PRESSI, 2005). A escolha da auriculoterapia teve o objetivo de equilibrar energeticamente os órgãos em desequilíbrio e complementar o tratamento. Conforme Nakano e Yamamura (2010), considera-se que o melasma é gerado por disfunção energética de Rins, Fígado, Coração, Pulmão, portanto foram utilizados os seguintes pontos:

- Rins: pela cor enegrecida;
- Fígado: pelos hormônios femininos e pela estase de Xue.
- Coração: pelos aspectos emocionais e pela localização das manchas na face,
- Pulmão: por acometer a derme e a epiderme.

Relato de caso clínico

Em Julho de 2018 foi selecionada 1 paciente feminina, 39 anos, Administradora de Empresa, Fototipo III, que utiliza anticoncepcional desde os 19 anos. Possuía Hiperpigmentações

em toda a Face desde 2015, intensas nas áreas da Fronte e Malares, que são envolvidas em questões hormonais e emocionais. A paciente possui histórico de tratamentos com outros métodos, porém sem sucesso.

Foram utilizados os seguintes itens no experimento: Sabonete líquido neutro Extratos da Terra, tônico RELAX para equilíbrio do pH da pele, agulhas descartáveis de inox, tamanho 0,25 x 30 mm da marca DONGBANG, aparelho de Eletroacupuntura da Marca SIKURO modelo DC100c e para Auriculoterapia semente de mostarda em esparadrapo fornecidas pela faculdade. Na auriculoterapia foram utilizados os seguintes pontos: Rins, Fígado, Coração e Pulmão. A escolha da Auriculoterapia teve o objetivo complementar o tratamento, equilibrando energeticamente os órgãos.

RESULTADOS

Foi utilizado as técnicas de dispersão com pontos tipo Ashi e pontos de drenagem facial, baseado em NAKANO; YAMAMURA (2010). Foi submetida ao Plano de tratamento de 5 sessões quinzenais, com duração de 60 min cada sessão com o seguinte protocolo: Primeira à quarta sessão:

- Higienização de toda a Face com sabonete líquido neutro;
- Tonificação com Tônico relaxante;
- Registro Fotográfico;
- Agulhamento com pontos de dispersão tipo Ashi em torno das manchas frontais, utilizando 16 agulhas, no malar direito 12 agulhas e no malar esquerdo 13 agulhas, totalizando 3 áreas.
- Eletroacupuntura com Frequência: 100 Hz; Onda: Contínua; Tempo: 20 min. Utilizando-se 2 canais em cada mancha, totalizando 6 canais.
- Pontos de auriculoterapia: F, C, R e P.

Imagem 1. Primeira sessão do tratamento



Fonte: elaborado pela autora.

Na quinta sessão, após a higienização e tonificação da pele, foi realizado o agulhamento nos pontos de Drenagem Facial: E3, E4, E5, E6, ID18, VB14, Yintang, VC24, VG26. No ponto VG25 por ser localizado em área sensível foi utilizado magneto como objeto estimulante. A eletroacupuntura foi realizada com frequência: 2/4 Hz; Onda: Mista; Tempo: 20 min. • Pontos de auriculoterapia: F, C, R, F e Endócrino.

Observou-se melhora no aspecto das manchas em análise dos registros fotográficos da primeira à quinta sessão. Considerando que cada sessão ocorreu em intervalos de 15 dias, o tratamento apresentou uma resposta eficiente. Apesar de ter sido aplicado o mesmo protocolo nas três áreas da face, foi constatado que a região esquerda da face teve melhor resultado.

O resultado obtido pode ser aprimorado com a continuidade do tratamento. Da primeira à quarta sessão observou-se a dispersão das manchas e na quinta sessão o objetivo foi drenar as manchas dispersadas. Porém, durante o tratamento a paciente iniciou tratamento dermatológico que utilizava Nutricosmético que contia os ativos Polypodium 25mg, Luteína50mg, Pico-nogenol 50mg, Acido Tranexâmico 250mg. Posologia de 1 capsula 1 vez ao dia. Não foi analisada a interferência desse produto, o que causou limitações na análise da eficácia do tratamento estudado.

Imagem 3. Resultado do tratamento



Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

A Acupuntura/Eletoacupuntura tem sido utilizada como uma alternativa para tratamento de diversos distúrbios, devido aos bons resultados alcançados (RANDO-MEIRELLES; GONÇALO; SOUSA, 2009; GRILLO; RANDO-MEIRELLES; SOUSA, 2010; ZOTELLI; RANDO-MEIRELLES; SOUSA, 2010). A inserção de agulhas descartáveis nos pontos de acupuntura estimula o sistema nervoso central e o periférico a liberar neurotransmissores, como bradicinina e histaminas, favorecendo o restabelecimento e a manutenção da saúde (HAN; TERENIUS, 1982). Segundo Ross (1994), o pensamento Chinês vê a doença como a desarmonia; como um estado de desequilíbrio na interação entre o corpo e o meio ambiente. A medicina Ocidental tende a ver a doença em termos da bioquímica e da bacteriologia e não em termos da harmonia do indivíduo. Nos canais de Energia o Qi e o Sangue alimentam e protegem os tecidos do corpo e ajudam a manter suas funções, estando este corpo sadio. Porém, se o corpo estiver doente e a fisiologia normal afetada, aparecem os sintomas patológicos ao longo do canal de Energia afetado.

Segundo a Medicina Tradicional Chinesa, o ser humano é tratado de maneira integral, numa visão holística: tudo que acontece no Universo (macrocosmo) é cíclico, onde o Céu é Yang, a Terra é Yin, entre eles o Meio Ambiente; interagindo, entre si, de maneira que tudo que acontece no Céu e/ou Terra afeta o Meio Ambiente (ou vice-versa) e refletem no homem (microcosmo). Diferente da medicina ocidental que estratifica o indivíduo, sendo o

tratamento em especialidades, tratando por partes, como se não houvesse interação entre os órgãos para o pleno funcionamento do organismo.

Na Medicina Chinesa, as alterações emocionais são causas que levam ao adoecimento, e o órgão mais afetado pelas emoções é o Fígado alterando todo funcionamento normal do corpo humano. Após 5 sessões de Eletroacupuntura e Auriculoterapia a paciente apresentou melhoras significativa na aparência do melasma. Na Eletroacupuntura a relação paciente-profissional é muito próxima, de maneira que é viável buscar conscientizar o paciente a mudar hábitos prejudiciais, desenvolvendo o autocuidado, aumentando a percepção principalmente com relação às emoções; tentar despertar o paciente para atividades e pensamentos que auxiliem na sua consciência corporal. Esta terapia tem propiciado bons resultados para o tratamento de melasmas e surge como opção ou como coadjuvante aos tratamentos convencionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, através do estudo de caso o método terapêutico aplicado se mostrou eficaz demonstrando resultados satisfatórios na estética e no emocional do paciente. Esse trabalho demonstrou a importância de continuar os estudos para auxiliar tanto os profissionais na aplicação da Acupuntura quanto aos pacientes e assim estimular ainda mais as pesquisas na área.

■ REFERÊNCIAS

1. GADONSKI, L. **Uso da eletroacupuntura para redução de gordura abdominal localizada.** Monografia de Especialização em Acupuntura – IBRATE / UENP. Curitiba, 2009.
2. GARCIA, E. G. **Auriculoterapia.** São Paulo: Roca, 1999.
3. GRILLO, C. M.; RANDO-MEIRELLES, M. P. M.; SOUSA, M. L. R. Acupuntura: uma alternativa de tratamento das disfunções temporomandibulares (DTM) de causas multifatoriais. **Rev. Paul. Odontol**, v. 32, n. 3, p. 1-33, 2010.
4. HAN, J. S.; TERENIUS, L. Neurochemical basis of acupuncture analgesia. **Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.** v. 22, p. 193-220, 1982
5. KEDE, M. P. V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
6. NAKANO, M. A.; YAMAMURA Y. **Livro dourado da acupuntura em dermatologia e estética.** 2 ed. São Paulo: Center AO, 2010.
7. RANDO-MEIRELLES, M. P. M.; GONÇALO, C. S.; SOUSA, M. L. R. Manejo da dor orofacial através do tratamento com acupuntura: relato de um caso. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 38, n. 6, p. 379-382, 2009.

8. RIBEIRO, C. **Cosmetologia**: Aplicada a Dermocosmética. São Paulo: Pharmabooks, 2010.
9. SOUZA, M. P. **Tratado de auriculoterapia**. Brasília: Look, 2001.
10. TASSINARY, J., GOELZER, F. **Peelings químicos magistrais e abordagens terapêuticas**. Lajeado: Editora Estética Experts, 2018.
11. LIMA, K. S.; PRESSI, L. **O uso da microgalvanopuntura no tratamento de estrias atróficas: análise comparativa do trauma mecânico e da microcorrente**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Passo Fundo. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/xlinha/o-uso-da-microgalvanopuntura-notratamento-de-estrias-atrficas>. Acesso em: 24 nov. 2018. MIOT, L. D. B. et al. Fisiopatologia do melasma. **An Bras Dermatol.**, v. 84, n. 6, p. 623-635, 2009.
12. ZOTELLI, V. L. R.; RANDO-MEIRELLES, M. P. M.; SOUSA, M. L. R. Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). **Rev. Odontol. UNICID**, v. 22, p. 185-188, 2010

“

Esclerodermia sistêmica – relato de caso: esclerodermia em homem com fan negativo

| Gabriela Andrade **Vecchia**
UNIPTAN

| Stella Costa **Kamizaki**
UNIPTAN

| Gustavo Caldeira de **Figueiredo**
UNIPTAN

| Luiz Eduardo Canton **Santos**
UNIPTAN

| Luiza Uchôa de Resende **Sousa**
UNIPTAN

| Júlia Mata da **Costa**
UNIPTAN

| Isabelle Piazzzi **Frota**
UNIPTAN

RESUMO

A esclerose sistêmica é uma doença autoimune, crônica, do tecido conjuntivo, caracterizada por alterações vasculares e graus variáveis de fibrose tecidual, que pode afetar diversos sistemas e acomete principalmente mulheres. As manifestações são variadas e o fator antinúcleo – FAN está presente em mais de 95% dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo relatar caso atípico de paciente masculino com esclerose sistêmica e acometimento predominantemente gastrointestinal que apresentava FAN negativo. Uma maior atenção à alguns sinais e sintomas que o paciente apresentava, e a instituição de cuidados paliativos poderiam ter aumentado a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Esclerodermia, Fan, Masculino, Gastrointestinais.

INTRODUÇÃO

A esclerose sistêmica é uma doença reumática, autoimune, crônica, do tecido conjuntivo e que pode afetar diversos sistemas (1). O acometimento pode ser apenas cutâneo, caracterizando a esclerodermia cutânea, ou sistêmico, quando atinge outros órgãos além da pele, sendo denominado esclerose sistêmica (2). Na esclerose sistêmica o sistema imunológico provoca inflamação e fibrose que afeta a pele, órgãos internos e vasos sanguíneos (3). As manifestações clínicas da esclerodermia são variadas. O fenômeno de Raynaud é a primeira manifestação clínica podendo preceder o desenvolvimento da patologia. Ela está presente em cerca de 90 a 99% dos casos. As manifestações cutâneas são variadas e estão presentes na quase totalidade dos pacientes com ES, em maior ou menor grau. Os pacientes podem apresentar sintomas de comprometimento osteomuscular, como mialgia e dores articulares difusas. As manifestações gastrointestinais de dismotilidade podem se estender da cavidade oral ao reto, podendo acarretar risco de vida. Cerca de 70% dos pacientes apresentam algum comprometimento pulmonar no curso da doença. O comprometimento do coração está presente em quase todos os pacientes com ES. A crise esclerodérmica renal é a principal manifestação renal na ES, tendo incidência de cerca de 10% dos casos (4).

Uma anamnese completa e exame físicos são essenciais para a suspeita diagnóstica. Entre os exames de sangue é feita a pesquisa e doseamento de certos anticorpos. A pesquisa do fator antinúcleo-FAN, presente em mais de 95% dos pacientes, independente da forma clínica, é um elemento indispensável na investigação dessa colagenase, pois um FAN positivo representa a probabilidade de desenvolvimento de doenças autoimunes, principalmente quando associado à sinais e sintomas clínicos (5). Não há tratamento que cure a esclerodermia, mas existem tratamentos para os sintomas específicos. Devido à grande variabilidade dos sintomas, o tratamento deve ser individualizado e de acordo com os órgãos atingidos e fase da doença (6). Dessa forma, conhecer diferentes casos, com comprometimentos específicos, tais como o caso aqui relatado, pode garantir a antecipação e eficiência do tratamento certo.

CASO CLÍNICO

Paciente E.G.O, 47 anos, trabalhador rural, compareceu à primeira consulta com reumatologista encaminhado pela dermatologia, em setembro de 2014. Apresentava azia há muitos anos, diarreia intermitente, lesões de pele associadas à prurido difuso há 1 ano e meio, rigidez articular matinal em MMSS e MMII sem dor importante ou edema articular. Até então, negava engasgos, sintomas respiratórios, Raynaud, alopecia ou emagrecimento. Referiu sedentarismo e ansiedade. Negou história familiar de doença reumatológica. Fazia

uso contínuo de Lansoprazol e Domperidona. Exames realizados anteriormente demonstraram FAN e fator reumatoide negativos. Submetido à biópsia de pele que foi compatível com esclerodermia. Apresentava alterações das enzimas hepáticas. A ultrassonografia de abdome do dia 27/08/14 demonstrou esteatose hepática leve e a endoscopia digestiva alta evidenciou dilatação do esôfago.

Ao exame físico apresentava espessamento cutâneo difuso discreto, áreas da pele com espessamento mais importante associado a hiperpigmentação sobrejacente, principalmente nas costas, Raynaud discreto, microstomia e esclerodactia. A força muscular ao exame físico estava preservada (grau V/V). Foram solicitados exames laboratoriais adicionais para avaliação de imunossupressor e mantido os medicamentos de uso habitual.

Exames evidenciaram anti-Scl negativo, elevação de enzimas musculares (CPK, LDH, TGO e aldolase), sorologias e provas de atividade inflamatória negativas. Através dos exames apresentados, foi pensado na possibilidade de sobreposição de esclerodermia e polimiosite ou esclerodermia com miopatia associada. TC de tórax de alta resolução sem sinais de doença pulmonar intersticial (DPI). Foi iniciado 40 mg de prednisona devido elevação de enzimas musculares. Após início da prednisona paciente evoluiu com melhora parcial das enzimas musculares.

Em novembro de 2014, após 2 meses de prednisona 40 mg/dia, paciente foi internado devido a diarreia e vômitos com uma possível síndrome de crescimento bacteriano intestinal, decorrente da dismotilidade do trato digestivo associado à fraqueza muscular. Foi medicado com Ciprofloxacino 400mg EV 12/12 horas, Digesan 10mg EV 8/8 horas, Floratil 200mg VO de 8/8 horas e hidratação venosa. No dia da internação realizou exames laboratoriais que demonstraram hemograma sem anemia, mas com leucocitose discreta, TGO, TGP e CPK em queda, ureia e creatinina normais, provas inflamatórias VHS E PCR normais, coagulograma e ionograma sem alterações, urina rotina normal, TC abdome e pelve: nefrolitíase à esquerda. Devido às enzimas musculares estarem em queda, mas ainda elevadas (CPK em torno de 300), foi iniciado tratamento com Metotrexato 15mg/ semana, e redução progressiva da prednisona. Paciente manteve diarreia crônica estabilizada, fadiga, polimialgia, enzimas musculares mantiveram elevadas, mas sem sinais de piora importante.

Em janeiro de 2015, quatro meses após início do acompanhamento, retornou apresentando diarreia leve crônica, cansaço nos membros inferiores, câimbras e dor difusa. Exame físico sem sinais de piora das lesões de pele, sem sinais de artrite ou fraqueza muscular objetiva. Nesse momento estava com 15 mg/semana de Metotrexato e prednisona 10 mg/dia, além de dose elevada de Prazol 30 mg VO 12/12 horas e Domperidona 10mg VO antes do café, almoço e jantar. Foi ajustada a dose de Metotrexato para 25 mg/semana e mantida a dose da prednisona em 10 mg/dia.

Em 3 meses, paciente foi submetido à nova avaliação laboratorial. Nesse período, houve aumento da frequência da diarreia, emagrecimento, desenvolvimento de fraqueza muscular e desânimo. Ao exame físico apresentava aumento de ruídos hidroaéreos, força proximal grau 4/5 em MMSS e MMII. Foram solicitados novos exames para acompanhamento, uso de ciprofloxacino 500mg VO de 12/12 horas durante 10 dias e Floratil 600 mg/dia. Trocado Metotrexato oral para injetável 25mg 1 vez/semana devido à intolerância gástrica.

Em maio de 2015 estava em uso de Metotrexato injetável 25 mg/semana via subcutânea, Ácido fólico 10, Metcorten 10, Prazol 20, Motilium 10mg TID, Sinbiofos 1 envelope 2x por dia, Sertralina 50mg. Foi submetido à consulta com gastroenterologista e obteve melhora importante do quadro de diarreia após antibioticoterapia e ajuste de medicamentos. Apesar da melhora da diarreia, evoluía com queixa de engasgos frequentes, tosse produtiva, secreção amarelada, sem febre ou dispneia. Ao exame físico apresentava sibilos, roncos, tosse e sem sinais de dessaturação. Foi aumentada a prednisona para 40mg ao dia por curto período, adicionado micronebulização, Amoxicilina/Clavulanato 500/125 mg VO de 8/8 horas por 10 dias e suspenso Metotrexato temporariamente até melhora do quadro infeccioso. Iniciado Amitriptilina 25 mg à noite para tratamento de ansiedade e insônia.

Paciente manteve o quadro respiratório, apesar das medicações. Mantinha tosse e chieira torácica principalmente durante à noite. Recebeu ciclo de levofloxacino 750 mg por 7 dias após término da amoxicilina/clavulanato. Exames de maio evidenciaram elevação de enzimas musculares (TGO:106; TGP:169; FAL:48; GGT:57; CPK:1049; LDH:623), hemograma sem alterações importantes, VHS baixo e PCR elevado de 20.

Em junho de 2015, fez uma consulta pelo SUS no Rio de Janeiro com Reumatologista optou por iniciar Rituximabe 1000mg EV. Recebeu a primeira dose em 11/06/15. Trocado Metotrexato pelo Micofenolato Mofetila 2 g/dia. Exames realizados na consulta evidenciaram CPK elevada (1011), TGO alta (112), LDH alta (971), TGP alta (214), anti- músculo liso negativo, FAN e sorologias para hepatites B e C repetidas negativas, anti lkm1: negativo.

Evoluiu com piora da disfagia, diarreia, tosse, vômito, nega febre. Ao exame: auscultat respiratória limpa, abdome distendido. Foi prescrito metronidazol 500mg. Alguns dias após foi internado devido à persistência do quadro associada à desidratação. Recebeu Metronidazol 500mg EV 8/8 horas e Ciprofloxacino 400mg EV 12/12 horas e Digesan endovenoso. Repetida tomografia de abdome e pelve: nefrolitíase à esquerda, imagem nodular em rim direito levemente hiperdensa, sugestiva de cisto denso e hérnia de hiato pequena. Foi encaminhado ao nefrologista para avaliação.

Poucas semanas após a alta hospitalar, paciente retorna com fraqueza muscular e alteração visual há 3 semanas. Ao mapeamento da retina apresentou mácula com brilho reduzido, com aparente membrana apiretiniana, hemorragia punctada perimacular,

exsudatos algodonosos retinianos em polo posterior, características de alterações raras da esclerodermia. Associou há 5 dias, tosse mais frequente com expectoração clara, chieira e sem febre. À ausculta apresentava sibilos. Prescrito amoxicilina-clavulanato, prednisona 40mg, nebulização e suspenso micofenolato mofetila temporariamente devido hipótese de infecção respiratória. Paciente foi internado novamente e submetido à TC de tórax que evidenciou dilatação importante do esôfago. No final de agosto de 2015, após consulta com Gastroenterologista do Hospital Universitário de Juiz de Fora quando foi prescrito sulfa/trimetropina 800/160 por 10 dias. Devido dificuldade de adquirir o micofenolato mofetila, o metotrexato foi reiniciado.

Em outubro de 2015, realizou exames complementares que evidenciaram: Hb: 17,7, PLQ: 119000, ureia 42, creatinina 0,66, anti centrômero negativo, glicemia 64, VHS 4, TGO 69, TGP 145, urina rotina normal, CT 192, LDL 110, triglicérides 225, FAL 61, GGT 131, ALB 4, IST 24, ferritina 1500, TSH 6,41, cobre urinário 13,8, MCG de 24h baixo, ceruloplasmina 13,8 baixo. Endoscopia Digestiva Alta 01/10/15: Esofagite erosiva intensa, resíduos sólidos em câmara gástrica. Realizada biópsia. Mamometria esofagiana demonstrou hipotensão acentuada de esfíncter esofagiano inferior, aperistalse do corpo esofagiano e baixa amplitude das contrações da faringe.

Paciente apresentava esofagopatia grave, desnutrição, infecções recorrentes respiratórias e intestinais. Estava em uso de Metotrexato 25 ml/semana, ácido fólico, prednisona 40, prazol 30, motilium 10, repoflor. Usou um ciclo de Rituximabe sem resposta satisfatória. Tinha proposta de ser submetido à jejunostomia em Juiz de Fora. Internado novamente devido desnutrição intensa, dificuldade de alimentação, desidratação e fraqueza. Iniciado antibioticoterapia endovenosa devido pneumonia aspirativa. Devido à dilatação esofageana grave, não foi possível introdução de sonda nasoentérica para nutrição. Portanto, o paciente foi transferido para o Hospital Universitário de Juiz de Fora com proposta de jejunostomia após melhora clínica.

Paciente veio a falecer devido insuficiência respiratória decorrente de quadro infeccioso pulmonar.

DISCUSSÃO

A esclerose sistêmica (ES) é até 14 vezes mais frequente em mulheres do que em homens, sendo que o pico de incidência se verifica na vida adulta dos 35 aos 54 anos, apesar de poder acometer todas as faixas etárias. Os principais órgãos envolvidos são, além da pele, o pulmão, sistema gastrointestinal, coração e os rins (7). O paciente do caso apresentado se encontrava na faixa etária mais comum de acometimento da esclerodermia sistêmica, com alterações de pele, pulmão, trato gastrointestinal e rins, mas era do sexo masculino.

O diagnóstico baseado nos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (American College of Rheumatology – ACR), classifica o paciente de ES na presença do critério maior ou pelo menos dois dos critérios menores. O critério maior é fibrose simétrica da pele proximal às metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas. Os critérios menores incluem esclerodactilia, úlceras ou microcicatrizes ou perda de substância das polpas digitais, fibrose pulmonar bilateral (7). O diagnóstico foi possível pela biópsia de pele compatível, e outros achados como microstomia, esofagopatia, telangiectasias e fenômeno de Raynaud.

A maioria dos pacientes com ES tem anticorpos antinucleares circulantes (FAN), de 90 a 95%, mas uma pequena porcentagem de pacientes é FAN negativo, cerca de 5 a 10% (8), como no caso relatado. Em um estudo, verificou-se que 30,4% eram positivos para anticorpos anti-centrômeros e 36,4 eram positivos para Scl-70 (9). A biópsia de pele, na maioria das vezes, não é indicada para o diagnóstico de esclerose sistêmica. Em alguns casos ela é necessária para ajudar em diagnósticos diferenciais (10). Como o paciente apresentou FAN e anti-Scl-70 negativos, foi solicitada a biópsia de pele, que evidenciou achados compatíveis com a escleroderma.

Com relação aos achados clínicos, o sistema gastrointestinal é um dos principais órgãos envolvidos. Cerca de 90% dos pacientes diagnosticados com esclerose sistêmica apresentam alterações no sistema gastrointestinal (16). A ES leva à atrofia do músculo liso e do esfíncter inferior do esôfago. Os pacientes sintomáticos geralmente se queixam de azia, disfagia ou odinofagia. Esses são muito bem controlados com os inibidores da bomba de prótons, que é o tratamento padrão (11). A diarreia na ES é, na maioria das vezes, multifatorial e causada principalmente por crescimento excessivo bacteriano (12). O paciente em questão apresentava quadro inicial de azia de longa data e diarreia intermitente. Foi tratado corretamente com domperidona e prazol. Levando em conta os resultados dos exames e quadro clínico do paciente, teria indicação de jejunostomia, porém não houve tempo de ser realizada.

A miopatia leve ou polimiosite com alterações bioquímicas ou histológicas podem ser comuns na ES. O tratamento dos pacientes com ES com miopatia ou poliomiosite consiste em glicocorticoides, isoladamente ou em combinação com metotrexato, azatioprina ou outros agentes imunossupressores (13). O paciente do caso foi tratado com prednisona e metotrexato.

Outro acometimento importante na escleroderma é o envolvimento pulmonar ocorre em mais de 80% dos pacientes, sendo o segundo órgão mais acometido na esclerose sistêmica (7). As principais ocorrências pulmonares na escleroderma são doença pulmonar intersticial e hipertensão pulmonar. A doença pulmonar intersticial ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com escleroderma cutânea (8,9) e pode ser aparente no momento ou logo após o diagnóstico de ES. Menos comumente, pode se desenvolver muitos anos após o início da

doença de pele, se apresentando com início subagudo de dispnéia ao esforço e, às vezes, tosse improdutiva. O tratamento é feito inicialmente com prednisona. O paciente em questão não apresentava doença intersticial pulmonar. O tratamento dos outros sintomas pulmonares consistiu em antibioticoterapia e suporte clínico. Além da imunossupressão causada pela doença, pela desnutrição e pelos medicamentos, a aspiração crônica devido à importante esofagopatia apresentada pelo paciente contribuiu fortemente para os quadros infecciosos pulmonares, sendo que um deles foi a causa do seu falecimento.

É importante salientar que os rins também podem ser acometidos pela ES. Estudos de autópsia sugerem que 60 a 80% dos pacientes com esclerodermia têm evidências patológicas de danos renais. A reserva renal comprometida pode estar evidenciada mesmo na ausência de doença renal clínica, como era o caso do paciente relatado (17). O paciente apresentava um nódulo localizado no rim e devido à evolução rápida do caso, não foi possível investigar esse achado clínico.

Existem relatos que demonstram um risco aumentado de malignidade em pacientes com esclerose sistêmica (21,22). As neoplasias mais associadas são a de pulmão e de pele, o que sugere que os locais de atividade da doença podem estar mais propensos à transformação maligna. Também existem relatos que demonstram um aumento no risco de carcinoma de esôfago e orofaringe (14,15). Em pacientes com suspeita, uma busca exaustiva por câncer, incluindo PET-scan, deve ser feita para a detecção precoce da síndrome paraneoplásica (23). Em vista disso, a hipótese de uma síndrome paraneoplásica foi levantada no caso desse paciente, tendo em vista suas manifestações (FAN negativo e gênero masculina), a evolução do caso e seu desfecho. Não foram realizadas mais investigações acerca da hipótese por dificuldades financeiras.

Como citado anteriormente, alguns sintomas clínicos e achados em exames não puderam ser investigados por diversos fatores. Algumas propedêuticas poderiam ter sido realizadas, em condições ideais, para diagnósticos diferenciais, e até mesmo para melhorar a qualidade de vida do paciente. Dentre elas, podemos citar a investigação do nódulo renal, por biópsia renal, por exemplo. Essa investigação poderia ter sido realizada juntamente com a pesquisa de outros sinais que falassem a favor de uma síndrome paraneoplásica. A avaliação e o rastreamento do paciente, direcionados aos tumores mais comumente associados, poderiam corroborar com essa hipótese diagnóstica para o paciente em questão.

Conforme visto no caso citado, o paciente apresentava sintomas desagradáveis que contribuíram para uma redução de sua qualidade de vida. Sendo assim, os cuidados paliativos poderiam auxiliar no enfrentamento da doença com a prevenção e alívio do sofrimento. Os sintomas gastrointestinais eram, visivelmente, os mais intoleráveis para o paciente em questão. Para o manejo desses sintomas, inclui-se a modificação da alimentação, hidratação

oral ou parenteral, uso de agentes formadores de massa para aumentar a consistência das fezes, entre outras medidas, que poderiam ter sido implementadas (24). A jejunostomia seria um cuidado paliativo que seria instituído no paciente, caso houvesse tempo de ter sido realizada. Outros cuidados, farmacológicos e não farmacológicos poderiam causar alívio. O paciente apresentava algumas limitações, inclusive financeiras, que dificultavam a introdução desses cuidados. Além disso, seria importante o entendimento da doença pelo paciente e pela família, com uma abordagem espiritual ou psicoterápica realizada por profissionais treinados. Sendo assim, é indispensável a elaboração de um plano integral de cuidados, adequando a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença.

CONCLUSÃO

O caso relatado e as publicações levantadas nos apontam a discussão sobre as dificuldades na terapêutica e no manejo das diversas manifestações que podem ser encontradas na esclerodermia sistêmica. O estudo evidenciou que uma análise clínica bem realizada, associada a tratamentos direcionados a cada paciente, e os cuidados paliativos, quando indicados, contribuem para o alívio sintomático e melhora da qualidade de vida do paciente. No paciente em questão, outras propedêuticas não foram realizadas por limitações financeiras e pela rápida evolução do caso.

AGRADECIMENTOS OU FINANCIAMENTO

Gostaríamos de agradecer ao Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN e à UNICLIN pelo auxílio e apoio.

■ REFERÊNCIAS

1. Esclerodermia [Internet]. Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas. 2014. Available from: <http://www.lpcdr.org.pt/info-doente/patologias/esclerodermia>.
2. Bedrikow RB, Duarte IAG, Bouer M. Esclerodermia cutânea: Avaliação da resposta terapêutica à fototerapia. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):63–9.
3. Cabral A de O, Nazareth CAL. Esclerodermia [Internet]. Hospital dia - UFJF. Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/esclerodermia>
4. Federal U, Paran DO, Souza CDE. Universidade federal do paraná carolina de souza müller “. 2010;

5. Trevisan M, Pereira DR, Oliveira EF. Estudo sobre as principais manifestações clínicas apresentadas por paciente com esclerodermia sistêmica limitada e difusa. *Rev Interdiscip Estud em Saúde*. 2016;5(2):118–48.
6. Santos L. Esclerodermia Informações médicas para doentes e familiares Esclerodermia. Available from: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/NEDAI_66.pdf
7. 99 PSM nº. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esclerose Sistêmicas. 2013;23. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esclerose-sistematica-livro-2013.pdf>
8. Maxson & Mitchell. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiol Behav*. 2016;176(1):139–48.
9. Carreira PE, Derk CT, Deuschle K, Kay J, Morgiel E, Schneeberger D, et al. Systemic sclerosis without antinuclear antibodies or Raynaud's phenomenon: a multicentre study in the prospective EULAR Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) database. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52(3):560–67.
10. Ferreli C, Gasparini G, Parodi A, Cozzani E, Rongioletti F, Atzori L. Manifestações cutâneas de esclerodermia e distúrbios do tipo esclerodermia: uma revisão abrangente. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017; 53 (3): 306.
11. Omeprazol no tratamento a longo prazo da doença grave do refluxo gastroesofágico em pacientes com esclerose sistêmica. São José dos Campos, SP, Brasil. *Aliment Pharmacol Ther*. 1992; 6 (5): 565.
12. Thoua NM, Schizas A, Forbes A, Denton CP, Emmanuel AV. Atrofia do esfíncter anal interno em pacientes com esclerose sistêmica. *Reumatologia (Oxford)*. Sep. 2011; 50 (9): 1596-602. Epub 2011 Abr 18.
13. Diretrizes de cuidados para dermatomiosite. Academia Americana de Dermatologia. *J Am Acad Dermatol*. 1996; 34 (5 Pt 1): 824.
14. Esclerodermia sistêmica e câncer: 21 casos e revisão da literatura. *Rev Med Interne*. 1996; 17 (10): 810.
15. Olesen AB, Svaerke C, Farkas DK, Sørensen HT. Esclerose sistêmica e risco de câncer: um estudo de coorte de base populacional em âmbito nacional. *Br J Dermatol*. Outubro de 2010; 163 (4): 800-6.
16. Riley SB. Progressive systemic sclerosis. *Nurse Pract*. 1982;7(9):40.
17. Livi R, Teghini L, Pignone A, et al. A reserva funcional renal é prejudicada em pacientes com esclerose sistêmica sem sinais clínicos de comprometimento renal. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 682.
18. Ferri C, Valentini G, Cozzi F, et al. Esclerose sistêmica: características demográficas, clínicas e sorológicas e sobrevida em 1.012 pacientes italianos. *Medicina (Baltimore)* 2002; 81: 139.
19. Fischer A, Swigris JJ, Groshong SD, et al. Doença pulmonar intersticial clinicamente significativa na esclerodermia limitada: histopatologia, características clínicas e sobrevida. *Chest* 2008; 134: 601.
20. Gilson M, Zerkak D, Wipff J, et al. Fatores prognósticos da função pulmonar na esclerose sistêmica: estudo prospectivo de 105 casos. *Eur Respir J* 2010; 35: 112

21. Esclerodermia sistêmica e câncer. Busca de fatores preditivos de câncer em 123 pacientes com esclerodermia]. Rev Med Interne. 1997; 18 (7): 528.
22. Esclerodermia sistêmica e câncer: 21 casos e revisão da literatura. Rev Med Interne. 1996; 17 (10): 810.
23. Crosnier C, Achille A, Lecouffe-Desprets M, Néel A, Durant C, Agard C. Scleroderma renal crisis and cancer. Qjm. 2018;111(4):261–2.
24. Unic. Manual De Cuidados Paliativos Em Pacientes Com Câncer. Vol. 1, UnATI. 2009. 1–86 p.

“

Evidências do watsu no contexto das práticas integrativas e complementares em saúde

| Ítalo de Lima **Sobreira**
UNIVASF

| Ian Mazzetti Rodrigues **Valle**
UNIVASF

| Lucas de Lima **Lourenço**
UNIVASF

| Rodrigo Gustavo da Silva **Carvalho**
UNIVASF

RESUMO

Objetivo: Analisar o método de Watsu como estratégia de tratamento integrativo e complementar em saúde baseado na atual literatura. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa. Os estudos relacionados com a terapia Watsu foram selecionados por dois revisores independentes, por meio da busca nas bases de dados eletrônicas Scielo, PubMed, Research Gate e Google Acadêmico. As estratégias de busca foram elaboradas utilizando as Palavras-chave do assunto: Watsu e water shiatsu. A busca nas bases de dados foi realizada em outubro de 2020, sem restrição de idioma e data. **Resultados:** Após a busca na literatura, foram encontrados 15 estudos que atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente. Os desenhos dos estudos variaram entre relato de caso, estudos piloto de cunho exploratório, ensaio clínico e revisões. Além disso, os participantes dos estudos variam entre diferentes populações (crianças e adultos) e doenças (acidente vascular cerebral (AVC), distonia cervical, fibromialgia e trauma direto). O método Watsu obteve êxito em diferentes desfechos, tais como: funcionalidade, dor, estresse, depressão, cognição, espasticidade e qualidade de vida. Entretanto, ainda são poucos os estudos disponíveis, a maioria deles com alto risco de viés, além de desenhos de estudos com baixa força de evidência sobre o Watsu. **Conclusão:** O Watsu demonstra ser uma terapia interessante e com potencial de melhora em diversos aspectos, tanto físicos quanto psicológicos. Porém, há a necessidade de melhores estudos, como ensaios controlados aleatorizados, que permitam verificar a sua eficácia e a sua prescrição como um tratamento integrativo e complementar baseado em evidências.

Palavras-chave: Terapias Integrativas e Complementares, Watsu, Hidroterapia, Shiatsu Aquático.

INTRODUÇÃO

O sistema de prática integrativa e complementar em saúde (PICS) foi institucionalizado, no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e vem sendo cada vez mais abordado como um meio viável de aliança terapêutica com o modelo de atenção voltado para o cidadão. Desse modo, hoje, ele é indispensável na saúde do indivíduo, ampliando cada vez mais a visão do processo saúde-doença e oferecendo, também, um leque maior de possibilidades terapêuticas. Outrossim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde as PICS garantem uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde, priorizando o cuidado e a segurança com o indivíduo (BARRETO et al., 2020; LEMOS et al., 2018).

Lemos et al. (2018) reforça que, dentre os objetivos da PICS, destacam-se a contribuição para a efetividade do sistema de saúde e a promoção de ações em saúde, as quais se baseiam nos princípios de integralidade e de cuidado humanizado. Lemos (2018) ainda ressalta que é importante a não exclusão das dimensões biopsicossociais e espirituais, ao considerar a saúde do indivíduo.

O uso da água, assim como de outras terapias incluídas na PICS, são de caráter milenar. Especificamente o uso terapêutico da água para a saúde pode receber diferentes nomenclaturas em detrimento do tipo de água, da temperatura, da composição química, a maneira utilizada e da categoria profissional de como se utiliza a água. As nomenclaturas mais utilizadas são: balneoterapia (terapia que utiliza banhos), crenoterapia (uso de águas minerais naturais), talassoterapia (terapia que utiliza a água do mar), crioterapia (terapia que utiliza a água na forma sólida – gelo), hidroterapia (terapia pela água de maneira ampla, desde de ingestão, vaporização, compressas, jatos de água e a realização de exercícios físicos dentro da água em tanques ou piscinas), hidroginástica (exercícios físicos dentro da água com a supervisão de um profissional de Educação Física), termalismo (englobam os meios medicinais, sociais, sanitários, administrativos e terapêuticos em relação ao uso da água), hidrologia médica (especialidade médica para prescrição terapêutica do uso da água). Além destes, o termo “SPA”, vem do significado “Salus Per Aquam”, ou seja, saúde pela água, que também tem a intenção da melhora da saúde física e mental do ser humano (HELLMANN e DRAGO, 2017; ISRAEL et al., 2017; ANTUNES et al., 2019).

Antunes et al. (2019) discorreram que a hidroterapia é um recurso importante para a reabilitação de pacientes com disfunção, tendo como princípio os efeitos físicos, químicos, fisiológicos e cinesiológicos, obtidos pela imersão em piscina geralmente aquecida, sendo essa parte da hidroterapia também chamada de Fisioterapia Aquática. Ramírez (2019), em consonância, ressalta que os efeitos dos princípios físicos da água (condutibilidade térmica, fluatibilidade, viscosidade e pressão hidrostática) agregam, de forma positiva, durante o

decorrer de toda a terapia, facilitando a amplitude de movimento, auxiliando no relaxamento muscular, controlando o processo inflamatório e diminuindo a sensação de dor. E um dos métodos utilizado dentro da água é o Watsu.

O Watsu é uma técnica de massagem, shiatsu, realizada dentro da água quente. O nome Watsu deriva da junção das palavras “*water*” (água) e “*shiatsu*”. Essa técnica foi criada no início dos anos 80 pelo terapeuta corporal e mestre de Zen Shiatsu Harold Dull, que transferiu seus conhecimentos de Zen Shiatsu terrestre para as águas quentes das piscinas de Harbin Hot Springs, na Califórnia. Dessa maneira, devido a sua experiência de mais de 15 anos, descobriu que os alongamentos e os movimentos do Zen Shiatsu eram particularmente eficazes na água, originando, assim, o Watsu. O Watsu foi criado como uma massagem ou técnica para o bem estar, não sendo necessariamente designada a “pacientes”, como classicamente são definidos (DULL, 1993; FAULL, 2005).

O Zen Shiatsu é uma técnica contemporânea, baseada numa ciência milenar e derivada do Shiatsu. É um método que trabalha o corpo de forma profunda, porém suave, provando ser a dor completamente dispensável para que a técnica do Shiatsu surta efeito máximo. Tanto no Zen como no Shiatsu lidamos com fatores que não podem ser explicados racionalmente, mas que necessitam ser sentidos pelo corpo. No Zen Shiatsu utilizamos muito mais as palmas das mãos do que os polegares, sendo as pressões largas, abertas, mais suaves e menos dolorosas (PRADIPTO, 1986).

Dois princípios básicos caracterizam o Zen Shiatsu: trabalhar os meridianos como um todo, e não como uma sequência de pontos específicos a serem pressionados; e realizar um trabalho profundo utilizando pouca força, já que a pressão excessiva apenas aumenta a tensão e rigidez nos músculos contraídos. Assim, alongar a musculatura referente à área do meridiano trabalhada, reduz a tensão e a contratilidade muscular, pois, quando se atinge a posição de máximo alongamento, o músculo apresenta uma menor capacidade de se contrair, oferecendo, então, pouca resistência à pressão aplicada, que penetra profundamente no organismo do indivíduo, sem nenhum esforço por parte do terapeuta (PRADIPTO, 1986).

No Zen Shiatsu, são mantidos dois (ou mais) pontos de contato com o indivíduo durante quase todo o tempo, sendo que um desses pontos de contato serve como base, dando apoio e suporte para a ação executada pela outra mão. Portanto, essa mão base é a mão “mãe”, que possui uma função tonificante, e o suporte dado por ela ao corpo do indivíduo deixa-o relaxado e receptivo. Além disso, ela permite sentir com maior clareza qualquer reação do corpo do paciente às pressões executadas pela mão “ativa”, se colocando de forma estacionária, tocando o corpo suave e profundamente, enquanto a outra mão age sobre meridianos e pontos, dissolvendo bloqueios e nódulos (estagnações de energia), sendo, portanto, esta mão “ativa” ou “livre” a encarregada da sedação. Dessa forma, é criado um círculo de energia envolvendo o terapeuta e o paciente. No Zen Shiatsu, trabalha-se com alongamentos

específicos para todos os meridianos, todos eles representando as funções básicas da vida (essência). Isto posto, por meio do alongamento de um determinado meridiano, podemos constatar, com clareza, se seu estado é yin (energia feminina) ou yang (energia masculina). Logo, se o estado for yang, ao ser alongado se mostrará duro e resistente e, quando for yin, se apresentará superficialmente flácido e frágil, mas rígido e sensível se tocado com maior profundidade. É importante destacar que, no Zen Shiatsu, é de grande relevância a condição da área abdominal (hara), e o trabalho que nela é executado (PRADIPTO, 1986).

O Watsu é uma técnica suave, porém de efeito surpreendente profundo e de grande potencial terapêutico. Dessa maneira, o terapeuta conduz o paciente a alongamentos, manipulações terapêuticas e movimentos rítmicos, ora livres ora sequenciais. O Watsu, em especial, realiza transições de movimentos, bem instituídos ou fluidos. Por conseguinte, o terapeuta pode criar e adaptar de acordo com as limitações e as demandas encontradas. É relevante destacar que, ao benefício da técnica de Watsu, somam-se os efeitos da água. Ainda, antes de iniciar o tratamento com o Watsu, o paciente deverá ser avaliado, no tangente a quais movimentos podem ser contraindicados, e também se o paciente está confortável, quando flutua em supino (deitado de dorsalmente na água) com o pescoço apoiado no braço do terapeuta (DULL, 1993).

Segundo Dull (1993), a água morna é o meio ideal para libertar o corpo e atingir um relaxamento total, sendo a temperatura ideal da água para aplicação do Watsu, um pouco acima da temperatura da pele, ou seja, em torno de 35°C. Além disso, a profundidade da piscina ideal deve ir até o processo xifoide do terapeuta. Outrossim, há uma associação de cinco fatores do Watsu com o estado fetal: o ambiente aquoso (similar ao líquido amniótico), o calor, o movimento, o estado de passividade e a qualidade do som (haja vista que, sendo a velocidade de propagação do som na água maior do que no ar, ocorre uma desconfiguração da audição). (DULL, 1993).

O Watsu é uma forma de trabalho corporal que por si só é flexível. É um dos mais cuidadosos dos trabalhos corporais. É a exploração da liberdade. Há uma completa harmonia entre terapeuta e paciente, que afeta o emocional, o psicológico, o físico e até o espiritual (DULL, 1993).

Ao entrar na piscina, é necessário que o paciente se acostume com a água, movimentando-se e mergulhando, enquanto o terapeuta utiliza uma linguagem apropriada, que guia sem controlar, estabelecendo segurança. O Watsu é feito na confiança, assim o terapeuta conduz com uma linguagem que ofereça escolhas e que mostre respeito, induzindo o paciente a uma sensação mais confortável para a interiorização sem receio (relaxando-o de dentro para fora), potencializando a experiência do Watsu, e também demonstrando o seu profissionalismo, o que inspira mais confiança (DULL, 1993).

Em Watsu, as transições ou meios de mudanças de uma posição para outra são tão importantes quanto as posições executadas a cada movimento específico. As transições têm

que criar uma sensação de continuidade do movimento, que dá uma sensação de fluidez (DULL, 1993). Os movimentos incluem movimentos básicos e ganho da flutuação (Figura 1) e as posições são conhecidas como de aconchego (Figura 2), em que a terapeuta segura o paciente em seus braços. É importante, antes de iniciar os movimentos básicos, determinar se o paciente tem mobilidade, inclusive na posição de aconchego. No fluxo de transição existe um movimento de balanceio ou de extensão, até que alcance a posição de aconchego ou quando se inicia outra mudança de posição (DULL, 1993).

Antunes et al. (2019) reconhece que a hidroterapia é um método terapêutico antigo, como PICS usadas para o tratamento de doenças, mas que ainda carece de estudos com maior qualidade metodológica. Com isso, o objetivo deste estudo foi verificar quais são as evidências, relacionadas com Watsu em diferentes disfunções.

Figura 1. Movimentos do Watsu: “Sanfona” com duas pernas e uma perna.

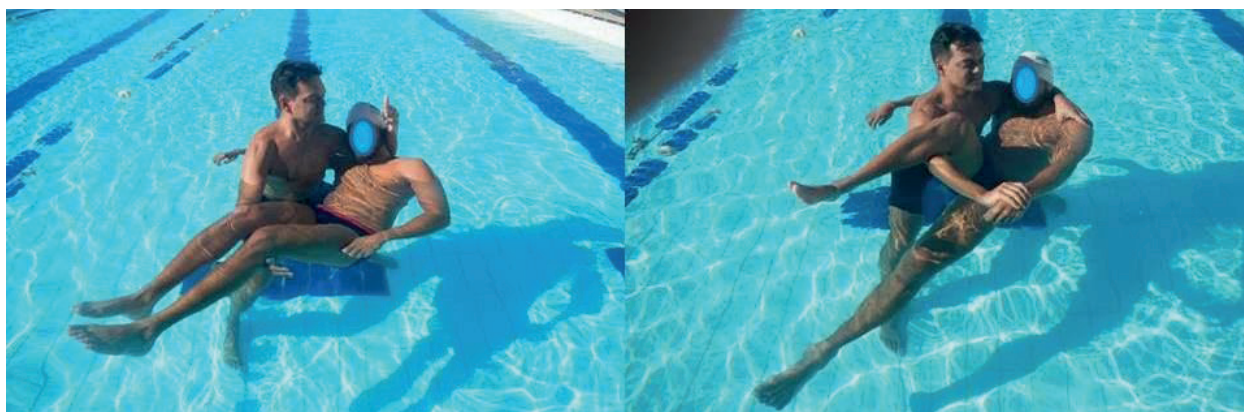
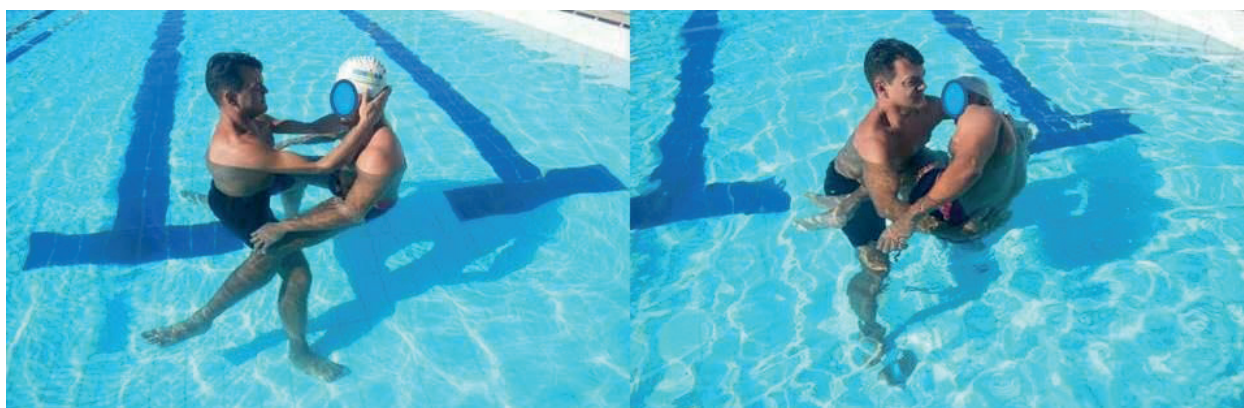


Figura 2. Movimentos do Watsu de Tração Cervical e Aconchego.



OBJETIVO

Analisar o método de Watsu como estratégia de tratamento integrativo e complementar em saúde baseado em evidências.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. O critério de inclusão foi que os estudos deveriam estar relacionados com a terapia Watsu, foram selecionados por dois revisores independentes, por meio de busca nas bases de dados eletrônicas: Scielo, PubMed, Research Gate e Google Acadêmico. As estratégias de busca foram elaboradas com a utilização dos descritores de assunto: Watsu, water shiatsu, aquático shiatsu. A busca nas bases de dados foi realizada em outubro de 2020, sem restrição de idioma e data.

RESULTADOS

Após a busca na literatura, foram encontrados 15 estudos que atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente. Os desenhos de estudo variam entre relato de caso, estudos piloto de cunho exploratório, ensaios controlados e revisões. Os participantes dos estudos variam entre diferentes populações (crianças e adultos) e doenças (Alzheimer, acidente vascular cerebral (AVC), distonia cervical, fibromialgia, trauma direto e entre outros). O método Watsu obteve êxito em diferentes desfechos, tais como: funcionalidade, dor, estresse, depressão, cognição, espasticidade e qualidade de vida. Entretanto, ainda são poucos os estudos disponíveis, sendo que a maioria possui um alto risco de viés, além de serem desenhos de estudos com baixa força de evidência sobre o Watsu.

Quadro 1. Sumarização dos estudos incluídos.

AUTOR, ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	MÉTODO	RESULTADOS
Pastrello et al., 2009	Método Watsu como recurso complementar no tratamento de uma criança com paralisia cerebral tetraparética espástica	Estudo de caso	Uma criança	Função Motora: escala gross motor function measure; foram 16 sessões de Watsu	Melhora significante da função motora
Schitter et al., 2015	Effects of passive hydrotherapy Watsu (watershiatsu) in the third trimester of pregnancy: results of a controlled pilot study	Estudo piloto	26 Mulheres no terceiro trimestre de gravidez	Foram divididas em 2 grupos. 9 no grupo intervenção e 8 no grupo controle, as demais abandonaram o estudo. Desfechos: estresse, dor, humor e qualidade de vida; foram 2 sessões de Watsu	Melhora significativa para todos os desfechos a favor do Watsu.
Chon et al., 2019	Watsu approach for improving spasticity and ambulatory function in hemiparetic patients with stroke	Estudo de caso	3 pacientes hemiparéticos com acidente vascular cerebral	Desfecho: espasticidade; foram 40 sessões de Watsu	Diminuição significativa da espasticidade
Faull et al., 2005	A pilot study of the comparative effectiveness of two water-based treatments for fibromyalgia syndrome: watsu and aia massage	Estudo piloto	13 mulheres com fibromialgia	Desfechos: qualidade de vida (SF-36); foram 4 sessões de Watsu	Melhora significativa na qualidade de vida

AUTOR, ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	MÉTODO	RESULTADOS
Useros-Olmo et al., 2020	The effects of a relaxation program featuring aquatic therapy and autogenic training among people with cervical dystonia (a pilot study)	Estudo piloto	27 pessoas com distonia cervical	Os voluntários foram divididos em dois grupos: 12 pessoas (controle) e 15 Watsu. Desfechos: qualidade de vida, depressão, ansiedade e dor; foram 4 sessões de Watsu	Melhora significativa nos desfechos de qualidade de vida, depressão e dor, não houve melhora para ansiedade
Schitter et al., 2018	Passive hydrotherapy WATSU® for rehabilitation of an accident survivor: a prospective case report.	Relato de caso.	Uma mulher de 52 anos vítima de um acidente de moto	Foram 8 sessões de Watsu; relatos da participante	A participante associou o Watsu a sua liberação emocional, à reconciliação com o corpo e a mobilização do tronco (seguida da melhora da respiração).
Bastos e Caetano, 2010	Os benefícios do Watsu na fibromialgia	Revisão integrativa	Estudos que avaliam o método Watsu na fibromialgia	Pesquisa na literatura sobre estudos que avaliam o método Watsu na fibromialgia	De acordo com os achados, o Watsu se mostrou eficaz
Borges e Parizotto, 2001	Análise dos efeitos fisiológicos em pacientes com estresse submetidos à técnica Watsu	Série de casos	18 pacientes	Desfecho: estresse. Os participantes realizam 5 sessões de Watsu	Melhora significativa do estresse
Schitter et al., 2018	Fields of application, indication, and effects of passive hydrotherapy Watsu: A survey among swiss practitioners.	Estudo qualitativo	20 profissionais de hidroterapia.	Um questionário validado internamente foi usado para coletar as informações à respeito da técnica de Watsu.	O Watsu foi aplicado comumente para tratar indivíduos com lombalgia, stresse, distúrbio do sono. Os efeitos mais relatados foram relaxamento, melhora da respiração e diminuição da dor.
Maczkowiak et al., 2007	WATSU – Zur Wirksamkeit unterschiedlich akzentuierter bewegungstherapeutischer Interventionen bei klinisch depressiven Patienten	Série de casos	31 pacientes	Desfecho: depressão; foram realizadas 6 sessões de Watsu com acompanhamento psicológico.	Foram eficazes para diminuição nos índices de depressão.
Ramírez et al., 2019	Efectividad de la terapia Watsu en pacientes con artritis idiopática juvenil: un ensayo clínico controlado paralelo, aleatorio y simple ciego	Ensaio controlado aleatorizado	Indivíduos de 8 a 18 anos idade, com artrite idiopática juvenil	Desfechos: qualidade de vida e funcionalidade. 10 sessões. Grupo experimental: Watsu Grupo controle: hidroterapia (exercícios)	Melhora significativa para todos os desfechos a favor do Watsu
Cantas et al., 2008	Associação das técnicas de Watsu e Halliwick com a Biodanza® aquática, como forma de melhorar o estresse psicológico de pacientes com doenças crônicas	Série de casos	20 pacientes com doenças crônicas.	12 meses, totalizando 48 sessões de duas horas	Melhora em 70% dos Participantes na memória, vigor físico e, ansiedade
OH et al., 2011	Stress relieving effects of Watsu	Série de casos	12 universitárias	Desfechos: estresse (cortisol) pressão arterial. 8 sessões de Watsu	Houve diminuição significativa na densidade do cortisol salivar e pressão arterial
Vogel, 2005	Self-perceived benefits of receiving Watsu sessions for eighteen months by residents of a continuing care retirement community”	Série de casos	16 participantes entre 70 e 80 anos, aceitaram receber o tratamento com Watsu.	Cada residente recebeu duas sessões mensais de 30 minutos de Watsu. Por 18 meses, 36 sessões no total.	o geral, os pacientes apresentaram melhora no sono, dores, estresse, postura, auto-eficácia de relaxamento do corpo.

AUTOR, ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	MÉTODO	RESULTADOS
Schitter et al., 2020	Applications, indications, and effects of passive hydrotherapy WATSU (WaterShiatsu)—a systematic review and meta-analysis	Revisão sistemática	27 artigos	5 ensaios clínicos aleatorizados, 22 estudos de outros desenhos (estudo de caso, transversal, etc)	O método Watsu vem sendo atribuído a uma infinidade de condições. Devido ao risco de viés na maioria dos estudos recuperados, as conclusões devem ser tomadas com cautela.

DISCUSSÃO

O Watsu foi criado em meados de 1980 e faz uso da água como meio terapêutico para alcançar a melhora do quadro clínico dos indivíduos, porém, desde então, ainda há uma carência em relação a revisões que abordem os efeitos do Watsu. Apenas Schitter et al. (2020) realizou uma revisão sistemática com metanálise para as aplicações, indicações e efeitos do Watsu.

De acordo com os nossos resultados, o Watsu foi aplicado em diferentes populações, variando desde a infância até a fase adulta e senil. As indicações principais são para a diminuição de quadros algícos, relaxamento, diminuição do estresse, ganho de mobilidade e controle motor. Os efeitos das propriedades físicas da água na estimulação das fibras C, e os efeitos termoterápicos ainda são estudados.

Nossa revisão apontou que seis estudos incluídos constataram melhora nos níveis de depressão e estresse com o método Watsu, variando entre pessoas com doenças crônicas físicas a doenças psicossomáticas, possivelmente correlacionando essas melhoras a um bom vínculo terapeuta-pacientes, à autoconfiança, aumentada por meio dos exercícios expostos e ao contato físico do terapeuta com o paciente promovendo relaxamento corporal.

Foi constatada, por seis estudos, a melhora dos participantes nos níveis de dor após a aplicação do Watsu, sendo que os participantes, no geral, apresentavam fibromialgia, algias vertebrais e artrite idiopática. A redução da dor é um fenômeno bem conhecido na hidroterapia e é associada aos modelos de estimulação das fibras C, como forma de analgesia medular, bem como à temperatura da água, e assim com menos dor à movimentação é facilitada, auxiliando na mobilidade das articulações.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de existirem poucas evidências científicas sobre a terapia Watsu, sendo a maioria de baixa qualidade metodológica, o Watsu demonstra ser uma terapia interessante e com potencial de melhora em diversos aspectos, tanto físicos quanto psicológicos, porém, há a

necessidade de melhores estudos, como ensaios controlados aleatorizados, a fim de verificar sua eficácia, padronizar os tipos de tratamentos e fortalecer as evidências disponíveis.

AGRADECIMENTOS:

Ministério da Educação – Programa de Educação Tutorial – PET-Biomecânica/UNIVASF.

■ REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, J.; et al. Hidroterapia e crenoterapia no tratamento da dor: revisão integrativa. **BrJP**, v. 2, n. 2, p.: 187-198, 2019.
2. BARRETO, A. F.; CARVALHO, R. G. S.; DAMASCENO, C. M. D. Implantação de um Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares no Vale do São Francisco: relato de experiência. **Revista Conexão UEPG**, v. 16, e2015443, p.: 01-16, 2020.
3. BASTOS, G. S.; CAETANO, L. F. Os benefícios do Watsu na fibromialgia. **Corpus et Scientia**, v. 6, n. 2, 2010.
4. BORGES, R. M.; PARIZOTTO, N. A. Análise dos efeitos fisiológicos em pacientes com estresse submetidos à técnica Watsu. **Fisioterapia Brasil**, v. 2, n. 1, p. 33-40, 2001.
5. CANTAS, G. A.; et al. Associação das técnicas de watsu e Halliwick com a biodanza® aquática, como forma de melhorar o estresse psicológico de pacientes com doenças crônicas. **Revista Pensamento Biocêntrico**, v. 9, n. 4, p. 69-83, 2008.
6. CHON, S.C.; et al. Watsu approach for improving spasticity and ambulatory function in hemiparetic patients with stroke. **Physiotherapy Research International**, v. 14, p. 128-136, 2019.
7. DULL, H. Watsu. Califórnia: Harbin Springs Publishing, 1993.
8. FAULL, K.; et al. A pilot study of the comparative effectiveness of two water-based treatments for fibromyalgia syndrome: Watsu and Aix massage. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 9, p. 202-210, 2005.
9. HELLMANN, F.; DRAGO, L. C. Termalismo e crenoterapia: potencialidades e desafios para a saúde coletiva no Brasil. **J Manag Prim Heal Care**, v. 8, n. 2, p.: 309-321, 2017.
10. ISRAEL, V. L.; et al. Práticas integrativas e complementares em saúde: hidrotermalismo como ambiente e recurso de atuação do fisioterapeuta. **Divers@! Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, p.: 79-90, 2017.
11. LEMOS, C. S.; et al. Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. **Aquichan**, v. 18, n. 3, p. 327-342, 2018.
12. MACZKOWIAK, S.; et al. WATSU-Zur Wirksamkeit unterschiedlich akzentuierter bewegungstherapeutischer Interventionen bei klinisch depressiven Patienten. **B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport**, v. 23, n. 02, p. 58-64, 2007.
13. OH, J-S.; LEE, S.-K. Stress relieving effects of Watsu. **Kor J Aesthet Cosmetol**, v. 9, n. 3, 2011.

14. PASTRELLO, F. H. H.; et al. O método Watsu como recurso complementar no tratamento fisioterapêutico de uma criança com paralisia cerebral tetraparética espástica: estudo de caso. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 1, p.: 95-102, 2009.
15. PRADIPTO, M. J. Zen Shiatsu. São Paulo; Summus, 7^a ed, 1986.
16. RAMÍREZ, N. P.; et al. Efectividad de la terapia Watsu en pacientes con artritis idiopática juvenil. Un ensayo clínico controlado paralelo, aleatorio y simple ciego. **Revista chilena de pediatría**, v. 90, n. 3, p. 283-292, 2019.
17. SCHITTER, A. M.; et al. Fields of application, indication, and effects of passive hydrotherapy WATSU. A survey among swiss Practitioners. <https://boris.unibe.ch/id/eprint/122165>, 2018.
18. SCHITTER, A. M.; et al. Applications, indications, and effects of passive hydrotherapy WATSU (WaterShiatsu) – A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 15, n. 3, e0229705, p.: 1-25, 2020.
19. SHITTER, A.M.; et al. Effects of passive hydrotherapy WATSU (WaterShiatsu) in the third trimester of pregnancy: results of a controlled pilot study. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2015, Article ID 437650, p. 1-10, 2015.
20. USEROS-OLMO, A. I.; et al. The effects of a relaxation program featuring aquatic therapy and autogenic training among people with cervical dystonia (a pilot study), **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 36, n. 4, p.: 488-497, 2020.
21. VOGEL, W. A. Self-perceived benefits of receiving Watsu sessions for eighteen months by residents of a continuing care retirement community. Reprinted with permission from the Aquatic Exercise Association, www.aeawave.com, Originally published in **AKWA**, v. 19, n. 4, p.: 1-3, 2005.

“ Inovações na gestão de interações sensíveis à atenção primária: a percepção de gestores e trabalhadores de serviços envolvidos

| Edson **Malvezzi**

| José Maurício de **Oliveira**

RESUMO

O artigo tem por objetivo analisar o processo de implantação de sistema de gestão de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo a percepção de gestores e trabalhadores dos serviços da atenção primária e unidade hospitalar envolvidos. Fruto de pesquisa de campo de matiz qualitativa, realizada no sistema público de saúde, utilizou de observação participante, entrevistas e construção de narrativa como instrumentos de coleta e análise. Os resultados demonstram a percepção de inovação em processos de saúde, a partir da construção coletiva, com valorização e compromisso dos participantes, da implementação de novas práticas de gestão e de construção de cuidado em rede.

Palavras-chave: Inovação, Atenção Primária, Hospitalização, Sistema de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política estabelecida a partir da lógica inclusiva, solidária e universal, que concebe a saúde como direito dos cidadãos, contribuindo significativamente para a construção de cidadania e provocando mudanças estruturantes do Estado¹.

São indiscutíveis seus avanços e crescente seu grau de acesso à integralidade das ações à saúde², assim como a necessidade constante de sua reorganização dada as reconhecidas mudanças nas características demográficas com a ampliação da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, no perfil de morbimortalidade desta³.

Reconhecendo esse cenário, o SUS vem adotando estratégias como o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do sistema, com vistas à implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, complementarmente, tomando a Gestão da Clínica como ferramenta de qualificação das ações ofertadas⁴. Esta lógica de organização visa oferecer acesso e qualidade ao sistema, orientada pelas necessidades de seus usuários, possibilitando e oferecendo-lhes atenção integral⁵.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado⁴. Lima e Padilha⁶ reforçam esta concepção como uma modelagem alternativa e inovadora para a organização dos serviços de saúde que possibilita a reversão da fragmentação e segmentação do cuidado.

Silva⁷ destaca aspectos necessários para a operacionalização das RAS: (i) definição de território e análise da situação de saúde deste; (ii) criação e estabelecimento de regulação e governança para o funcionamento da rede, com espaços decisórios compartilhados e atribuição de competências e responsabilidades para cada serviço incluído; (iii) planejamento participativo e orientado por resultados; (iv) construção de diretrizes clínicas para a assistência e para a regulação de procedimentos; (v) construção de sistemas integrados de informação, sobretudo para a continuidade de ações assistenciais ou de promoção de saúde.

Nesta construção de novas formas de produção do cuidado, as ferramentas de Gestão da Clínica trazem importantes contribuições. Gomes et al⁸ apontam que, apesar de polisêmico, na essência, o conceito de gestão da clínica está intrinsecamente relacionado à melhoria contínua da qualidade na oferta de serviços de cuidados à saúde com dimensão sistêmica^{9,10}. Em sistemas universais, como no Canadá e Nova Zelândia, este tema está na pauta política dos governos, fazendo contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que acarretam necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde¹¹.

No SUS adota-se Gestão da Clínica como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde, fornecendo elementos de apoio à decisão e manejo clínico, organizando o processo e os fluxos de trabalho e apontando as competências e responsabilidades

dos serviços, das equipes e dos profissionais. Tais tecnologias operam com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, e prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade de atenção à saúde⁴.

Há consenso entre autores^{3,7} de que a proposta de implementação das RAS no Brasil aponta para uma necessária implicação dos serviços e seus profissionais, que se responsabilizam pela maior efetividade na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde em seus espaços de governabilidade.

Neste caminho, um dos desafios que se mantém é a integração entre os serviços de diferentes complexidades, destacando-se neste contexto o distanciamento entre os hospitais e as unidades básicas de saúde. Um conceito que vem sendo utilizado para avaliar esta relação são as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que compreende um conjunto de agravos em que o cuidado oportuno e efetivo ofertado por ações típicas da APS pode reduzir o risco de hospitalização¹².

A Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária¹³ segue esta concepção, adotando sua mensuração como um indicador da atividade hospitalar que permite avaliar o acesso e a qualidade da APS, tornando-se dispositivo de planejamento e gestão do sistema de saúde¹⁴. Estudos quantitativos apontam, dentre outros fatores, que o acesso aos cuidados oportunos de saúde na APS contribui para variações na ocorrência dessas internações¹⁴⁻¹⁷.

Diante deste contexto e percebendo-se a escassez de estudos de abordagem qualitativa sobre este tema na literatura nacional, apresenta-se aqui estudo sobre a compreensão dos gestores e trabalhadores dos serviços envolvidos em processo de implantação de sistema de gestão de ICSAP, destacando a percepção de inovação em saúde com a instituição de novas práticas de gestão e na construção de rede de cuidados.

Ressalta-se aqui a opção pelo conceito de inovação como um conjunto de saberes e práticas sociais, historicamente construídas, num determinado espaço-tempo, na interação entre sujeitos em suas práticas cotidianas nas instituições, tanto no plano micro como macro político¹⁸. A ideia de inovação nas organizações decorre da compreensão de sua estruturação em novas formas de gestão, novos processos decisórios e novas formas de provisão de serviços, consistindo na inclusão de novos atores nestes campos. Inovação como as tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído¹⁸.

METODOLOGIA

Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa, de caráter qualitativo, com pesquisador participante¹⁹, concebida junto ao Programa de Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do curso de mestrado do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, que teve

como objetivo analisar a percepção de gestores e trabalhadores implicados no processo de implantação de sistema de gestão de ICSAP junto ao Distrito de Saúde Sul (DSS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas, denominado “Projeto ICSAP”.

Adotou-se como suporte metodológico a Análise de Conteúdo²⁰ e a Hermenêutica-Dialética^{19,21} para a sistematização, análise e discussão dos resultados.

Foram realizadas 12 entrevistas individuais, do tipo aberta, com sujeitos incluídos por amostra intencional²², guardando a paridade entre representantes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Hospital Municipal (HM), garantindo a diversidade de inserção e formação profissional, identificadas aleatoriamente de “E1 a E12”. Pelo critério de saturação²³ não se julgou necessário a inclusão de novos sujeitos.

Complementarmente, a partir da sistematização das entrevistas, foi construída uma narrativa pelo pesquisador que, com o propósito de aprofundamento do seu conteúdo e garantia de participação dos sujeitos na validação²⁴, fora convalidada em oficina com os mesmos participantes, cuja citação neste artigo é identificada por “N”.

O referido projeto de pesquisa foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAAE 07541312.7.0000.5453, parecer 720.275, sendo adotados todos os procedimentos pertinentes.

O “PROJETO ICSAP”

A cidade de Campinas-SP apresenta estrutura complexa de serviços públicos de saúde e histórico de pioneirismo na organização de seu sistema. Uma de suas principais características é a lógica da territorialização e adscrição da população aos serviços e a descentralização da gestão.

Da reconhecida parceria estabelecida entre o DSS e HM e do compartilhamento do conceito de que a efetividade dos serviços da atenção primária pode favorecer a diminuição do risco de internações hospitalares, nasce a proposta do “Projeto ICSAP”.

Com o objetivo de qualificar a integração entre estes serviços, favorecendo a efetivação de uma rede integrada, esta intervenção teve início efetivo em 2012 com a participação de 16 UBS e o referido hospital, referências do mesmo território.

São ideias norteadoras a garantia de acesso e continuidade do cuidado aos usuários e a otimização dos recursos existentes, valorizando a autonomia e o protagonismo dos envolvidos. A intencionalidade é reorganizar o processo de trabalho, propondo um novo modo de operar em saúde, com centralidade no usuário, avançando na resolubilidade e efetividade dos serviços envolvidos.

Da análise de ocorrências das internações no HM foram escolhidos oito agravos prioritários para monitoramento: Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca

Congestiva, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Cerebral, Pneumonias, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Infecção do Trato Urinário, em pacientes com idade igual ou superior a 20 anos.

Foram criadas linhas-guia para identificação de risco dos usuários internados e para o consequente seguimento nas UBS. Operacionalmente, a equipe assistencial aponta, na alta, classificação de risco para a continuidade do cuidado junto à UBS. São três níveis: vermelho quando o usuário deve ser atendido pela UBS em até sete dias; amarelo em até 15 dias; e verde em até 30 dias. As UBS por sua vez, ao receber a informação da alta, via relatório eletrônico de alta, constrói o respectivo plano terapêutico.

Reuniões participativas e deliberativas, regulares, promoveram a integração entre as equipes e corresponsabilização pelo processo, tendo espaço privilegiado as discussões relacionadas às ferramentas da gestão da clínica e **qualificação do cuidado**.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos núcleos argumentais de sentido emergentes do material da pesquisa, destacam-se dois temas relacionados à instituição de novas práticas: na gestão e na construção do cuidado em rede.

- **Novas Práticas na Gestão**

A parceria entre os UBS e HM é reconhecida como fator que favorece a formulação e implementação do projeto de gestão de ICSAP. A construção de processos decisórios compartilhados e corresponsáveis, com valorização do protagonismo dos participantes, pode ser verificada na percepção dos implicados:

É unânime nossa identificação com a construção e com a condução deste Projeto. Avaliamos que são realizadas de forma democrática e participativa, com fortes componentes éticos, valorizando nosso protagonismo. Somos nós que o vivenciamos no dia-a-dia, somos nós que o conduzimos! E mais do que isso, ampliamos nossa visão, passamos de uma visão local, restrita, para uma dimensão mais sistêmica. (N)

Pode-se perceber também que este é um processo inovador, que permite a mudança de práticas. A identificação dos problemas e elaboração de soluções coletivas, respeitando as singularidades de cada serviço, fortemente relacionadas ao cotidiano, denota capacidade de captar, processar e analisar informações para transformar a realidade. Aspecto bastante presente na fala dos participantes é a capilarização destes movimentos para suas equipes locais, ampliando lá também a discussão e o protagonismo dos profissionais envolvidos, assumindo lugar de autores dos processos.

Neste sentido se assemelha muito à definição de espaço coletivo trazida por Campos25:

Um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). [...] um coletivo Organizado para a Produção constitui-se na medida em que logra produzir-se com capacidade de análise e com potência para agir²⁵:147.

Esta concepção, que pressupõe e implica em mudanças na cultura das instituições, se aproxima do que Motta²⁶ aponta ser um desafio do mundo contemporâneo para as organizações, que é a implementação de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, que permitam uma plasticidade capaz de assimilar o que ocorre em seu interior e em sua volta, e de elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparecer.

Parece que estamos instituindo uma nova cultura, colocando em discussão, democraticamente, nossas concepções de modelo, nossas ideias sobre a organização do sistema de saúde [...]. Achamos que este movimento pode ser indutor de um processo que reestabeleça o papel de cada serviço no sistema, pois tem nos permitido colocar em pauta o atual modelo de atenção, que nos parece ser tão medicocentrado, tão hospitalocêntrico, tão tradicional. Falamos disso há tanto tempo, mas porque agora parece que temos como mudar?(N)

• Novas Práticas no Cuidado em Rede

Da sua forma tradicional de aplicação de indicador focado na mensuração do acesso e qualificação da APS, a gestão das ICSAP passa a se constituir como dispositivo de aproximação entre os diferentes serviços de saúde, qualificando o acesso e garantindo a continuidade do cuidado aos seus usuários, com mecanismos de integração que favorecem a efetivação de um sistema em rede, apontando para a possibilidade de superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico.

É consenso entre nós de que o Projeto significa uma aproximação entre Hospital e o Distrito, especialmente entre os serviços deste território, e como esta aproximação aumentou nossa integração, nossa credibilidade e o respeito entre as duas instituições. (N)

É reconhecido ainda, pelos participantes, que o exercício do cuidado compartilhado qualifica o seu próprio trabalho com a adoção e aplicação de novas tecnologias e saberes no cotidiano, gerando a percepção de valor de uso e transformando suas práticas.

O Projeto tem oportunizado mudanças no processo interno, na organização interna das unidades e das equipes. (E7)

Este Projeto tem permitido à equipe não ficar só no lugar da rotina, “do não penso” para assumir um lugar de sujeito do processo, “do penso”. (E8)

Constata-se que os conceitos e instrumentos da Gestão da Clínica (linhas-guia, diretrizes clínicas, protocolos de priorização, informação clínica compartilhada) favoreceram a integração, assim como ofereceram mecanismos para a qualificação do cuidado. Qualificação que reafirma a adoção e aplicação de novas tecnologias e novos saberes no cotidiano das equipes, transformando suas práticas, tal como Lima e Padilha⁶ atribuem potencialmente às ferramentas da Gestão da Clínica.

Dentre os argumentos, destaca-se o envolvimento das equipes de referência na construção conjunta de projetos terapêuticos a partir da discussão de casos, favorecendo o desdobramento de outras ações, tais como a reorganização dos fluxos internos dos serviços e a priorização dos grupos de agravos do Projeto; auditoria clínica nos prontuários sobre o cuidado prévio e posterior à internação; busca ativa dos pacientes de acordo com o critério de risco da alta hospitalar; realização de visitas domiciliares; dentre outros cujo objetivo é a garantia de continuidade do cuidado.

A inclusão da discussão de caso foi uma alternativa para ampliar a integração e qualificar o cuidado. (E12)

Neste sentido, emerge a utilização de diretrizes clínicas pautadas pela simplicidade de critérios técnicos de fluxo, o que favorece sua utilização como dispositivo pactuado para garantia de acesso e continuidade do cuidado. Uma potente ferramenta destacada como um dos frutos mais importantes do Projeto foi a formulação e implantação de uma classificação de risco atribuída a cada paciente no momento da alta.

A classificação de risco foi uma construção do coletivo e foi uma das coisas mais importantes do Projeto. (E10)

Esta classificação, cuja lógica é construída coletivamente, através de pactos de confiança mútua entre os profissionais dos serviços, é apontada como um aspecto determinante para a adequação ao tempo ideal para oferta do atendimento e otimização dos recursos disponíveis, uma vez que define a expectativa de continuidade do cuidado de acordo com a gravidade avaliada de cada caso.

Viabilizando e agilizando o processo, outro destaque é a utilização do sistema informatizado de gestão hospitalar para a produção de relatórios eletrônicos de alta, que são disponibilizados diariamente para as equipes das UBS, já incorporando o critério de risco, ampliando e mantendo a possibilidade de circulação das informações sobre os pacientes, favorecendo a continuidade ao cuidado.

O acesso ao relatório eletrônico de alta do hospital gera informação capaz de contribuir para a tomada de decisão em relação ao cuidado. (E11)

Ele facilitou muito a vida de todo mundo [...] o Relatório Eletrônico de Alta criou um mecanismo automático de grande potência para as equipes [...] que mudou o dia-a-dia do serviço [...] não dá para negar os ganhos, a qualidade dos relatórios de alta, por exemplo, que chega, faz toda a diferença, e isso também é para trabalho interno, isso também é mudança que tem haver com o Projeto.(N)

Outro ponto significativo é o acesso aos resultados de exames laboratoriais ou de imagem realizados durante a internação, evitando a replicação dos mesmos. Também foi assinalada a contribuição do REA para a composição e o enriquecimento do prontuário do paciente na UBS, uma vez que estes concretizam as informações sobre o episódio de internação, permitindo o acompanhamento mais adequado pela equipe cuidadora.

Os problemas e as possíveis soluções passam a tomar a dimensão do conjunto dos serviços, sai da visão local para uma visão sistêmica, tem vocação sistêmica. (E6)

Ao tomar as redes como estratégia para a integralidade do cuidado, segundo a percepção dos sujeitos desta pesquisa, possibilita-se a construção de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, confluentes com o que aponta as diretrizes do Ministério da Saúde^{4,13}, assim como o que Mendes³ e Silva⁷ ressaltam em seus estudos como sendo o mecanismo de superação da fragmentação da atenção à saúde.

CONCLUSÃO

Percebeu-se que o processo favorece a construção e implementação de inovações que valorizam a realidade local e a possibilidade de criação de novas formas de fazer e ofertar cuidado em saúde, em rede, com autonomia e compromisso dos participantes.

Destaca-se a sensação de pertencimento dos participantes nesse processo, bem como o reconhecimento de que a sua diversidade e complementaridade são fatores importantes tanto para a constituição de espaços que criem condições para a transformação pretendida, como para a própria continuidade do projeto.

Considerando que o modo concreto de fomentar inovação é a construção coletiva de ferramentas e tecnologias, a partir do conhecimento e potência técnica e das pessoas envolvidas, de negociação de pactos e acordos entre as várias instâncias envolvidas, associado à incorporação tecnológica, a principal conclusão é que o sistema de gestão de ICSAP provocou mudanças organizacionais e foi instituinte de novas práticas de gestão e do cuidado em rede.

E, neste sentido, fica evidenciado que há coerência com o conceito de inovação aqui adotado.

Recomenda-se, dada a riqueza e complexidade do tema, que este estudo possa ter continuidade, especialmente dando voz às percepções dos usuários incluídos no Projeto ICSAP.

■ REFERÊNCIAS

1. Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(supl.2):2009-18.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):11-3.
3. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2009.
4. Brasil. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 31 dez. 2010.
5. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
6. Lima VV, Padilha RQ. Ciência, tecnologias e inovações na gestão de serviços de saúde. In: Damázio LF, Gonçalves CA (org). *Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 191-215.
7. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(6):2753-62.
8. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF, et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(8):2431-9.
9. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão da clínica e clínico geral: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(supl.1):1081-96.
10. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*. 2001; 322(7299):1413-7.
11. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(supl.1):1493-7.
12. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Publica*. 2009; 25(6):1337-49.
13. Brasil. Portaria GM/MS nº 221 de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 18 abr. 2008.
14. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições sensíveis à atenção primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate*. 2014; 38(esp.):331-42.

15. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(supl):1145-54.
16. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1963-70.
17. Nedel FB, Facchini LA, Martin-Mateo M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010; 19(1):61-75.
18. Pinheiro R, Mattos RA (org). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Editora 70, 2011
21. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.
22. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato, ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):388-94.
23. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
24. Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.
25. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal; considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In Merhy EE, Onocko R (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-266.
26. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

“ Internações por condições sensíveis a atenção primária: revisão qualitativa da literatura científica brasileira

| Edson **Malvezzi**

Artigo original publicado em: 2018.

Revista Saúde em Redes - ISSN 2446-4813.

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

RESUMO

O Sistema Único de Saúde vem enfrentando a fragmentação do cuidado com a formulação de propostas que visam a integração e a integralidade das ofertas de serviços e ações de cuidado centrados nas necessidades de saúde da população. Uma destas é a adoção da Atenção Primária em Saúde como ordenadora do sistema, buscando a racionalidade e coordenação na utilização dos demais níveis assistenciais. Um dos grandes desafios é a integração entre os serviços, onde se destaca o distanciamento entre as Unidades Básicas de Saúde e os Hospitais. Neste sentido, um conceito que vem sendo utilizado para avaliar esta relação é o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Este trabalho tem como objetivo explorar as diferentes abordagens e apresentar os sentidos e usos atribuídos ao indicador ICSAP no Brasil, através de uma revisão da literatura nacional, de cunho qualitativo, entendida como um estudo exploratório da produção do conhecimento acerca do tema, privilegiando-se o artigo científico como fonte de análise. Os resultados apontam para a importância que o uso deste indicador vem ganhando na avaliação da Atenção Primária, porém com alguns aspectos ainda a serem superados para seu uso, tais como a sua fórmula de cálculo e acesso ao banco de dados, e de que não há consenso sobre a correlação inversa entre a cobertura da Atenção Primária e as ocorrências de internações por CSAP.

Palavras-chave: Atenção Primária, Hospitalização, Sistema de Saúde, Revisão.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, historicamente marcado por um modelo de assistência curativista, hospitalocêntrica e medicocentrada, influência do paradigma cartesiano no pensamento da medicina, ainda convive com as implicações desta concepção na organização e práticas de saúde^{1,2}.

Dados brasileiros mostram que a utilização dos serviços de saúde vem crescendo proporcionalmente mais do que o crescimento da população³, muito provavelmente tensionada pelo também aumento da quantidade de tecnologias prescritas pelas equipes cuidadoras⁴. Progressivamente vem se ampliando a oferta de uma assistência mais custosa, mais especializada, mais municiada de exames, de fármacos e de equipamentos^{1,2,5}.

Apesar destas ações, centradas na atenção curativa, resultarem em diminuição da letalidade de algumas doenças e agravos, não interfere significativamente no padrão e ocorrência dessas doenças, já que não atuam em seus determinantes⁶, e seu caráter fragmentado é ineficiente, sobretudo no tratamento das doenças crônico-degenerativas².

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando esta fragmentação do cuidado com a formulação de propostas que visam a integração e a integralidade das ofertas de serviços e ações de cuidado centrados nas necessidades de saúde da população^{2,7-10}. Uma destas é a adoção da Atenção Básica (AB) como ordenadora do sistema, buscando a racionalidade e coordenação na utilização dos demais níveis assistenciais¹¹.

Existem evidências que países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) alcançam melhores resultados:

Em sistemas de saúde universalizantes e includentes, como na Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, este tema está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde^{12:15}.

Neste sentido, reconhece-se a necessidade contínua de utilização de indicadores que permitam analisar o desempenho dos sistemas de saúde. Embora o uso dos serviços de saúde tenha maior possibilidade de ser mensurado, o resultado correspondente ao reflexo deste uso no estado de saúde, quer individual como coletivamente, são mais difíceis de encontrar¹³.

Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) é um indicador que se propõe a mensurar as internações hospitalares que, em teoria, poderiam ser evitadas pelo acesso oportuno a cuidados de saúde de boa qualidade na atenção primária, permitindo refletir tanto a organização dos serviços de saúde como o estado de saúde da população. Compreendem um conjunto de agravos em que o cuidado oportuno e efetivo ofertado por ações típicas da atenção primária podem reduzir o risco de hospitalização^{14,15}.

Constitui-se como indicador da atividade hospitalar que permite avaliar o acesso e a qualidade da atenção primária.

A classificação de uma condição como acessível aos cuidados de saúde na atenção primária (CSAP) baseia-se na premissa de que, uma vez identificada a condição de saúde que enseje cuidados, o sistema tem capacidade de disponibilizar serviços que podem evitar seu agravamento ao ponto de necessitar de hospitalização.

As CSAP compreendem um conjunto de doenças e agravos que podem ser evitados por meio de cuidado ambulatorial oportuno e efetivo, controle de episódios agudos ou manuseio da doença ou condição crônica. Trata-se de um conjunto de eventos que dificilmente progrediriam a ponto de exigir internação, se abordados de maneira apropriada na promoção, prevenção, tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial^{16:762}.

Este indicador, desenvolvido por Billings na década de 1990, que se utiliza do conceito de mortes evitáveis, foi inicialmente estudado nos Estados Unidos e posteriormente em diversos outros países¹⁷. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), através de seus países membros, o utiliza como um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade¹⁸.

Alfradique et al¹⁷ afirmam que a identificação de eventos de hospitalização por agravos que poderiam ter sido cuidados na atenção primária permite medir a efetividade desta última. Acredita-se que uma efetiva atuação destes serviços da APS, relacionadas com medidas preventivas, diagnóstico e tratamento precoce das doenças agudas e controle e acompanhamento de patologias crônicas, tende a uma diminuição no risco de hospitalização. Estudos^{14,18-25} apontam que o acesso aos cuidados de saúde com qualidade na Atenção Primária pode estar associado à redução dessas internações.

No Brasil, seguindo este mesmo movimento, adotando o marco conceitual proposto por Caminal e Casanova²⁶, o Ministério da Saúde lança em 2008 a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária com adaptações para as condições nacionais¹⁵. Surge como um dispositivo de avaliação da atenção primária, que pode permitir a comparação de efetividade entre os diversos serviços, como também uma ferramenta de planejamento e gestão do sistema de saúde em seus diferentes níveis²⁷.

CONCEITOS E APLICAÇÕES

Com o objetivo de explorar as diferentes abordagens e buscando compreender os sentidos e usos atribuídos ao indicador ICSAP no Brasil, apresenta-se aqui uma revisão da literatura nacional, de cunho qualitativo, entendida como um estudo exploratório da produção do conhecimento acerca do tema, privilegiando-se o artigo científico como fonte de análise.

A partir da pergunta de partida “Como a literatura científica brasileira tem abordado as ICSAP?”, foram identificados e utilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) os descritores em ciências da saúde (DECS) de assunto que correspondiam às interações por condições sensíveis à atenção primária para pesquisa e recuperação de literatura científica nas fontes de informação indexadas disponíveis.

Disto, centrou-se a pesquisa na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), tendo em vista ser o mais importante e abrangente índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe e, após, repetiu-se os mesmos parâmetros para nova pesquisa na base de dados da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SciELO - Scientific Electronic Library Online), biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

A busca nestas bases de dados foi realizada em 27 de dezembro de 2016, com a seguinte estratégia: Internação Hospitalar/Hospitalização [categoria Decs] and "EVITAVEIS" or "Sensíveis" [Palavras]. A partir da lista de resultados, foram excluídos os artigos que não possuíam as palavras "ATENCAO BASICA" ou "ATENCAO PRIMARIA" no resumo e selecionados aqueles que tiveram sua publicação nos últimos cinco anos, ou seja, a partir de janeiro 2012 e inclusive até dezembro de 2016.

Com estes critérios, na base “Lilacs” foram encontrados 19 títulos de artigos e na “SciELO” outros três títulos de artigos diferentes daqueles já selecionados, totalizando 22 artigos. Todos com texto completo disponível.

Após a leitura de todo o acervo, cada artigo foi organizado em duas planilhas como fichas de caracterização e análise. A primeira com o objetivo de caracterizar a produção, integrando nome do primeiro autor, vínculo do autor, título, desenho metodológico, abrangência, ano de publicação, periódico da publicação e classificação “Qualis-Capes” de periódicos de 2015 na área de avaliação da Saúde Coletiva.

Tabela 1. Ficha de Caracterização dos Artigos

	Primeiro Autor	Vínculo do Autor	Título	Tipo de Estudo	Abrangência	Ano de publicação	Periódico	Qualis	
Lilacs	1	Castro, ANB	Universidade	Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil	Quantitativo	Nacional	2014	Cad. Saúde Pública	A2
	2	Rodrigues-Bastos, RM	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010	Quantitativo	Estadual	2014	Rev. Saúde Pública	A2
	3	Mendonça, SS	Universidade	Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012	Quantitativo	Estadual	2014	Epidemiol. Serv. Saúde	B2
	4	Marques, AP	Serviço	Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde	Quantitativo	Estadual	2014	Rev. Saúde Pública	A2
	5	Pazó, RG	Universidade	Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil	Quantitativo	Estadual	2014	Cad. Saúde Pública	A2
	6	Ferreira, JBB	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma região de saúde paulista	Quantitativo	Região de Saúde	2014	Epidemiol. Serv. Saúde	B2
	7	Cardoso, CS	Universidade	Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde	Quantitativo	Municipal	2013	Rev. Panam. Salud Publica	A2
	8	Rehem, TCMSB	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma metrópole brasileira	Quantitativo	Municipal	2013	Rev. Esc. Enferm USP	B2
	9	Santos, VCF	Universidade	Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS	Quantitativo	Estadual	2013	Rev. Gaucha Enfermagem	B2
	10	Muraro, CF	Universidade	Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no idosos	Quantitativo	Municipal	2013	Ver. Baiana de Saúde Pública	B3

	Primeiro Autor	Vínculo do Autor	Título	Tipo de Estudo	Abrangência	Ano de publicação	Periódico	Qualis	
Lilacs	11	Ferreira, M	Universidade	Internações por condições sensíveis: possibilidades de avaliação na atenção básica	Quantitativo	Municipal	2012	Rev. Eletr. Enfermagem	B4
	12	Rehem, TCMSB	Universidade	Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar	Quantitativo	Hospital	2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem	B2
	13	Rodrigues-Bastos, RM	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil	Quantitativo	Municipal	2013	Rev. Assoc. Med. Bras.	B1
	14	Junqueira, RMP	Universidade	Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008	Quantitativo	Distrito Federal	2012	Rev. Saúde Pública	A2
	15	Pazó, RG	Serviço	Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009	Quantitativo	Estadual	2012	Epidemiol. Serv. Saúde	B2
	16	Campos, AZ	Serviço	Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do sul, 2000 a 2009	Quantitativo	Municipal	2012	Cad. Saúde Pública	A2
	17	Boing, AF	Universidade	Redução das Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009	Quantitativo	Nacional	2012	Rev. Saúde Pública	A2
	18	Barreto, JOM	Serviço	Estratégia saúde da família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil	Quantitativo	Estadual	2012	Cad. Saúde Pública	A2
	19	Batista, SRR	Universidade	Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos	Quantitativo	Estadual	2012	Rev. Saúde Pública	A2
	20	Avelino, CCV	Universidade	Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil	Quantitativo	Municipal	2015	Ciência & Saúde Coletiva	B1
SciELO	21	Ceccon, RF	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico	Quantitativo	Nacional	2014	Rev Bras Epidemiol	B1
	22	Oliveira, RR	Universidade	Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis	Quantitativo	Municipal	2012	Rev Latino Americana de Enfermagem	B2

Na segunda ficha analítica, com o objetivo de sistematização dos dados, utilizou-se da organização por núcleos de sentido, categorias de análise e unidades de registro onde foram transcritos trechos conceituais ou considerações específicas de cada artigo²⁸.

Os conceitos e as considerações específicas sobre o assunto, registrados nesta segunda ficha de cada artigo, foram analisados a partir de uma adaptação da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, descrita por Bardin²⁸. Para essa autora, a análise de conteúdo define-se por um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, a partir de procedimentos sistemáticos, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens, onde o tema é uma unidade de significação que se liberta do texto analisado e pode ser traduzido por um resumo, por uma frase ou por

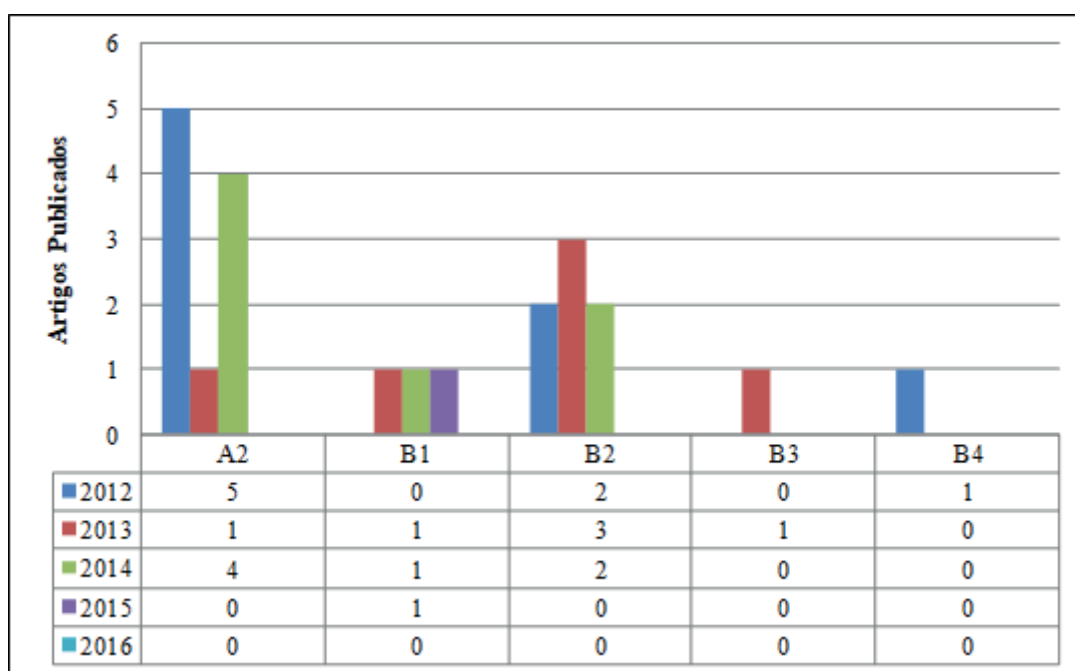
uma palavra. Com essa técnica, é possível identificar o que está por trás dos conteúdos manifestos^{29,30}.

Em síntese, foram percorridos os seguintes passos analíticos: (a) identificação das ideias centrais dos trechos transcritos de todos os artigos; (b) os sentidos subjacentes às ideias foram classificados em núcleos, que resumem a produção do conhecimento acerca do assunto estudado; e (c) elaboração de sínteses de cada núcleo de sentido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

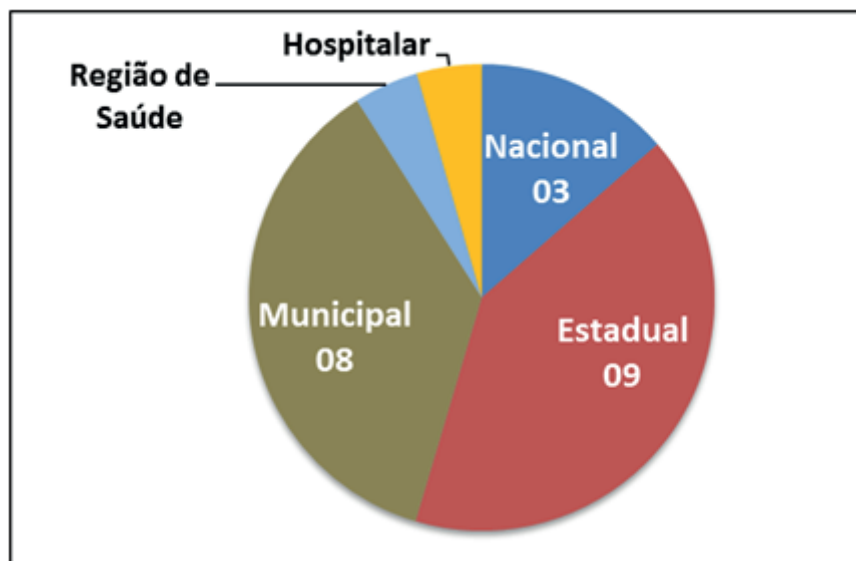
Das informações registradas na primeira planilha pode-se verificar que dos 22 artigos selecionados, 10 (45,5%) foram publicados em A2; 03 (13,7%) em B1; 07 (31,8) em B2; 01 (4,5%) em B3; e, 01 (4,5%) em B4. No que se refere ao ano de publicação, 08 (36,4%) são de 2012; 06 (27,3%) de 2013; 07 (31,8%) de 2014; e, 01 de 2015. Não foi encontrada nenhuma publicação referente a 2016.

Figura 1. Distribuição publicações por ano e classificação



Dentre os autores principais, 18 (82%) apontam vínculo institucional com universidades e outros 04 (18%) com serviços de saúde. Sobre a abrangência, 09 (41%) são de âmbito estadual (incluído um trabalho do Distrito Federal); 08 (36,4%) municipal; 03 (13,6%) nacional; 01 (4,5%) de região de saúde; e, 01 (4,5%) hospitalar. Quanto ao desenho do estudo, todos os artigos optaram pelo método quantitativo, não havendo, nesta amostragem, nenhum com abordagem qualitativa ou com caráter de revisão da literatura.

Figura 2. Distribuição por abrangência dos estudos da amostragem



Na segunda planilha, que se propõe a sistematização dos dados encontrados em cada artigo sobre a abordagem das ICSAP, foram identificados cinco núcleos de sentido com 15 categorias de análise, tal como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2. Núcleos de Sentido e Categorias de Análise

Núcleos de sentido	Categorias de análise
1. Conceitos	1.1. CSAP/ICSAP
	1.2. Adaptações
2. Limites para Coleta e Cálculo de Dados	2.1. SIH/SUS
	2.2. Produção das UPA
	2.3. Prontuário vs. AIH
	2.4. Cálculo do Indicador
3. Correlação Cobertura APS X ICSAP	3.1. Inversa
	3.2. Relativa
	3.3. Indefinida
4. Indicador de Avaliação do Sistema de Saúde	4.1. Validação
	4.2. Críticas
5. Desafios	5.1. Qualificação dos dados
	5.2. Efetivação como Indicador de Avaliação do Sistema de Saúde
	5.3. Ampliação Estudos Qualitativos
	5.4. Inclusão dos usuários

O primeiro núcleo diz respeito aos conceitos apresentados para as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e ICSAP. Os artigos quando os apresentam trazem a definição coincidente com a da portaria ministerial que institui a lista brasileira de CSAP¹⁵. Especificamente em relação às ICSAP destacam seu valor como indicador hospitalar que permite indiretamente avaliar o acesso e a qualidade da AP³¹⁻³³.

Emerge ainda, não contraditória a esta definição, mas restritivamente, a indicação de sua aplicação apenas à parcela das ocorrências relacionada à baixa condição socioeconômica da população.

[...] instrumento de avaliação da atenção oferecida a populações com baixos níveis socioeconômicos como marcador de qualidade dos cuidados primários e na avaliação do acesso aos serviços de saúde^{34:959}.

Destacam-se dois trabalhos que utilizam lista diversa da publicada pelo Ministério da Saúde em 2008. Um dos trabalhos³⁵ faz referência à lista brasileira com 20 grupos na qual consta a causa “Neoplasia maligna de útero”, que constava nos estudos preliminares à publicação definitiva. O outro artigo³⁶ utiliza-se de lista criada e publicada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - SES/MG, através da Resolução nº 1.093 de 29 de dezembro de 2006, que estabelece ³⁸ grupos de diagnóstico (CID-10) como as condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial, denominada CSAA – Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial.

O segundo núcleo, diretamente relacionado ao primeiro, aponta os limites para a coleta dos dados, e, portanto, limites para a utilização do próprio indicador como reflexo avaliativo da realidade da APS.

Inicialmente aponta-se para alguns aspectos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, a principal fonte de coleta dos dados utilizada por todos os estudos incluídos nesta revisão, e, por sua natureza, exclusivamente de dado secundário processado a partir da Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

Entre os fatores que comprometem a qualidade das informações do SIH/SUS e que, portanto, exigem cautela em sua interpretação, encontram-se:

- O fato de não considerar as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS;
- Aumento proporcional de internações por determinado grupo de causa, possivelmente devido apenas à redução da ocorrência em outros grupos;
- Indicador influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente pela mesma causa; e,
- Falhas na codificação da causa de internação, capazes de interferir nos resultados do indicador^{37:472}.

Além destes limites, emerge ainda o reconhecimento de ocorrências de internações em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outras unidades de saúde não hospitalares que mantêm o paciente sob cuidados e/ou em observação por período maior do que 24 horas, que são “silenciosas”, uma vez que não são emitidas AIH para estas.

Como as internações na unidade de pronto atendimento não exigem uma

autorização de internação hospitalar, não entram nas estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, disponibilizadas no banco do DATASUS^{38:231}.

Acrescenta-se a isto que ao se analisar o perfil de atendimento nessas unidades encontram-se indicativos de aumento da prevalência das ICSAP caso fossem incorporadas ao total de internações.

Na comparação entre os grupos, maior prevalência de ICSAP foi encontrada na unidade de pronto atendimento [...]. As internações ocorridas na unidade de pronto atendimento tiveram uma chance 2,64 (IC95%: 2,36 a 2,95) vezes maior de ser ICSAP^{38:229}.

E ainda sugere que o não registro da internação nas UPA dificulta a continuidade do cuidado:

Nessa realidade, muitas ICSAP têm sido identificadas na unidade de pronto atendimento, em detrimento do cuidado continuado na atenção primária em saúde, configurando, nesse contexto, um evento silencioso, uma vez que não existe emissão de guia de internação que permita o registro dessas ocorrências nas estatísticas oficiais^{38:230}.

Outro aspecto relevante é a diferença em relação ao registro das causas de internação nos estudos que utilizaram dados primários, coletado diretamente dos prontuários dos pacientes, quando comparado aos dados do SIH/SUS, demonstrando haver diferença ente estes.

Ao usar os dados primários [...] nesta investigação, as principais causas de internações identificadas diferem dos dados registrados no mesmo período de realização do estudo (julho a outubro de 2011) pelo banco de dados gerenciado pelo Ministério da Saúde do Brasil^{38:230-231}.

Não se pode descartar a existência de problemas no registro da autorização de internação hospitalar (AIH) de diagnósticos presumíveis e o registro intencional de diagnóstico diferente do real com o intuito de obter maior receita do SUS^{34:965-966}.

A principal finalidade dos dados anotados no formulário de AIH é o reembolso ao hospital pelos serviços prestados. É possível que existam falhas nesse registro (intencionais ou não) que possam comprometer a acurácia das variáveis analisadas, em especial o diagnóstico utilizado para identificar as internações por CSAP^{16:767}.

Estudo específico sobre a validação e sensibilidade do sistema SIH/SUS, utilizando o prontuário como padrão ouro, aponta que o referido sistema deixa de captar cerca de 18% das verdadeiras ocorrências de ICSAPs^{31:tela4}.

Ainda neste mesmo núcleo, outra categoria de análise é a forma como é feito e apresentado o cálculo do indicador. Ainda que válidas, respeitando-se os mesmos parâmetros

adotados para o numerador, são citadas formas distintas para utilização do denominador. São apontadas as que consideram como denominador a base populacional; outras que utilizam o número total de internações; e ainda outras que excluem os “partos” e AIH de longa permanência deste último total.

As taxas de internações foram definidas como a razão entre o número de internações hospitalares por condições sensíveis à APS e a população em risco [...] por 10 mil^{39:121}.

Proporção das ICSAP: total de internações no SUS por ICSAP, dividido pelo total de internações de pacientes residentes no mesmo local e período selecionados, multiplicado por 100^{40:886}.

Foram excluídas as AIH de longa permanência e aquelas referentes ao Capítulo XV (“Pré-natal e Parto”) da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)^{39:121}.

Encontra-se no sítio eletrônico institucional do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a fórmula para o cálculo do “Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica” cujo numerador é o número de internações por causas sensíveis à atenção básica e o denominador o total de internações clínicas, ou seja, diferente ainda dos três anteriores.

O terceiro núcleo destaca a correlação entre a cobertura da APS e a ocorrência das ICSAP. E aqui se encontra uma grande diversidade de argumentos, ora contraditórios, ora complementares.

Vários artigos fazem referência a publicações de estudos anteriores que afirmam haver correlação inversa entre a ampliação da cobertura da APS, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a diminuição das ICSAP. Tal argumento ainda é sustentado por alguns.

Quanto à correlação entre a cobertura pelo ESF e a taxa de ICSAP, o município apresentou forte correlação inversa^{41:847}.

Contudo também emerge consideração que qualifica e relativiza esta afirmação:

Nota-se que após a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve decréscimo [...] no total de ocorrências de internações, em função da queda no número de casos dos agravos em diferentes grupos da Lista Brasileira de Condições Sensíveis [...] mas ainda mostra-se com limitação, visto que há acréscimos no número de casos em grupos de agravos importantes no contexto da APS^{42:769-770}.

Ou ainda que refutem esta situação, apontando que não foi verificada a correlação inversa, havendo aumento das ICSAP mesmo com aumento da cobertura da APS e manutenção estável da oferta de leitos hospitalares.

No município [...] verificou-se que, embora tenha havido um pequeno aumento da média de cobertura pela ESF nestes anos (43,6% para 48,1%), houve incremento nas taxas de ICSAP. [...] Cabe ressaltar que em 2005 e 2009, o número de leitos foi de, respectivamente, 3,7 e 3,6 por mil habitantes, mostrando uma estabilidade e descartando a possibilidade do aumento verificado ter ocorrido em decorrência da maior oferta de leitos hospitalares no município^{39:123}.

Os resultados apresentados no presente estudo mostraram que as taxas de hospitalização por CSAA, considerando as doenças selecionadas, mantiveram-se estáveis no período estudado [...]. Esse resultado difere das pesquisas desenvolvidas em diferentes regiões do país [...], as quais demonstraram um significativo decréscimo das doenças consideradas evitáveis ao longo dos anos^{36:1289}.

E até mesmo de que não se pode afirmar tal correlação.

Embora relevantes, os resultados do presente trabalho não permitem avaliar o impacto da ESF nas ICSAP^{34:966}.

Este estudo permitiu uma reflexão geral sobre o uso do indicador ICSAP e não encontrou relação das ICSAP com a cobertura da ESF^{33:1896}.

Sobre estes argumentos, emergem outros aspectos que devem ser considerados para análise desta correlação, em especial os relativos a oferta e acesso aos serviços de saúde:

[...] a ocorrência dessas internações pode ser influenciada por distintas variáveis, como condições socioeconômicas, demográficas, de oferta de serviços e de configuração do sistema de saúde^{32:2355}.

[...] a análise da ampliação contempla apenas a cobertura populacional da ESF e não considera a adequação da composição das equipes, a qualificação profissional, os vínculos trabalhistas, tampouco outros aspectos estruturais^{43:280}.

O achado, neste estudo, de maior número de ICSAP associadas à maior urbanização pode sugerir que a residência em aglomerados urbanos, nos quais, em geral, estão localizados os hospitais, facilita o acesso a eles, e, [...] o maior acesso aos serviços de urgência e de emergência hospitalares em detrimento da atenção básica colabora para o aumento das hospitalizações sensíveis, pois a atenção secundária e terciária passam a ser a porta de entrada do sistema de saúde^{40:889}.

A proximidade do hospital, o funcionamento de unidades 24 horas, o excesso do número de consultas (características de grandes centros urbanos) associam-se com maiores taxas de internação^{44:40}.

Destaca-se ainda neste núcleo que muitos dos estudos se ativeram a grupos específicos de agravos e muitos correlacionados a determinadas faixas etárias ou gênero⁴⁴⁻⁵⁰.

O quarto núcleo apresenta a importância que vem sendo atribuída ao uso do indicador ICSAP para avaliação dos sistemas de saúde em seus diversos níveis.

Todos os achados contribuem para a validade do ICSAP como indicador capaz de mensurar a efetividade dos sistemas de saúde, principalmente para avaliar o impacto da atenção primária em saúde^{38:231}.

A análise dessas interações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade da atenção primária e ainda, como também para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional, tornando-se um instrumento de gestão do cuidado na atenção primária, desde que adaptado a cada realidade, periodicamente revisto e atualizado^{51:46}.

Estudos das interações por condições sensíveis à atenção primária podem auxiliar na identificação das principais causas sensíveis à intervenção dos serviços de saúde, indicando quais ações são mais efetivas para a diminuição das interações e o aumento da qualidade de vida da população^{45:817}.

Além destes, emergem outros pontos relevantes que devem ser considerados, uma vez que ampliam a complexidade de análise e utilização deste indicador na avaliação da efetividade da AP.

O uso desse indicador vem sendo criticado por alguns pesquisadores que argumentam existirem outros elementos determinantes da hospitalização que estão fora do escopo de atuação da atenção primária à saúde, tais como as características inerentes ao paciente, fatores socioeconômicos e demográficos, a variabilidade da prática clínica hospitalar e as políticas de admissão nesses serviços^{33:1892}.

Quanto ao estabelecido na Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 sobre ICSAP e avaliação e efetividade da APS, estudos vem sendo realizados mostrando que outros aspectos devem ser considerados, além do acesso e da efetividade desse nível de atenção. Para análise das interações é preciso levar em conta os determinantes sociais, o processo de trabalho das equipes e a organização do sistema de saúde^{40:888}.

Sabe-se que piores condições socioeconômicas afetam o acesso aos serviços de saúde, modificam o padrão de utilização desses, dando preferência ao uso de serviços de emergência, prejudicam a adesão ao tratamento (falta de dinheiro para comprar medicamentos), dificultam a adoção de hábitos saudáveis e o amparo da rede de suporte social^{33:1898}.

Baixa escolaridade, maior taxa de desemprego e menor renda da população, bem como o menor contingente populacional do município, têm sido descritos como outros fatores associados a uma maior proporção de interações por CSAP^{43:280}.

No quinto e último núcleo identificado encontram-se os desafios para a qualificação e aprofundamentos de novos estudos.

Um dos mais frequentes diz respeito à qualificação da base de dados do SIH/SUS para conferir maior confiabilidade às informações relacionadas ao diagnóstico de internação e a alta hospitalar.

A qualidade da informação, portanto, deve ser objeto de estudos de modo a revelar as inconsistências, para que os ajustes possam ser feitos, pelas instâncias responsáveis, conferindo maior confiabilidade no uso dos dados^{31:1e1a5}.

A análise restrita às internações no SUS (em hospitais públicos ou privados e filantrópicos conveniados) é uma limitação do estudo^{48:364}.

Assim como emerge a necessidade de reconhecimento e efetivação, por parte dos gestores da saúde, da utilização do indicador ICSAP como instrumento de planejamento e possíveis intervenções na organização da AP.

É fundamental o posicionamento dos gestores [...], mediante ações técnicas e políticas com o objetivo de compreender mais profundamente as causas desse evento no contexto [...], para que a organização da atenção primária à saúde e o desenvolvimento pleno de seus atributos possam impactar a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária – ICSAP^{51:54-55}.

[...] as ICSAP têm potencial para serem utilizadas no monitoramento e avaliação da atenção primária em saúde, de forma a auxiliar os gestores na tomada de decisão para implantação ou melhorias de programa e serviços em saúde. Aprimorar o processo de avaliação e monitoramento do sistema de saúde, de forma a avaliar o impacto do modelo de cuidado vigente, é um tema de grande relevância e necessidade. A utilização do indicador ICSAP, por meio de dados primários ou secundários, é uma valiosa ferramenta, capaz de refletir o desempenho do sistema de saúde^{38:232}.

A utilização do indicador de internações sensíveis à atenção ambulatorial pode ser um valioso instrumento para o monitoramento e a avaliação da qualidade, do desempenho e do acesso à atenção primária como centro coordenador das redes de atenção à saúde no contexto do SUS^{36:1292}.

Outro aspecto é o incremento de estudos com abordagens qualitativas sobre este tema.

Novas avaliações poderiam também incluir análises qualitativas sobre os recursos disponíveis, estruturas e processos de trabalho, considerando a heterogeneidade dos cenários^{49:524}.

Novos estudos são necessários para estabelecer o impacto de serviços de APS/ESF nas taxas de internação por CSAP, incluindo análises pormenorizadas por meio da avaliação de componentes de qualidade, dentre eles: o processo de trabalho das equipes (acesso, acessibilidade, cobertura das ações disponibilizadas entre outros), o papel da APS/ESF no sistema de saúde (robustez, coordenação de cuidado, ordenação da atenção) e o processo de educação permanente desses profissionais dessas equipes para o manejo adequado e oportuno^{44:41}.

E a necessária inclusão dos usuários neste processo.

Diante disso, cabe questionar se os problemas na atuação da atenção primária à saúde podem ter culminado nesse resultado ou se a variável cobertura não é capaz de representar, por si só, o acesso à atenção primária à saúde e se faria necessário utilizar outra representação como, por exemplo, a utilização do serviço, a percepção dos usuários quanto à oportunidade de acesso e a adequação da implantação das equipes da ESF [...], dentre outras^{33:1896}.

Também será necessário ampliar o entendimento do processo de busca por cuidado à população que reside nas diferentes áreas [...]. A análise do “itinerário terapêutico” percorrido pelo usuário do SUS em um dado território é uma abordagem proposta para compreender a complexa teia de eventos em que se transforma a busca de atenção à saúde. Conhecer o itinerário das pessoas que foram internadas por CSAP [...] e as falhas desse processo seria de grande utilidade^{16:767}.

CONSIDERAÇÕES

Em resposta a pergunta norteadora da análise proposta neste trabalho, verificou-se que há consenso quanto ao conceito do indicador ICSAP, assim como de sua importância como um dos indicadores de avaliação da AP, especialmente para a saúde pública, porém pode-se perceber que há diferenças na sua forma de cálculo, além de restrição ao acesso e coleta de dados junto aos bancos oficiais.

Constata-se ainda que não há consenso quanto a correlação existente entre a cobertura da AP e as ocorrências das ICSAP no Brasil, sendo reconhecidas outras variáveis intervenientes para estas internações, tal como a variação da oferta de serviços hospitalares.

A busca realizada, exaustiva nos periódicos indexados nacionais, aponta para o interesse, avanços e importância que este tema vem ganhando desde a publicação da lista brasileira de CSAP em 2008. Contudo, reconhecendo que a totalidade dos artigos utilizam abordagem quantitativa e que a maioria (82%) está vinculada a pesquisadores de instituições de ensino superior, destaca-se a importância e necessidade de que se ampliem os estudos de abordagem qualitativa, assim como o incentivo para a realização de pesquisas pelos próprios trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, contribuindo para reflexões e qualificação do sistema de saúde brasileiro.

■ REFERÊNCIAS

1. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 2001. 445 p.
2. Batista PSS. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, 4 (3): 94-102, 2010.

3. RIPSAs – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a Saúde no Brasil (IDB). Brasília: OPAS / Ministério da Saúde; 2014.
4. Elias FTS. A importância da Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde. *BIS, Bol. Inst. Saúde*, São Paulo, 14(2), 2013.
5. Camargo Junior KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
6. Sales CM. Possibilidades e limites de execução das ações de promoção da saúde nos moldes da educação popular em saúde na estratégia saúde da família. 2009. 162f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, 2009.
7. Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 13(supl.2):2009-2018, 2008.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377(9779):11-31, 2011.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS; 2006.
10. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, p. 129-141, 03 out. 2017. Seção 1 - Suplemento.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, 8).
13. Lavergne MR, McGrail K. What, if anything, does amenable mortality tell us about regional health system performance? *Healthcare Policy*, 8(3):79-90, 2013.
14. Moreno AB et al. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 17(2):409-416, 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, p. 70-71, 18 abr. 2008. Seção 1.
16. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 46(5):761-768, 2012.
17. Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, 2009.
18. Nedel FB et al. Características da atenção básica associadas ao risco por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. serv. Saúde*, 19(1):61-75, 2010.

19. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*, 27(4):348-355, 2012.
20. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. *Cien Saude Colet*, 16(Supl.1):1145-1154, 2011.
21. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*, 101(10):1963-1970, 2011.
22. Dias-da-Costa JS, Büteenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*, 26(2): 358-364, 2010.
23. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*, 43(6):928-36, 2009.
24. Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol*, 11(4):633-47, 2008.
25. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações sensíveis às condições da Atenção Primária no estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*, 16(12):4755-4766, 2011.
26. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*, 31(1):61-65, 2003.
27. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições sensíveis à atenção primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate*. 38(n.especial):331-342, 2014.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec, 2008.
30. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
31. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Ciosak SI, Egry EY. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(5):[06 telas], 2013.
32. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(11):2353-2366, 2015.
33. Pazó RG, Frauches DO, Molina MCB, Cade NV. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(9):1891-1902, 2014.

34. Rodrigues-Bastos RMA, Campos SEM, Ribeiro LC, Bastos-Filho MG, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Rev Saúde Pública*, 48(6):958-967, 2014.
35. Ceccon RF, Meneghel SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev. bras. epidemiol.*, 17(4):968-977, 2014.
36. Avelino CCV, Goyatá SLT, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1285-1293, 2015.
37. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(3):463-474, 2014.
38. Cardoso CS, Pádua CM; Rodrigues-Júnior, AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, Abrantes R, Oliveira CL. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev. panam. salud pública*, 34(4):227-234, 2013.
39. Rodrigues-Bastos RMA, Campos SEM, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 59(2):120-127, 2013.
40. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 47(4):884-890, 2013.
41. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(5):845-855, 2012.
42. Ferreira M, Dias BM, Mishima SM. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, 14(4):760-70, 2012.
43. Pazó RG., Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(2):275-282, 2012.
44. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev. Saúde Pública*, 46(1):34-42, 2012.
45. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 48(5):817-826, 2014.
46. Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34(3):124-131, 2013.
47. Muraro C.F, Gigante LP, Nedel FB, Carvalho TGML, Domenech SC, Gevaerd MS. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis a atenção primária nos idosos. *Rev. baiana saúde pública*; 37(1):20-33, 2013

48. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG., Lindner SR, Peres MA. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 46(2):359-366, 2012.
49. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(3):515-526, 2012.
50. Oliveira RR, Costa JR, Mathias TAF. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1):135-142, 2012.
51. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster, AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 23(1):45-56, 2014.

“ Percepção de internas de enfermagem sobre constelação familiar na atenção básica: relato de experiência

| Ana Paula Simão **Gabriel**
UNIFOR

| Fabiola Lima **Gonçalves**
UNIFOR

| Jamilly Lima **Melo**
UNIFOR

| Francisco Rafael Alves Santana **Cesário**
UFC

RESUMO

A terapia familiar sistêmica é pautada nas teorias de Bert Hellinger e seu método das constelações familiares. A ciência de Hellinger é uma ciência do amor do espírito. Para ele os sistemas familiares estão submetidas às leis sistêmicas ou Ordens do Amor, poderosas forças dinâmicas que regem a equidade em uma família. Nesse contexto, vale a pena o enfermeiro utilizar o pensamento sistêmico submetido a essas leis ou Ordens para conhecer melhor uma família, a fim de compreendê-la, na busca por problemas complexos que podem ser acarretados da vivência e do seio familiar. Esse trabalho trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência que descreve a percepção de discentes sobre a constelação familiar no contexto da atenção básica. A experiência ocorreu em uma unidade de atenção básica localizado em um bairro da Regional VI no município de Fortaleza-CE entre abril a maio de 2018 e foi realizada com usuários encaminhados a partir dos acolhimentos e consultas de enfermagem. A vivência e a experiência se deram desde a da implantação do grupo de constelação familiar sistêmica na unidade, passando pelo funcionamento, pelo o convite para participação do grupo pela finalização dos encontros até a análise e percepção de mudanças nos atendimentos e feedback dos pacientes constelados sobre a terapia. Diante dessa experiência, destacamos a importância da implantação de práticas como a constelação na atenção básica, pois essa tem grande resolutividade de conflitos familiares, permitindo gerar uma nova visão dos problemas para então ter melhora na vida e saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Constelação Familiar, Práticas Integrativas, Relações Familiares, Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

Hoje, quando se faz menção à terapia familiar sistêmica, pensa-se em Bert Hellinger e seu método das constelações familiares. Nascido na Alemanha em 1925, em família grande e católica, formou-se em filosofia, teologia e pedagogia. Com vinte anos, foi padre e trabalhou como missionário na África do Sul entre os zulus durante dezesseis anos, período em que foi ao mesmo tempo padre e diretor de uma escola. Na qualidade de sacerdote, vê-se diante dos costumes, dos rituais e da música zulus (MANNÉ, 2008, p. 2). Hellinger passa a estudar inúmeras abordagens terapêuticas até chegar a sua própria ciência.

A ciência de Hellinger é uma ciência do amor do espírito. É uma ciência universal das ordens da convivência humana, começando pelas relações nas famílias, já que o seio familiar é o nosso primeiro contato, ou seja, começa pelo relacionamento entre homem e mulher e entre pais e filhos, incluindo sua educação, passando pelas ordens no âmbito do trabalho, na profissão e nas organizações, chegando até as ordens entre grupos extensos como, por exemplo, povos e culturas (HELLINGER; 2009, p. 8).

Para ele os sistemas familiares estão submetidos às leis sistêmicas ou Ordens do Amor, poderosas forças dinâmicas que regem a distribuição de justiça e equidade na família, mediadas pela consciência de clã que estabelece as necessidades do sistema familiar. O respeito à Ordem está na base do equilíbrio, do bem-estar e do progresso da família e permite que o amor possa estar presente nas relações de forma benéfica.

As ordens da convivência ou do amor são: hereditariedade, o que vem primeiro tem autoridade sobre o outro; pertencimento, onde todos têm o direito de pertencer a tal família, inclusive os antepassados, sem julgamentos e exclusão, se foi uma pessoa que realizou boas ou más atitudes, para esta lei, isso não importa; e o dar e receber, que é o equilíbrio em qualquer relação, é a busca pela reciprocidade e compensação, onde a pessoa deve ser capaz de dar e retribuir o que lhe é ofertado, isso só não cabe para a relação entre pais e filhos, pois os pais sempre dão sem nada em troca e os filhos apenas recebem, porém quando se tornam pais, os mesmos só darão, sem exigir, assim será compensado a sua relação que tinha com seus pais (ANDRADE, 2016, p.16).

Dentro desta ótica, Hellinger (2009) examinou esta ciência através de ações práticas, onde muitos puderam verificar os efeitos dessas compreensões em si mesmos, tanto em seus relacionamentos quanto nas suas ações. Ele afirma que só foi possível obter essas 8 compreensões sobre as ordens e desordens das relações humanas, através do seu entendimento sobre as maneiras de atuação da consciência humana e as suas consequências em todos os níveis dos nossos relacionamentos. Nisso se mostra que se trata de uma verdadeira ciência. E enquanto ciência, ela está em movimento. Isto significa que se encontra

em constante desenvolvimento, através das compreensões e experiências de muitos outros que se abriram para ela e também para as suas consequências.

Nesse sentido, o foco de atenção está no método da Constelação Familiar, que é onde se aplica essas compreensões e seu desenvolvimento. Para Andrade (), a Constelação Familiar é um trabalho em que se maneja as forças sistêmicas que envolvem e bloqueiam o indivíduo e sua família sem que esta última esteja fisicamente presente, mas representada por outras pessoas e a ser realizado por um terapeuta, onde se expõe aos fenômenos como se apresentam, sem escolhas, sem julgamentos e sem hipóteses diagnósticas ou psicodinâmicas. Seus principais objetivos são: identificar e desfazer emaranhamentos; incluir os que foram excluídos; reorganizar a estrutura da família de acordo com a hierarquia; honrar os pais e antepassados; transformar a cega lealdade infantil que leva à morte precoce, em força benéfica para o Sistema; utilizar a culpa de maneira positiva para regular a balança de débitos e créditos da família; redistribuir a justiça igualmente para vivos e mortos e restabelecer a Ordem do Amor no Sistema Familiar (ANDRADE, 2016, p.53).

Para utilização da Constelação Familiar na atenção ao paciente, precisa-se do entendimento sobre a relação que o processo de adoecimento tem com essas ordens e desordens, que também são transferidas para o corpo, tendo um papel importante em relação às doenças e à saúde física, anímica e espiritual. Os movimentos do espírito conduzem a soluções que não podem ser alcançadas ou compreendidas dentro dos limites da consciência. Mostra a extensão dos nossos emaranhamentos e o que nos conduz a eles. Assim, no processo de cura necessita-se, além dos cuidados médicos, de cuidados para a alma (HELLINGER,2009).

No que se refere aos cuidados, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) têm consolidado seu espaço junto às práticas de saúde. Adotada de maneira individual ou articulada ao tratamento alopático, essas práticas constituem um novo campo de atuação na assistência à saúde. Frutos de tradições culturais passaram a ser validadas, adquirindo cientificidade e reconhecimento pela biomedicina e pelos profissionais da saúde como importante recurso terapêutico para a população (FORTES; SANTOS; MORAES, 2014, p. 38). De acordo com Helman (2009), esse reconhecimento social, acadêmico e institucional, reforça o consenso de que a biomedicina convive com outras formas de cuidado em um contexto cultural caracterizado pelo pluralismo terapêutico ou pluralismo nos cuidados de saúde.

Atendendo as recomendações da OMS o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), para abordagem holística à população (FORTES; SANTOS; MORAES, 2014, p. 38). Além da Portaria, a Resolução COFEN 197/1997 estabelece e reconhece as PIC como especialidade e/ou qualificação do

profissional de Enfermagem, garantindo o respaldo legal na utilização das práticas. E em março deste ano, foi incluído mais 10 PIC, somando um total de 29 (BRASIL, 2018).

De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (2017), uma das atribuições específicas do enfermeiro é realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes. Sendo ele participante da equipe de saúde da família, que é a estratégia prioritária da atenção básica, encontra-se favorecido por uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Nesse contexto, vale a pena o enfermeiro utilizar o pensamento sistêmico e conhecer a família, afim de compreendê-la, já que na prática cotidiana, os profissionais atendem a pacientes que tem enfermidades, problemas complexos que inúmeras vezes se expressam por sintomas vagos e indefinidos, que não conseguem ser explicados pela ciência médica, porque sua origem está nas dificuldades que existem no seu entorno, no qual se relacionam, participam e vivem em um contexto mais amplo: a família, tendo ela um papel central no processo de cura ou promoção de saúde (FERNANDES; CURRA, 2006).

Considerando os fatos apresentados, surgiu o interesse em conhecer e nos aprofundar na temática enquanto internas de enfermagem pois existem poucas produções científicas nessa área de conhecimento tendo em vista contribuir com o meio acadêmico e profissional de diversas especialidades e também para enfatizar que a atuação da enfermagem pode ir além da simples consulta na unidade de atenção primária a saúde. Tendo em vista que esta terapia traz resultados como alta capacidade de resolutividade dos problemas em menos tempo, levando a uma boa relação de custo-benefício para os serviços que contribui para o alcance dos objetivos dos usuários e da família, em qualquer ponto de atenção, que é atender suas necessidades com qualidade e efetividade.

Agregado à consulta de enfermagem uma nova abordagem na perspectiva de ampliar a percepção sobre o processo de adoecimento consequentemente haverá capacidade de resolução dos problemas e otimização da qualidade de vida do paciente, e também da assistência, na qual o enfermeiro com as suas percepções e habilidades irá reconhecer qualquer possível medo ou emoções que estejam afligindo o paciente ou familiar, e através disso possa ofertar apoio com esclarecimento de dúvidas e proporcionar a eles a participação dessas prática integrativa constelação familiar sistêmica mostrando outra forma de resolutividade no processo saúde-doença.

Diante do contexto acima, este trabalho tem como objetivos: relatar a percepção, de internas do internato de saúde coletiva, a cerca da implantação da terapia constelação familiar sistêmica em uma unidade básica de saúde da família; bem como descrever a implantação de um grupo de constelação familiar em uma unidade básica de saúde da família; e

identificar nossas percepções de mudanças após o acontecimento do grupo de constelação familiar sistêmica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa que descreve a percepção de discentes sobre a constelação familiar no contexto do Internato de Enfermagem em Saúde Coletiva juntamente com a professora preceptora de estágio, ministrada no nono período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica a (CALVACANTE; LIMA, 2012).

A pesquisa ocorreu em uma unidade de atenção primária localizado em um bairro da Regional VI no município de Fortaleza-Ce. A mesma segue a linha de qualificação do atendimento, abrangendo aspectos estruturais e funcionais propostos no novo modelo de gestão, que consiste no horário estendido das 7h às 19h, além de realizar o acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças, bem como adolescentes e idosos.

Composta por três equipes de saúde da família. Cobrindo uma população de aproximadamente 14.000 pessoas. Nesta unidade já são desenvolvidas práticas integrativas como Reiki, Auriculoterapia e terapia comunitária.

A terapia foi desenvolvida em abril e maio de 2018, nas tardes de quintas-feiras, com duração de duas horas. Realizada com usuários da unidade encaminhados a partir das consultas de enfermagem ou acolhimento, homens e mulheres maiores de 18 anos identificados com qualquer problema no contexto familiar que envolvia o adoecimento. Aos interessados, foi feito uma lista com nomes e telefones para comunicação. Participaram dos encontros em torno de 8 pessoas.

As discentes participaram das atividades clínicas, realizaram observação estruturada (pesquisador participante) e por fim, receberam feedback dos usuários nos encontros. Os temas abordados foram selecionados a partir de demandas elencadas pelos usuários durante os momentos da terapia em grupo, a saber: tomada de decisão; relação com o genro; comportamento agressivo de uma neta; relação de superioridade da filha; triângulo amoroso; família apartada. E por se tratar de um relato de experiência não precisou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do grupo de constelação na UBS foi uma proposta da preceptora/facilitadora da disciplina e foi destinado o convite às alunas do internato de enfermagem em saúde coletiva que estavam atuando na unidade, para ficarem responsáveis pelos encontros, pois já tinham conhecido a terapia em outro momento e tinham interesse em mais conhecimento sobre a mesma.

Reuniram-se para planejar como aconteceriam os encontros da melhor maneira para que todos os interessados pudessem participar e ficou acordado que o grupo funcionaria semanalmente com aproximadamente 2 horas de duração na sala de situação do posto e que o convite de participação seria a partir dos acolhimentos, consultas de enfermagem agendadas para nos de acordo com a queixa do paciente no momento. Além das pacientes convidadas, teriam também a presença de convidados da preceptora/facilitadora.

Foi percebido principalmente nos atendimentos as mulheres que as queixas sempre estavam ligadas ao contexto familiar e logo quando o convite era feito já surgia o interesse para a participação. Ressaltamos que a ocorrência dos grupos na Atenção Básica deve estar harmonizada com o que é preconizado para este modelo de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção Básica de 2012 estabelece que sejam desenvolvidas ações individuais e coletivas voltadas aos usuários do serviço e ações direcionadas aos pacientes, principalmente na promoção da saúde, prevenção de agravos; tratamento de doenças; e redução de danos ou de sofrimentos os quais podem impossibilitá-los a viver de modo saudável (BRASIL, 2012).

O grupo teve início no mês de abril de 2018 e nesse mês tivemos quatro encontros. Ao início de cada um fazia-se a introdução de como era a constelação familiar sistêmica pois sempre tínhamos convidados novos. Uma pessoa era escolhida para ser constelada e assim eram selecionados os representantes para o campo de acordo com o decorrer da terapia. Dessas quatro constelações percebemos que os participantes tinham em comum algum tipo de problema relacionado ao passado familiar e cada um que era constelado acabavam descobrindo algo sobre sua herança familiar que talvez explicassem o que acontecia na sua realidade atual.

Segundo estudos de outros autores, Ao vir ao mundo no seio de uma família, não herdamos somente um patrimônio genético, mas sistemas de crença e esquemas de comportamento. Nossa família é um campo de energia no interior do qual nós evoluímos e somos mantidos no campo familiar pessoal e individual num nível determinado, que entrava ou faz crescer a nossa disposição para ser feliz, escolher livremente, ter êxito naquilo que 14 empreendemos, para fazer durar os relacionamentos agradáveis, a saúde, o bem-estar e também as doenças. Acontece que experimentamos o sentimento de termos sido mantidos nos esquemas problemáticos desde tempos imemoriais, como a história dos relacionamentos

dos pais e dos avôs, morte de uma criança muito nova, nos abortos, partos prematuro, em adoções, suicídios, guerras, exílio forçados, troca de religião, incesto, antepassado agressor ou vítima, traição, ou mesmo a confiança.

As constelações familiares nos dão a oportunidade de compreender os esquemas em seu nível mais profundo. Elas permitem que nos libertemos ao mesmo tempo em que encontramos a paz e a felicidade (MANNE,2008, p.2). E dessa forma passamos a perceber que tudo estava ligado os princípios familiares e a partir da realização de cada encontro nossas expectativas aumentaram, pois tínhamos muito interesse em saber se na semana seguinte alguém nos relataria sobre alguma mudança em sua vida.

Ao final do primeiro mês de grupo nos internas, passamos a ter uma nova visão de abordagem aos pacientes e do processo de adoecimento, uma vez que nos chegavam com determinados sintomas e a constelação nos mostrava que aquilo já poderia vir dos seus antepassados e que não teria sido interrompido nas gerações anteriores. O segundo mês de grupo, que aconteceu no mês maio, tivemos três encontros e a participação dos outros internos que no decorrer dos encontros anteriores foram despertando curiosidade e interesse no grupo. Foi realizada a constelação de um deles que para nos foi uma surpresa, pois nos relatou que tinha receio e até medo do que poderia descobrir do seu passado familiar, mais também não entendia muitas coisas do seu presente.

Nesse sentido a constelação Familiar leva o indivíduo ao antigo e ao novo, faz a conexão entre passado, presente e futuro e o expõe à Grande Alma que possui as respostas. Integra-o a uma zona de forças atuantes: as Ordens do Amor e a consciência de clã que são voltadas para a manutenção da harmonia do sistema familiar e para o restabelecimento da justiça para os excluídos(ANDRADE, 2016, P.62). Também esteve presente uma participante que já não era a primeira vez que era constelada e passamos a perceber com aquela situação que a mesma nunca aceitava de forma alguma o resultado sobre sua demanda sobre seu passado e principalmente do presente, e quando isso acontecia conseqüentemente ela não estava aberta a receber o que o campo lhe mostrava.

Tendo em vista que o fundamento do trabalho em constelações familiares é “aceitar as coisas como elas são”, Os terapeutas não podem conceber, relativamente aos seus clientes, 15 desejos e objetivos pessoais. O seu papel é colocar-se a serviço do campo de energia. Eles se interessam pelo que é pelo momento presente. Hellinger explica seu método dessa maneira: “A serenidade e a lucidez diante dos acontecimentos tornam-se possíveis pelo fato de ‘aceitar o mundo como ele é’, sem intenção de fazê-lo mudar. Dou a essa postura o nome de ‘humildade’: é o fato de aceitar o mundo tal como ele é. Só essa aceitação torna possível a percepção. Sem ela, os desejos, os medos, os julgamentos, interferem na minha percepção.” Essa postura está na origem dos movimentos de onde decorre a harmonia(MANNE,2008, p.3)

Após a finalização do segundo mês de grupo percebemos que estávamos tendo um olhar mais amplo durante as consultas, na qual antes seguíamos roteiros e instrumentos com ordem de perguntas. E com esta nova visão ficamos mais flexíveis durante a conversar com o paciente que muitas vezes acabavam relatando inconscientemente problemas nas suas relações familiares, e passamos a ver aquelas determinadas situações sem julgamento e com aceitação. Para nos alunas foi enriquecedor perceber que nossa consulta tomava um rumo que de uma forma não estávamos atendendo só o paciente ali presente mais que de certa forma acabávamos adentrando a família do mesmo.

Observamos também que os pacientes após a terapia passavam a ter uma nova visão da sua situação por tê-la visto ela de fora e assim ter uma oportunidade de resolução. Como outros autores já destacavam: Ao concluir sua constelação o indivíduo tem uma visão mais abrangente dos emaranhamentos, das lealdades invisíveis e das pressões sistêmicas que o prendiam a situações difíceis. Ele pode enfim, lançar mão de sua descoberta como ponto de partida para uma reorganização de vida (ANDRADE, 2016, P.62). Nos chamou atenção um certo interesse que despertou nos profissionais da unidade para participação do grupo e de ter conhecimento sobre a constelação, uma vez em que uma ACS pediu para estar presente em um encontro.

Entende-se que a valorização de saberes e práticas dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Ao inserir as práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde, entende-se que a PNPIC contribui para a implementação do SUS, na medida em que favorece princípios fundamentais como: “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2011, p. 3)

Após a finalização do grupo tivemos também alguns feedback bastante positivos dos pacientes que tinham sido constelados, e que mudanças naturalmente aconteceram em seu cotidiano. Bastantes satisfeitos, ainda relataram o interesse de continuar participando.

CONCLUSÃO

Durante a experiência que foi implantar a constelação familiar sistema em uma UBSF concluiu a importância da realização de grupos com utilização de práticas integrativas na atenção primária. Considerando que o grupo tem uma quantidade significativa de participantes e tendo em vista que todos acabavam aprendendo com cada encontro, isto torna para a gestão e colaboradores da unidade de suma importância a implementação, pois há resolutividade dos problemas de vários usuários em pouco tempo e sem custos a mais para

a unidade e dentro desta perspectiva abrangendo o contexto familiar que uma das principais objetivos da atenção primária a saúde.

Este relato de experiência nos permitiu evidenciar resultados de pacientes que a anos tinham conflitos familiares, pessoais e conjugais que acabavam refletindo em sintomas de adoecimento que a partir da participação do grupo começaram a resolver problemas e até mesmo ter melhora na qualidade de vida dentro de uma terapia comunitária sem custo financeiro e com acompanhamento de profissionais.

Constatamos que após o desenvolvimento do grupo passamos a ter uma nova perspectiva de atendimento e olhar diferenciado para cada pessoas que atendíamos e que como profissionais da saúde temos que estar preparadas e qualificadas para intervir com outro tipo de tratamento como por exemplo as PIC's principalmente em casos que que o sintoma relatado acaba envolvendo as relações familiares e pessoais dos pacientes.

Através da constelação familiar sistêmica nos aprofundamos em busca de mais conhecimento sistêmico na teoria e na prática vivencial, que amplia as dinâmicas relevantes na dimensão dos relacionamentos oferecendo possibilidades e oportunidades de compreensões necessárias para mudanças transformadoras a serviço da vida. Finalizamos citando uma frase fundador dessa terapia que hoje faz parte das nossas vidas: “Não há como desvendar o mistério que cerca os fenômenos que acontecem numa constelação familiar sabiamente, apenas utilize o que lhe é oferecido para ajudar a quem precisa, sem nenhuma curiosidade de descobrir como ocorre.” (Hellinger, 1998, p. 11). 17 7.

■ REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Leda de Alencar Araripe, A família e suas heranças ocultas, editora: Amazon - eBookKindle, 2016, p.62.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS. 2018. Acesso em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>

6. CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *J Nurs Health, Pelotas (RS)* 2012 jan/jun; 1(2):94-103. Acesso em setembro 2015
7. CHRISTENSEN MC, BARROS NF. Práticas integrativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática da literatura. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec; 2011. cap 1, p. 29-44.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução N° 197 de 19 de março de 1997. Rio de Janeiro: COFEN, 1997.
9. FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Programa de atualização em medicina de família e comunidade: Ferramentas de abordagem da família. Rio Grande do Sul: Artmed/ Panamericana Editora Ltda, 2006.
10. FORTES, J.A.M.S.; SANTOS, L.S.; MORAES, S.D.S. Percepção de mães sobre o uso de práticas integrativas e complementares em seus filhos. *Enfermagem em foco, Brasília*, v.9, n.1, p. 37-40, mai. 2014.
11. HELLINGER, B. O Amor do Espírito. 1° ed. Minas Gerais: Atmam, 2009. HELLINGER, B., TENHÖVEL G. *Constellations familiales: comprendre les mécanismes des pathologies familiales, Le Souffle d'Or*, 2001. [Constelações Familiares - O Reconhecimento das Ordens do Amor, Editora Cultrix, 2001.]
12. HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
13. INSTITUTO DESENVOLVIMENTO SISTÊMICO PARA A VIDA. Bert Hellinger: Saiba a origem das Constelações conhecendo um pouco sobre o seu criador. Disponível em: Acesso em: 24 de outubro de 2018.
14. MANNÉ, Joy. *As Constelações Familiares em sua vida diária*. 1 ed. São Paulo: Cultrix, 2008.
15. ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

“ Perfil do uso de plantas medicinais em saúde bucal no município de Caicó/RN

- | Matheus da Silva **Regis**
- | Talita da Silva **Pinto**
- | Gilmara Celli Maia de **Almeida**
- | Emanuelle Louyde Ferreira de **Lima**

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento popular a respeito do uso de plantas medicinais em saúde bucal pelos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Caicó-RN. **Metodologia:** Participaram da pesquisa 37 usuários do Sistema Único de Saúde de Caicó/RN que responderam um questionário, o qual se tratava do conhecimento sobre e uso de fitoterápicos para fins odontológicos. **Resultados:** Dentre os entrevistados da presente pesquisa, apenas 3 (8,1%) já haviam utilizado plantas medicinais para algum fim no âmbito da saúde bucal. As plantas citadas foram a babosa (*Aloe vera*), o juá (*Ziziphus joazeiro*) e a favela (*Cnidocolus quercifolius*). **Discussão:** Os achados da pesquisa foram de encontro com dados de outros trabalhos quanto a origem do conhecimento e uso de plantas medicinais, conhecimento passado por familiares. Além disso, todas as plantas relatadas pelos usuários já foram submetidas a pesquisas, todavia nem todas tiveram comprovação científica de efetividade. **Conclusão:** o uso de fitoterápicos emerge como uma opção terapêutica com respaldo científico, o que serve de motivo para que pesquisas experimentais para testar e/ou descobrir novos fitoterápicos sejam incentivadas

Palavras-chave: Perfil dos Usuários, Fitoterapia, Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O conhecimento popular, ou vulgar, tem como principal característica a transmissão de informações entre gerações além de considerar experiências cotidianas próprias trazendo para os usuários potenciais riscos à saúde (RIGOTTI et al., 2014).

No Brasil, o uso de plantas medicinais tem sido bastante abordado no âmbito da saúde coletiva e bastante estudado no ambiente acadêmico, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso da medicina tradicional e complementar/alternativa nos sistemas de saúde, de maneira integrada às técnicas da medicina ocidental moderna. Inclusive, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Ministério da saúde, insere o uso de fitoterápicos no Sistema Único de Saúde -SUS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Segundo Aleluia (2015) o aumento da aplicação da fitoterapia dentro de programas preventivos e curativos tem, com o passar dos anos, estimulado o estudo de múltiplos extratos de plantas para aplicação dentro da Odontologia. A efetividade dos fitoterápicos e suas vantagens em relação aos medicamentos alopáticos já são comprovadas, inclusive na Odontologia (CAVALCANTE, 2010). O baixo custo dos medicamentos fitoterápicos, tornando-os mais acessíveis à população, a possibilidade de possuir menos efeitos colaterais ou tóxicos e a grande aceitação popular motivam a produção de medicamentos fitoterápicos pela indústria farmacêutica.

Diante disso, o presente estudo objetiva investigar o conhecimento popular a respeito do uso de plantas medicinais em saúde bucal pelos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Caicó-RN.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo seccional, exploratória e descritiva, com intuito de verificar o uso popular de plantas medicinais em saúde bucal, com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi desenvolvido no serviço de atenção básica, junto a todas as equipes de saúde bucal do município de Caicó – RN. Participaram do estudo usuários de ambos os gêneros, na faixa etária de 18 a 65 anos, que estavam na espera para serem atendidos pela equipe de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde do município de Caicó/RN, no momento da coleta de dados. Foram excluídos deste estudo àqueles usuários que não residam no município de Caicó-RN. A partir dos questionários respondidos pelos usuários, foi realizada análise descritiva dos dados, com apresentação de frequências absolutas e percentuais acerca do uso de plantas para saúde bucal pelos usuários da atenção básica.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 37 usuários do Serviço Único de Saúde, de 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Caicó. Verificou-se que dos 37 entrevistados, 62,1% (n=23) eram do sexo feminino e 37,8% (n=14) do sexo masculino, com faixa etária entre 18 a 63 anos e a maioria dos participantes com menos de 40 anos (67,6%; n=25).

No que concerne à escolaridade, verificou-se que a maioria apresentou um nível de escolaridade baixo, sendo 54,1%(n=20) com ensino fundamental incompleto, 32,4% (n=12) com ensino médio incompleto, 5,4% (n=2) com ensino médio completo e apenas 8,1% (n=3) com graduação completa.

No que diz respeito a ocupação dos entrevistados, 5,4% (n=2) estavam desempregados e 94,6% (n=35) desenvolviam atividades como professor, vendedor, motorista, artesão, entre outras típicas da zona urbana, local de residência dos participantes. No estudo de Aleluia (2015), evidencia-se a relação entre a ocupação do indivíduo e sua condição socioeconômica. Os dados encontrados na presente pesquisa, apesar de poucos achados em relação ao uso de plantas medicinais para fins de saúde bucal, corroboram o que é proposto pelo Ministério da Saúde, em que 99% dos entrevistados têm renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, enquanto que 1% apresenta de 3 a 4 salários mínimos

Dentre os entrevistados da presente pesquisa, apenas 3 (8,1%) já haviam utilizado plantas medicinais para algum fim no âmbito da saúde bucal. As plantas citadas foram a babosa (*Aloe vera*), o juá (*Ziziphus joazeiro*) e a favela (*Cnidocolus quercifolius*).

Observou-se na pesquisa que a babosa era utilizada para o tratamento de dor de dente, feridas na mucosa e inflamação, de acordo com um participante. Quanto a técnica de manipulação, a substância era obtida a partir do corte na folha e logo em seguida era aplicada sobre a região lesionada.

Já o *Ziziphus joazeiro* seria utilizado para o controle de biofilme e conseqüente diminuição de gengivite. Um participante da pesquisa relatou que um cirurgião-dentista recomendou o uso do juá. O modo de preparo inicia-se com a deposição da casca do juá na água para amolecimento e em seguida, utiliza-se parte da casca junto do dentífrico para realizar a escovação.

Por fim, a favela, *Cnidocolus quercifolius*, foi relatada como planta medicinal para tratamento de dor de dente. A manipulação consiste na maceração da folha e aplicação desta na cavidade proveniente da cárie dentária.

Apesar da amostra limitada e pequena quantidade de participantes que fazem uso de plantas para saúde bucal, houve resultados positivos dentre os que utilizavam, o que possibilita ampliar o campo de pesquisa das plantas citadas para fins terapêuticos.

DISCUSSÃO

Nascimento (2016) relata que a idade dos indivíduos e o contato com o meio rural favorecem o conhecimento sobre plantas medicinais, o que colabora com os dados achados em relação ao local de moradia, pois, dentre os participantes da pesquisa em Caicó todos residiam na zona urbana. Destarte, somente 3 (8,1%) faziam uso de plantas medicinais para fins de saúde bucal, mas todos estes relataram ter obtido tal conhecimento com parentes e amigos que residiam na zona rural.

O estudo de Anderson (2004) mostra que, apesar da grande proporção de pessoas com Ensino Fundamental completo ou incompleto em sua pesquisa, as atividades odontológicas desenvolvidas tinham como premissa sistematizar e coletivizar o saber popular sobre plantas medicinais. No entanto, são relatados expressivos usos e conhecimentos sobre plantas medicinais, sugerindo que além da escolaridade não ser um fator determinante desses aspectos, são questões aprendidas e compartilhadas no meio do povo; um saber oriundo de experiências populares que se propagam para utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais em diferentes segmentos da sociedade. Foi perceptível na nossa pesquisa que os participantes tinham conhecimento sobre as plantas medicinais em âmbito de saúde geral, mas para fins locais, no caso, a saúde bucal, poucos tinham conhecimento ou fizeram uso, e esse conhecimento em sua maioria era através de parentes. Segundo Aleluia (2015), a escolaridade é um indicador socioeconômico que facilita o trabalho da prevenção de algumas doenças, bem como à melhoria da qualidade de vida de uma população.

Um estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) mostra que a utilização das plantas medicinais, no tratamento das doenças que afetam o ser humano, é uma prática mais presente entre as populações de baixo poder aquisitivo, sendo justificada por diversos fatores, a exemplo do alto custo dos medicamentos sintéticos e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No estudo de Aleluia (2015), essa linha de pensamento é complementada, uma vez que se observou que o uso de plantas medicinais ocorria mais entre os usuários de serviços públicos de saúde.

Quanto a técnica de manipulação da Aloe vera, a substância era obtida a partir do corte na folha e logo em seguida era aplicada sobre a região lesionada. Tal fim terapêutico converge com o trabalho de Galleguillos (2013) que relatava que dentre os efeitos medicinais da Aloe vera se destacam as suas propriedades antimicrobianas, anti-inflamatórias e cicatrizantes, o que torna a babosa uma boa opção no tratamento de doenças bucais infecciosas, inflamatórias e com lesão tecidual, como doença periodontal, cárie dentária e mucosite.

O uso do Juá, segundo Souza (2016) é popular, principalmente, devido sua propriedade de remoção do biofilme dentário. Além disso, o mesmo autor afirma que o juá também possui

características analgésicas, anti-inflamatórias, antibacteriana, febrífuga e cicatrizante. Vale ressaltar que o participante da pesquisa relatou que o juá surtiu efeitos apenas positivos.

Por mais que o participante da pesquisa tenha relatado que a favela tenha feito a dor cessar, o trabalho de Almeida (2013) constatou que a favela não apresenta potencial antimicrobiano contra os principais microrganismos cariogênicos. No entanto, vale a pena desenvolvimento de estudos que investiguem sua ação analgésica e anti-inflamatória, tendo em vista o usuário ter relatado paralisação da dor de dente ao usar a planta popularmente conhecida como favela.

CONCLUSÃO

Os participantes da pesquisa apresentaram conhecimento sobre as plantas medicinais através de familiares e possuíam baixos níveis de escolaridade e renda. Vale salientar que, dentre as plantas medicinais utilizadas pelos usuários, apenas uma não tem sua eficácia comprovada cientificamente. Portanto, uso desses fitoterápicos emerge como uma opção terapêutica com respaldo científico, o que serve de motivo para que pesquisas experimentais para testar e/ou descobrir novos fitoterápicos sejam incentivadas.

■ REFERÊNCIAS

1. ALELUIA, Camila Melo., et al. **Medicines In Dentist Herbal. Rev. Odontol.** Univ. Cid. São Paulo v.27, n.2, p. 34-126, 2015. Disponível em: http://arquivos.cruzeirosdoeducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2015/Odonto_02_2015_126-134.pdf.
2. ALMEIDA, Suzyclely Gonçalves Agra. **Estudo do potencial antimicrobiano e antiploriferativo do extrato da planta *Cnidocolus quercifolius* Pohl (favela).** 2013.27 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/5899>.
3. ANDERSON, T. **Dental treatment in Medieval England.** Br Dent J. v. 197, n. 7, p. 419-425, 2004. DOI: [10.1038/sj.bdj.4811723](https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4811723).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 92, 2006a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.o 971, de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

6. CAVALCANTE, Ana Lúcia d'. **Plantas medicinais e saúde bucal: estudo etnobotânico, atividade antimicrobiana e potencial para interação medicamentosa**. 210 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6675>.
7. GALLEGUILLOS, María. **Aplicación terapêutica del Aloe vera L. en odontologia. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo**. Carabobo.v.17, n.3, p. 33-37, 2013. Disponível em http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000300007.
8. NASCIMENTO JÚNIOR. **Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil**. Rev. Bras. Pl. Med., Campinas, v.18, n.1, p.57-66, 2016. https://doi.org/10.1590/1983-084X/15_031
9. RIGOTTI, Marcelo. **Conhecimento Sobre a Utilização das Plantas Medicinais em Dourados, MS**. Cadernos de Agroecologia, Dourados-MS, v. 9, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://revistas.aba-agroecologia.org.br/index.php/cad/article/view/16413>>.
10. SOUZA, Gleicy. Plantas medicinais X raizeiros: uso na odontologia. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Max-Fac. Camaragibe. v. 16, n.3, p. 21-29, 2016. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102016000300004

“ Práticas integrativas e complementares em saúde: relatos de experiências

- | Alexandre Aldenes Teixeira do **Nascimento**
- | Ednécina de Souza **Andrade**
- | Ilmara dos Santos **Chagas**
- | Irene **Carvalho**
- | Lenize Santos de Andrade **Passos**
- | Louisa **Huber**
- | Márcia de Andrade **Vieira**
- | Roberto Luis **Cristo**
- | Verônica Pestana Vieira **Mauchle**
- | Diego Vinicius Nogueira da **Silva**

RESUMO

As Práticas integrativas complementares (PICs) tratam as mais diversas patologias e desordens através de produtos naturais ou práticas manuais, com a qualidade de causar pouco ou nenhum efeito adverso ao paciente. As práticas têm ação efetiva, não somente em sinais e sintomas apresentados pelo corpo, mais também a mente e ao campo chamado espiritual, trazendo bem-estar aos praticantes das PICs. Para aumentar a visibilidade das PICs, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou uma normativa para seus países membros, com o objetivo de implementar essas práticas nos serviços de saúde. No Brasil, foi publicado a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNICP), que regulamenta e incentiva o uso das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS) (RUELA, L. O, et al, 2019). As aplicações dessas técnicas devem ser realizadas primordialmente na atenção primária à saúde, no qual, é a primeira via de entrada do paciente com alguma queixa. No total são encontrados cerca de 29 praticas regulamentadas no Brasil pelos órgãos competentes, mas a grande maioria dessas práticas só são encontradas em capitais brasileiras, o Ministério da Saúde relata que 54% dos municípios oferecem as PICs, mas infelizmente municípios pequenos são isolados dessa perspectiva (Ministério da Saúde). Vale ressaltar que as PICs não surgiram para tomar o lugar da medicina tradicional e sim para viver em harmonia com ela, complementando diagnósticos e trazendo bem-estar e alívio aos pacientes. Com o quadro pandêmico, vivido em 2020, muitos locais no qual ofertavam as práticas, tais como unidades de saúde, hospitais e centros universitários (públicos ou privados) suspenderam seus atendimentos. Além do vírus do COVID-19 (Sars-CoV-2) que causa diversos problemas respiratórios primários e diversos outros secundários, a população mundial teve que conviver com o isolamento social. Para evitar quadro de depressão e ansiedade o Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), recomenda o uso das PICs em domicilio para evitar essas patologias que são vivenciadas através do isolamento social (Conselho Nacional de Saúde). Enfim, a confecção deste tem a intenção de trazer relatos das PICs em reflexões pessoais e a importância da ação destas, quanto patrimônio cultural da sociedade, devido práticas medicinas populares.

Palavras-chave: Aromaterapia, Cromoterapia, Medicina Complementar, Yoga.

INTRODUÇÃO

As Práticas integrativas complementares (PICs) tratam as mais diversas patologias e desordens através de produtos naturais ou práticas manuais, com a qualidade de causar pouco ou nenhum efeito adverso ao paciente. As práticas têm ação efetiva, não somente em sinais e sintomas apresentados pelo corpo, mais também a mente e ao campo chamado espiritual, trazendo bem-estar aos praticantes das PICs.

Para aumentar a visibilidade das PICs, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou uma normativa para seus países membros, com o objetivo de implementar essas práticas nos serviços de saúde. No Brasil, foi publicado a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNICP), que regulamenta e incentiva o uso das PICs no Sistema Único de Saúde (SUS) (RUELA, L. O, *et al*, 2019).

As aplicações dessas técnicas devem ser realizadas primordialmente na atenção primária à saúde, no qual, é a primeira via de entrada do paciente com alguma queixa. No total são encontrados cerca de 29 praticas regulamentadas no Brasil pelos órgãos competentes, mas a grande maioria dessas práticas só são encontradas em capitais brasileiras, o Ministério da Saúde relata que 54% dos municípios oferecem as PICs, mas infelizmente municípios pequenos são isolados dessa perspectiva (Ministério da Saúde).

Vale ressaltar que as PICs não surgiram para tomar o lugar da medicina tradicional e sim para viver em harmonia com ela, complementando diagnósticos e trazendo bem-estar e alívio aos pacientes.

Os esforços que a OMS está fazendo para implementar as PICs em todos os sistemas de saúde são visíveis, foi publicado um documento denominado WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023, que avalia a utilização de PICs pelo mundo, sua institucionalização nos serviços de saúde entre outros parâmetros, nesse documento também foi redigido metas para a ampliação das PICs nos APS até o ano de 2023 (CONTATORE, O, A *et al*, 2015).

Com o quadro pandêmico, vivido em 2020, muitos locais no qual ofertavam as práticas, tais como unidades de saúde, hospitais e centros universitários (públicos ou privados) suspenderam seus atendimentos. Além do vírus do COVID-19 (Sars-CoV-2) que causa diversos problemas respiratórios primários e diversos outros secundários, a população mundial teve que conviver com o isolamento social. Para evitar quadro de depressão e ansiedade o Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), recomenda o uso das PICs em domicilio para evitar essas patologias que são vivenciadas através do isolamento social (Conselho Nacional de Saúde).

Enfim, a confecção deste tem a intenção de trazer relatos das PICs em reflexões pessoais e a importância da ação destas, quanto patrimônio cultural da sociedade, devido práticas medicinas populares.

AROMAS E DESPERTAR. RELATO DE EXPERIÊNCIA SENSORIAL EM UM PONTO DE ÔNIBUS NO CENTRO DE SALVADOR (BAHIA)

Este relato remete a uma experiência por mim vivenciada no ano de 2018 em um ponto de ônibus no centro da cidade de Salvador, Bahia.

Naquele dia saí de casa às 09hs da manhã para realizar umas compras no centro da cidade, ao descer do ônibus olhei para o lado e avistei uma pessoa em pé, descascando e comendo uma tangerina. Nesse momento paralisei, não conseguia sair do lugar e nem tirar os olhos daquelas cascas amarelas, todos os meus sentidos estavam voltados para aquelas cascas, eu precisava delas, eu as queria. De repente, eu já me movimentava em direção àquela pessoa que segurava as cascas, então pedi-lhe que me fosse dado aquelas cascas, ela me olhou e simplesmente entregou-me, sem nada falar, tomei o caminho de volta para casa sem realizar nenhuma das tarefas planejadas para o dia.

No caminho de volta já não sentia apenas o cheiro, também salivava. Já em casa, seguindo orientações intuitivas que me ocorreram, limpei as cascas, juntei com canela em pau e fiz uma infusão acondicionando a mistura em um frasco de vidro. Neste processo escutei a voz de meu filho perguntando “Mãe que cheiro é esse?” Surpresa e cheia de alegria respondi agradecida, há muito tempo não ouvia a voz de meu filho, que se encontrava em um momento silencioso.

Todos os dias borrifava o aroma nos ambientes da casa e ela a cada dia ia ganhando um novo brilho, então continuei a fazer mais misturinhas e essas misturinhas acolheram e foram acolhidas por todos da casa. Terminei por batizá-las de: Alegria, Foco e Natureza, pelas emoções e sentimentos despertados em mim e nas pessoas que tiveram contato com elas.

Por meio desta experiência sutil e ao mesmo tempo tão intensa que me encantei com a aromaterapia e resolvi estudar e conhecer a fundo esse mundo mágico de uma prática que utiliza as propriedades terapêuticas do aroma natural das flores, frutas e outros, mobilizando para isto a parte mais sutil da planta - sua essência - que atua diretamente sobre a harmonia das três esferas do corpo humano: mental, físico e emocional. Em busca de explorar este mundo, através de cursos, sedimentei uma base teórica e conceitual para a prática do uso do aroma como ferramenta terapêutica.

A sutileza de seu potencial reflete-se fielmente na experiência pessoal narrada aqui, na qual fui literalmente entorpecida pelo aroma da fruta, de forma que todos os meus sentidos se voltaram para aquele momento, me desligando de tudo ao redor, me levando a colher aquelas cascas, sem pudor de pedi-las, deixando de lado as obrigações que até ali haviam me levado. Por meio do aroma minha sensibilidade foi despertada e de forma tão magnânima que, mesmo sem os conhecimentos básicos, manipulei este poder de forma intuitiva, já colhendo de imediato os resultados de sua inserção em meu ambiente.

A aromaterapia é reconhecida mundialmente como parte da medicina natural, como terapia alternativa e curativa. Sua visão holística do ser humano busca fazer a integração entre as três dimensões da constituição humana, promovendo seu equilíbrio pleno. Foi este mundo que me encantou e permanece encantando-me até os dias de hoje.

REIKI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO AMBULATÓRIO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)

Com origem na antiga tradição budista, o Reiki foi redescoberto no Japão no início do século XIX por Mikao Usui. Reiki significa Energia vital (KI) mantida e direcionada pela Sabedoria Universal (REI). Com a ocidentalização dessa prática, esta recentemente começou a ser oferecida como PICS em 2018. Muitas são as variações desta técnica, como o tradicional Reiki tibetano e o Reiki xamânico. No ambulatório são aplicados os diversos tipos, cuja finalidade é a mesma, ou seja, a harmonização dos centros de força do corpo (chamados de Chakras pela cultura oriental, (MILLER, 2015)). Realinhar os meridianos de energia e organizar o fluxo energético responsável pela saúde física, emocional e espiritual é consequência direta da aplicação do Reiki. O reikiano recebe treinamento e iniciação em vários níveis até alcançar o máximo, ou mestrado (MAGALHÃES, 2018). A sessão é oferecida de forma gratuita e voluntária, dura em média 40 minutos e pode ser aplicada em pessoas na maca ou sentadas. A média de atendidos por dia gira em torno de 90 pessoas.

O trabalho voluntário é uma forma de participação social que vem em constante crescimento, à medida que transcorre o tempo. Segundo **Wilson (2000)**, pode-se definir o trabalho voluntário como sendo “qualquer atividade onde a pessoa oferta, livremente, o seu tempo para beneficiar outras pessoas, grupos ou organizações, sem retribuição monetária”. Características pessoais que motivam o voluntário a exercer determinada função estão amplamente ligadas às suas inclinações filosóficas, religiosas, ideológicas e existenciais, que o impulsionam ao trabalho, ainda que enfrentem dificuldades e limitações de ordem financeira e política. Dessa forma, ser um voluntário não depende tanto da classe social ou situação econômica, e sim de características pessoais que os fazem sentir-se ligados ao serviço e assim desempenhar suas funções com ânimo e boa vontade. Talvez por ser um trabalho que é feito sem visar remuneração, esse possa impactar no acolhimento e cuidado humanizados muitas vezes relatados pela população assistida.

Trabalhar com PICS em conjunturas afeitas a riscos e insalubridade aparentemente não afeta a disponibilidade dos voluntários, salvo quando a instituição mantenedora dos serviços resolve paralisar os atendimentos, como vemos acontecer diante da pandemia pela COVID 19. No entanto, esse obstáculo não impediu a continuação da aplicação do Reiki, desta vez

feita a distância, pelo mesmo grupo de voluntários que se reúnem através da mídia eletrônica em função do envio da energia de cura a todos que se façam necessários.

Trabalhar no ambulatório de PICS da UFBA tem sido prazeroso e desafiador ao mesmo tempo, considerando-se as limitações e dificuldades inerentes a uma instituição pública sujeita aos desafios da manutenção de serviços alternativos dentro de um ambulatório especializado.

Os resultados paulatinamente foram aparecendo. Relatos como os seguintes foram observados pela autora após a sessão de Reiki nos assistidos:

“Eu estava muito estressada, nervosa e com dormência nos dedos. Em um mês de Reiki já me sinto muito melhor...”

“A minha ansiedade tem melhorado bastante desde que venho para cá. Adoro quando aplicam reiki em mim...”

“Estou dormindo melhor, quando saio daqui fico mais calma e relaxada...”

São depoimentos como esses, colhidos todos os dias na escuta sensível e na observação acolhedora, que fortalecem cada vez mais o desejo de servir e divulgar as PICS para além do âmbito da saúde e inseri-las em escolas e comunidades outras, onde possam ser o complemento da atuação dos serviços de saúde em suas dimensões social e biomédica. O Reiki tem sido uma excelente ferramenta no fomento à promoção da saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

USO DA HIPNOTERAPIA COMO PICS: O QUE SE PODE ALCANÇAR

A hipnoterapia baseia-se no princípio de que todo sintoma (mental ou físico) pode ter uma causa emocional. Embora seja procurada como um dos últimos recursos pelo indivíduo, a hipnoterapia pode levar a qualquer tipo de alívio e muitas vezes, dependendo dos sintomas, melhora aquela doença. Grande parte dos problemas de saúde são gerados pelo próprio indivíduo, devido as informações armazenadas em seu subconsciente. Esse, normalmente assume a função de proteger, ou seja, guardar os eventos ocorridos durante a vida e os associa a algum sentimento, seja ele bom ou ruim. Dessa forma, muitas pessoas sofrem dores físicas e ou mentais, devido a essas informações guardadas durante diferentes fases da vida. Se o indivíduo já buscou todos os tipos de tratamentos convencionais e seu problema continua, muito provavelmente, esse sofrimento foi criação da sua mente subconsciente com o intuito de protegê-lo de algo que se acredita ser perigoso para o seu sistema (físico ou mental).

Na hipnoterapia consegue-se a ressignificação da causa, onde o subconsciente não irá mais induzir a manifestação do sintoma que incomoda o indivíduo. Ou seja, não haverá

mais perigo para que haja o contra-ataque da mente. A hipnoterapia pode ser utilizada para tratar qualquer transtorno psicológico que cause desconforto e interfira na qualidade de vida do ser humano.

Mas como ocorre a sessão ocorre? O cliente segue as instruções do hipnoterapeuta e entra em estado de hipnose sem no entanto, perder o controle em momento algum, muito pelo contrário, ninguém dorme ou fica inconsciente. Por isso, o tratamento é eficaz, pois é o cliente que faz todo o processo, enquanto o hipnoterapeuta atua como guia usando ferramentas que o ajudam a chegar onde ele realmente quer e precisa. Dessa forma, a partir do momento em que o cliente entende como a sua mente opera fica muito mais simples compreender a razão dos seus sentimentos, pensamentos e atitudes.

Nesse contexto, são apresentados alguns depoimentos de clientes tratados por hipnoterapia na Clínica Saúde da Mente, Lavras (MG).

“Estou me sentido magnificamente bem, realizada, sensação de conquista, vitória, autoestima, alegria, contentamento e gratidão. Obrigada por ter me ajudado no processo e autoestima. Você me fez ver que posso ser feliz, que tudo depende de mim, eu cuido de mim com muito amor pois, eu mereço!”
Tratamento de dependência emocional.

“Procurei a clínica Saúde da Mente em Lavras para me ajudar com questões que estavam emperrando minha vida. Como por exemplo, insegurança, angústia, ansiedade e depressão. Consegui enfim me redescobrir, ver que tenho valor, que mereço tudo que há de bom no mundo e que sou responsável por mim. Tive forças para agir. Hoje me sinto uma nova pessoa, livre, forte, guerreira e sábia. Hoje cuido da minha criança interior com todo amor e juntas estamos seguindo a vida com leveza, amor e gratidão. Tratamento de Ansiedade, depressão e insegurança.

“A Ansiedade e tristeza profunda tinham me acompanhado por anos. Sofri de síndrome do pânico e depressão. A ansiedade me atrapalhava muito no meu dia a dia, além da tristeza. Busquei a hipnoterapia para me auxiliar nesses problemas, embora tivesse dúvidas quanto a ser hipnotizada e se a terapia realmente seria eficaz. Fiz a primeira sessão e a minha tristeza se foi. Me perdoei e a outras pessoas também. Resignifiquei minhas mágoas, que deixaram de ser importantes. Na segunda sessão a minha ansiedade foi o alvo. Ela sempre era intensa o que me prejudicava, tanto na vida pessoal, quanto profissional. Após a hipnoterapia estou tranquila, enfrento meus problemas de forma mais calma, durmo bem e meu bruxismo reduziu muito. Tenho melhorado a cada dia, encarando os desafios da vida de forma diferente. Percebi que muitos dos meus medos gerados por meus pensamentos, não tinham sentido e dessa forma deixei de sofrer antecipadamente por eventos que, no final das contas, nem ocorriam. Me sinto leve e tranquila, mesmo com os problemas e correrias do dia a dia que não mudaram. Recomendo a todos.” Ansiedade e Tristeza

EXPERIÊNCIAS VIVIDAS QUE ME LEVARAM ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

**utilizados nomes fictícios para preservar identidades*

Quando jovem na escola, no Instituto Central de Educação Isaías Alves, em Salvador, na Bahia entre os anos de 1979 a 1987, tinha o hábito de ficar com os amigos conversando e às vezes eles tinham problemas, sim, porque adolescentes também têm problemas, por exemplo, quando estavam com dor de cabeça pediam-me para massagear suas têmporas, e por isso eles me chamavam de “as mãos que curavam dores de cabeça”. Os anos se passaram e a brincadeira ficou para trás, quando um belo dia...

Era 2009, trabalhava como cuidadora de uma das netas idosas de Charles Robert Darwin, num bairro muito bonito próximo à Ilê de France, Paris. A essa altura ela era uma senhora bem velhinha, estava com Alzheimer, sua mente era um turbilhão de coisas acumuladas de anos e anos de vida, não fazia quase nada sozinha, por isso me contrataram para lhe prestar assistência e companhia. Chegando em sua casa, um grande apartamento no terceiro andar, desarrumado, sujo, onde morava sozinha às vezes ela recebia visitas de assistentes sociais, de um amigo, ou de um dos parentes.

Para começar não me aceitava como cuidadora, porque já não entendia o que isso representava, só me aceitava como visita, todos os dias eu tinha que dizer que estava ali para visitá-la. Desde o primeiro dia de trabalho percebi que ela estava muito malcuidada, já não tomava banho todos os dias, essas coisas do cotidiano, esse era o meu papel ali, cuidar dela, e enquanto ela me contava repetidas vezes suas histórias de vida, eu ia tentando exercer o meu papel de cuidadora. Num belo dia me indicaram a passar uma pomada em suas pernas, pois a mesma tinha feridas com pruridos, já fazia tempo que essas erupções em sua pele eram recorrentes e que usava vários remédios indicados pelos médicos, mas o quadro não evoluía para uma melhora significativa.

Numa manhã decidi tocar nas pernas dela e fiquei alguns minutos tocando levemente emanando intenções de cura, depois fui para casa e no outro dia quando retornei, as feridas tinham melhorado sensivelmente, já não saía líquidos, não minava, o local estava limpo, o mais interessante é que eu só tinha feito em uma das pernas, a que estava num estado mais grave. Confesso que fiquei um pouco assustada, não narrei esse fato antes para outras pessoas, porque emudeci quando vi sua perna curada, foi incrível!

Quando um dos parentes que de vez em quando passava lá, olhou para sua perna, ele então perguntou? – O que houve com sua perna? Calada num canto estava, quando ouvi ela dizer. Foi ela, apontando para mim. E aqui encerro uma das experiências mais lindas e emocionantes que vivi em toda a minha vida, jamais poderei esquecer, foi exatamente assim, simples assim.

Todas essas histórias fizeram com que eu me rendesse aos encantos do trabalho com as Práticas Integrativas e Complementares. As PICS promovem uma nova cultura do termo “cuidado”, fortalecendo o indivíduo no seu processo de cura. Hoje, dedico-me ao estudo e

ao trabalho de várias dessas práticas tais como, o Reiki, a Reflexologia Podal, o Yoga, a Meditação e o TFT. E defendo veementemente a integração, a inclusão e a expansão de todas essas práticas no SUS (Sistema Único de Saúde), para que possamos beneficiar um maior número de pessoas.

TERAPIAS INTEGRATIVAS COMO MEDICINA DO FUTURO

Eu poderia passar horas aqui falando sobre esses 15 anos de experiências profissionais, mais vou me restringir aos mais recentes relatos. Amo realizar a Massagem Terapêutica, nela eu posso ver os resultados em cada atendimento. Sempre busco me especializar no tratamento da dor, por chegar em meu Consultório pacientes com dores lombar e outras com dores crônicas como Síndrome do Túnel do Carpo e Fibromialgia.

Além de tratar a dor manualmente, também faço uso das Ventosas (Técnica da Medicina Tradicional Chinesa, MTC), que é bastante eficaz no alívio da dor.

Em um primeiro relato, tratei uma paciente que sente muitas dores (quadro geral da fibromialgia) e que fazia uso por anos de medicamento para dormir devido as fortes dores. Uma semana após a sessão ela me enviou uma mensagem dizendo:

“Edy, muito obrigada pela massagem, há uma semana não tomo remédio e estou dormindo bem”.

Outro relato foi de um rapaz me procurou para fazer uma massagem, sua queixa: dores nas costas (região cervical, para ser mais exata, trapézio e escápula). Comecei pegando em seu pé, fazendo uma breve reflexologia podal (essa técnica que também faz parte das Terapias Complementares). Com a Reflexologia Podal, já consegui detectar até problemas de fundo emocional. Isso é muito gratificante. Cada vez que estudo, mais apaixonada eu fico com as Terapias Integrativas, ela realmente será a medicina do futuro, visando que teremos melhor qualidade de vida, sem uso excessivo de medicamentos em nosso corpo.

Em suma, esse paciente que achou que só estava com dor na cervical, estava com fortes dores em todo corpo e ele só percebeu quando eu comecei a fazer a massagem. Tratei ele manualmente e com ventosas, depois da quarta sessão, recebi uma mensagem:

“Graças a Deus, depois de suas massagens sou outra pessoa, até exercício voltei a fazer, GRATIDÃO”.

Trago ainda, o caso de um rapaz que sentia dificuldade de dormir e isso o deixava nervoso e irritado, e mesmo com o auxílio de medicamento para dormir, o mesmo não conseguia.

Conhecendo o poder dos óleos essenciais como conheço, comecei a fazer uso nele do óleo essencial de lavanda. Foi simplesmente incrível, ele dorme bem até hoje, graças a Deus.

Como não amar essa profissão que me enche de orgulho? São essas palavras, esses Feedback que me motiva a buscar mais conhecimento e ser cada dia melhor no que faço. Minha gratidão a meu Deus, por me possibilitar viver emoções enquanto exerço minha linda profissão. Gratidão também a cada cliente que me procura confiando no meu trabalho para solucionar seus problemas, seja de fundo Físico ou Emocional. Eu trabalho para vocês, para melhorar a qualidade de vida de vocês.

DIAS DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE: MULHERES MARISQUEIRAS DA ILHA DE MARÉ COM TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.

Esse texto relata a experiência de práticas de cuidado com práticas integrativas e complementares com mulheres marisqueiras das comunidades marisqueiras de Bananeiras, Praia Grande, Porto do Cavalo, Santana, Botelho pertencem a Ilha de Maré e fazem parte do município de Salvador/BA.

A população dessas comunidades apresenta problemas graves de saúde, causadas pelas condições de trabalho, pela contaminação do solo e as constantes ameaças e violências sofridas pelas empresas de exploração de petróleo.

No momento das atividades a sobrevivência estava sendo seriamente ameaçada pelo desastre ambiental do óleo derramado, que impossibilitava de tirar o sustento diário.

A realidade das mulheres marisqueiras e quilombolas é extremamente crítica, devido às violências sofridas por elas, desde a violência doméstica até a violência e institucional e o racismo ambiental por parte das empresas mineradoras. Lideranças são constantemente ameaçadas pelo racismo ambiental e institucional.

A situação se agrava pela falta de políticas pública nas áreas de educação, saúde, transporte, assistência social e escoamento da produção. Não tem transporte público, o deslocamento é feito por barcos, que em tempo de chuva e ventania não funcionam.

Nesse contexto foram realizados encontros em uma sala de cuidado nas seguintes comunidades: Bananeiras, Praia Grande, Porto do Cavalho, Santana, Botelho. Uma equipe composta por seis terapeutas voluntários se deslocava de Salvador para as comunidades e organizava junto as lideranças locais para oferta de cuidados individuais de Reflexoterapia podal, Auriculoterapia e Reiki, após contato anterior com a mesma. Em outra sala, eram realizados cuidados coletivos com Qi Gong, Dança circular, Arteterapia e oficina de Reflexoterapia. Em todas as comunidades contamos com a participação de crianças, que

foram integradas naturalmente nas atividades. Algumas pessoas acamadas foram atendidas em suas casas. Em torno de duzentas pessoas usufruíram desses dias de cuidado.

Foram relatados e registrados como queixas e incômodos mais frequentes: Dores nas costas, nas pernas, mãos e ombros. Peso nas pernas e no corpo. Insônia. Ferimentos dolorosos nos pés causados pelas ostras, corais e vidros, causados por acidentes de trabalho no manguezal. Micoses (Frieira), devido à demora na água e no mangue na hora de mariscar e pescar. Enxaqueca e cólicas menstruais. Existem vários casos de câncer, inclusive em crianças devido a contaminação do solo. Sentimentos de raiva, preocupação, tristeza, medo, ansiedade. Casos de depressão em mulheres dessa região são comuns.

No final das atividades de cuidado individual e coletivo as participantes ficaram sensibilizadas sobre a importância do cuidar de si e especialmente dos pés, que ficam muitas horas em contato com a água e a lama. Receberam orientações para observar e cuidar melhorar das feridas apresentadas nos pés. Refletiram ainda sobre a importância de reconhecer e cuidar das emoções para as mesmas não se tornar doenças. As participantes relataram ao final do dia sentimentos de leveza e alegria e alívio de dores. Algumas demonstraram interesse em aprofundar o conhecimento sobre as terapias integrativas.

Entendemos que a população dessas comunidades, em especial as mulheres, apresenta problemas graves de saúde, causadas pelas condições de trabalho, pela contaminação do solo e as constantes ameaças e violências sofridas. Por conta do trabalho e das demandas da família e da comunidade, as marisqueiras e quilombolas muitas vezes acabam se esquecendo de cuidar de si. Apoiamos a iniciativa de resgatar os conhecimentos ancestrais sobre plantas, chás e banhos e de iniciar um trabalho sobre alimentação para diversificar o cardápio e aproveitar melhor dos recursos naturais e das plantas nativas.

SESSÕES DE REIKI NO TRATAMENTO DA DOR

Trabalho como voluntário no Hospital das Clínicas e no Hospital Martagão Gesteira e tenho parceria com o Espaço Terapêutico RENASCER, onde dou cursos, faço parte de um grupo de Reiki e outras terapias, atualmente participo de um curso de Extensão em Práticas Integrativas pela FOUFBA (Faculdade de Odontologia Universidade Federal da Bahia).

Desenvolvi a prática para retirada da dor no anexo Magalhães Neto, em Salvador, Bahia, no ambulatório da dor, primeiro andar, no princípio, atendendo pelos corredores, até uma amiga me dizer que no terceiro andar tinha Práticas Integrativas, comecei a atuar na sala de Reiki desse hospital. Depois da pandemia iniciei cursos online, e enviando Reiki a distância, aplicando por vídeo chamada ou por áudio. Sempre trabalhando em busca da cura dos pacientes, tenho inúmeros relatos interessantes do trabalho que realizo, dentre esses escolhi dois para esta coletânea de relatos.

Dentre os vários relatos que conheci ao longo de minha trajetória de reikiano, trago o caso de JRNC, ele caiu de uma escada de treze degraus, batendo as costas, já tinha problemas na coluna causando uma maior inflamação e dores insuportáveis, por conta de suas nove hérnias de disco. Depois dessa queda, foi atendido no Hospital das Clínicas, em Salvador, BA, os médicos ministraram remédios fortíssimos, inclusive morfina, independente disso, ele foi perdendo os movimentos chegando a ficar trinta dias sem andar, sofria muito com as dores, comecei a aplicar o Reiki ainda no hospital, após dias no hospital retornou a sua casa, eu continuei com as aplicações, depois de algum tempo pude observar que o paciente que antes tinha sido condenado a várias limitações, incluindo a de não poder andar direito, nem dirigir, etc começava a retornar as suas atividades cotidianas, tendo um avanço esplêndido no seu quadro clínico. Esse paciente ainda sente algumas dores, entretanto o poder dessa prática fez com que ele pudesse levar uma vida quase normal. Em relação ao seu estado anterior, atualmente, vemos uma melhora de quase 60%.

O outro relato é o da AST, ela foi diagnosticada com câncer no intestino, o qual já se encontrava em um estágio avançado, faz quimioterapia e vivencia todos os desconfortos que, normalmente, faz parte dos problemas vividos por um paciente cancerígeno, queda de cabelo, emagrecimento etc. Por isso me procurou para fazer psicoterapia com o Reiki, nesse processo além do trabalho do Reiki, com a imposição das mãos há também um trabalho de escuta terapêutica. As sessões se passam a distância, duram cerca de uma hora, enquanto a paciente relata seus conflitos, suas inquietações, eu administro o Reiki. Após o início dessa prática ela relata que se sente muito melhor, mais acolhida, menos angustiada, sente menos incômodos físicos decorrentes do tratamento oncológico, e conseqüentemente menos dores, menos ansiedade com os procedimentos de práxis, alcançando assim uma melhor qualidade de vida durante o seu tratamento.

Foram tantas alegrias e energias boas em volta do meu caminho que eu poderia redigir várias páginas de relatos de pessoas que se sentiram beneficiadas pela aplicação dessa prática milenar, o Reiki mudou a minha vida e me ajuda a transformar a vida de inúmeras pessoas.

CROMOTERAPIA – TONS E FREQUÊNCIAS LUMINOSAS QUE RESULTAM EM SAÚDE

Cromoterapia é uma técnica que promove o equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual. Utiliza-se nesta terapia, ondas eletromagnéticas coloridas que são emitidas através de bastões cromáticos e lâmpadas especializadas, e também através da água solarizada e mentalizações. Essas ondas atuam diretamente no corpo físico, que estão interligadas aos corpos sutis que agem no sistema físico energético. A terapia das cores proporciona inúmeros benefícios já que trata disfunções orgânicas e promove o reequilíbrio do organismo, mantendo

a saúde geral de todos os sistemas do corpo. A terapia se baseia nas sete cores do arco-íris: Violeta, Índigo, Azul, Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho, utiliza-se também a cor Rosa.

Temos a partir desse ponto uma razão visível e clara para compreender, porque a Cromoterapia, em sendo uma medicina puramente energética, é capaz de regenerar, estabilizar, ou mesmo refazer, em parâmetros razoáveis e compreensíveis, qualquer problema em que estejam envolvidas as energias de um corpo físico humano, em perdas ou em excesso energético (Nunes, 1996).

Relato aqui um caso de sucesso que aconteceu há algum tempo em que tratei uma senhora simpática e viúva de 93 anos que teve um trauma na perna esquerda devido a uma queda, quando tentava abrir o guarda roupa, e ao mesmo tempo se equilibrar. Esse fato ocorreu na casa de seu filho na cidade de Salvador na Bahia. Depois da queda ela ficou sem andar, passou a viver na cama aos cuidados de outra pessoa por dois meses, ela passou por consulta médica e a prescrição foi fazer fisioterapia, foi excluída a possibilidade de tomar medicamentos devido a problemas renais.

Eis o motivo de os tratamentos medicamentosos alopáticos não conseguirem tratar a verdadeira causa do problema, pois, segundo nossa linha de raciocínio holística, eles não alcançam o homem na sua integralidade (Bolzano, 2013).

As sessões de fisioterapia duraram dois meses, mas sem o resultado esperado, e diante dessa questão ela foi levada para casa do outro filho, na cidade de Nazaré na Bahia. Neste momento seu filho me consultou para saber como funcionava a terapia.

No dia seguinte, estabelecemos que as aplicações acontecessem duas vezes por semana. No primeiro dia em que iniciamos as sessões fiz uma anamnese onde anotei dados importantes para conhecer o histórico de saúde, e daí elaborar o tratamento. Ela só se queixava de dores no quadril e na perna, mas percebi um certo desencanto pela vida em estar naquela situação com a mobilidade bastante reduzida.

Na aplicação das luzes coloridas, os chacras têm papel fundamental, chacras são vórtices de energia, são receptores e emissores, e são através deles que o corpo se harmoniza e, ao receber essas ondas ativam as glândulas correspondentes:

Chakra Coronário – Pineal; Chakra Frontal – Pituitária ou Hipófise; Chakra Laríngeo – Tireoide; Chakra Cardíaco – Timo; Chakra Plexo Solar – Baço; Chakra Umbilical – Suprarrenais (pâncreas); Chakra Básico – Suprarrenal.

As aplicações foram feitas com um bastão cromático, onde de início fiz a verificação dos chacras com o pêndulo, daí fiz a limpeza energética com a cor azul na aura, e passei a harmonizar os chacras com as cores correspondentes: Chakra Coronário, cor violeta. Chakra Frontal, com índigo. Chakra Laríngeo, cor azul. Chakra Cardíaco, cor verde e rosa. Chakra Plexo Solar, cor amarela. Chakra Umbilical, cor laranja. Chakra da Raiz, cor

vermelha. No decorrer da sessão passei a tratar o local do trauma com as cores verde, violeta e azul, onde o verde é, anti-inflamatório, antisséptico e anti-infeccioso, isolante da área, regenerador e dilatador, além de ser calmante, a cor violeta age como cauterizador e bactericida em vários processos inflamatórios e infecciosos, essa cor exerce sua função quando aplicado o azul para sua fixação, e por fim o azul, que é regenerador, lubrificante, calmante e analgésico.

O conjunto das cores verde, violeta e azul exerce uma função que equivale aos antibióticos, e não produz efeitos adversos. Repetir essas aplicações em dez sessões, e na nona sessão a senhora sentou-se sozinha na borda da cama, se apoiou no andador e se deslocou do quarto até a sala, para surpresa de todos, e daí não parou, passou a fazer as refeições na mesa com toda a família, o contentamento do filho foi tanto, que me foi solicitado fazer mais dez sessões, e ao final foi só agradecimentos. Além de ter recuperado a mobilidade, recuperou também a autoestima. Foi visível a melhora nas expressões faciais e nas conversas, com sorrisos e bom humor, e me falou que queria voltar a fazer as coisas que fazia antes, como viajar, ir à praia, ir à casa dos filhos, participar da rotina da casa, etc. e passou a fazer. Sempre que encontro com seu filho peço-lhe notícias sobre a senhora simpática que me fez acreditar que a Cromoterapia é capaz de modificar sentimentos, emoções e o corpo físico, e fico sabendo que ela retomou as atividades, mas com restrições, devido a idade, e o mais importante é que está fazendo o que gosta, que é estar presente e ativa no caminhar da vida.

O bom da vida é poder proporcionar momentos terapêuticos que geram grandes transformações, resultando em uma cura puramente aceita e acreditada, e esse é o verdadeiro sentido de se trabalhar com terapias que atuem de forma ampla no complexo sistema chamado vida.

Essa experiência foi capaz de mostrar que a Cromoterapia é uma técnica eficaz que trabalha na perspectiva de gerar resultados positivos, e diante de toda essa trajetória energética fica claro o papel das terapias na vida das pessoas, é um caminho de cura e de novos começos.

INTEGRAÇÃO DO QI GONG E REFLEXOTERAPIA PODAL COM PACIENTES DO AMBULATORIO DE PICS: PRATICAS DE AUTO CUIDADO E PROMOÇÃO A SAUDE.

Este texto relata uma experiência desenvolvida com um grupo de pessoas, na sua maioria do sexo feminino, que frequentam o ambulatório da PICS do Hospital das Clínicas – HUPES de Salvador/BA. A maioria vem por demanda espontânea, porém no decorrer do tempo, pessoas forem encaminhados pelo setor de Fisioterapia, do próprio HUPES e por

profissionais de saúde externos ao hospital. O trabalho tem como objetivo cuidar das pessoas: acompanhar, observar e registrar mudanças na saúde e qualidade de vida desses pacientes.

Em 2015 iniciamos a nossa atividade, oferecendo Qi Gong, Reflexoterapia Podal uma vez por semana. Foram organizados formação de Reflexoterapia Podal como cursos de extensão da UFBA, no próprio espaço do ambulatório. Posteriormente os cursos não eram mais possíveis no Ambulatório do HUPES e atualmente continuamos com cursos livres certificados pelo Sindicato Holístico da Bahia, continuando o estágio no ambulatório.

Foi selecionado para este relato um grupo de 40 pessoas, que receberam atendimentos nas quintas-feiras, no período matutino, com Qi Gong e Reflexoterapia Podal no primeiro semestre de 2019. Nas quintas feiras as 8 horas iniciamos as atividades com a pratica coletiva, que tem uma duração e 50 minutos. Essa pratica é aberta ao público, enquanto que o atendimento individual com Reflexoterapia Podal é previamente agendado. As/os terapeutas também participam da pratica coletiva como forma de autocuidado e preparação para os atendimentos individuais. Uma roda de compartilhamento sobre o Qi Gong e troca sobre mudanças de hábito, alimentação e incorporação do autocuidado na rotina diária encerra essa primeira parte.

Os agendamentos individuais são feitos conforme as necessidades e a demanda da pessoa atendida. Cada pessoa, além do prontuário do HUPES, tem uma ficha de anamnese e seguimento específico para o tratamento reflexo terapêutico. O atendimento acontece na maca, através da massagem terapêutica em pontos reflexos dos pés que dura em torno de 45 minutos.

Observamos como queixas mais frequentes: Enxaqueca, cefaleia, insônia, prisão de ventre, dores de coluna, a ombros e joelhos, edemas nas pernas, fibromialgia, ansiedade, depressão, tristeza, preocupação, raiva, magoa, solidão, medo e insegurança. Alívio de dores lombares, joelhos, pernas e cabeça. Maior flexibilidade na postura e recuperação dos movimentos. Regulação da função gastrointestinal. Diminuição de edemas. Qualificação do sono, dormindo mais cedo e tendo um sono mais restaurador. Mudanças nos hábitos alimentares: aumento da ingestão de água e consumindo alimentos mais saudáveis. Inclusão na rotina diária uma respiração consciente e exercícios físicos com práticas de autocuidado. As pessoas também começaram a perceber a saúde como um equilíbrio de corpo, mente e espírito e não apenas ausência de problemas físicos. Ainda relatam de sentir-se mais alegre, disposta, tranquila, relaxada. Percebemos uma autoestima mais elevada em muitas pessoas que resulta em uma melhor comunicação e qualidade dos relacionamentos.

Um depoimento de uma paciente negra de 43 anos:

“Estou praticando Qi Gong e Reflexoterapia há 2 meses. Cheguei no ambulatório com diagnóstico de Fibromialgia. As dores diárias e constantes já se perduram há mais de dois anos. Logo no primeiro contato com as práticas do Qi Gong e Reflexoterapia pude sentir que havia encontrado um tratamento que além de aliviar minhas dores físicas poderia me ajudar no meu autocuidado, pois já no primeiro atendimento foi possível sentir alívio das dores intensas e persistentes que sentia pelo corpo. Além disso, consegui uma conexão intensa comigo mesma. Ainda não posso dizer que estou livre da Fibromialgia, mas acredito que a continuidade no tratamento me possibilitara não apenas no alívio das dores físicas, como também o autoconhecimento sobre quem sou e qual o propósito do universo para minha existência no mundo”. Namastê

Podemos concluir que a associação de duas terapias integrativas, sendo uma coletiva e a outra individual, pode trazer resultados mais rápidos e mais significativos para os indivíduos. O compartilhamento em grupo estimula a solidariedade. Essa experiência pode ser um recurso relevante para diversos grupos de pacientes nas unidades do SUS e ainda permite igualmente aos profissionais a vivência do autocuidado o que vai qualificar uma escuta mais atenciosa com os usuários.

CONCLUSÃO

A partir dos relatos, é notório o poder de cura, tratamento, prevenção e promoção de saúde das práticas integrativas em saúde. Algumas já regulamentadas pelo sistema único de saúde e outras em fase de implantação. A importância e justificativa para este trabalho, é demonstrar que o conhecimento popular, trazido de muitas gerações, tem efeito terapêutico e deve ser olhado pela ciência, para compreensão e comprovação científica. Essa provocação se faz necessária devido a movimentos anti-PICs no qual classificam-nas como pseudociências. Concluímos que as práticas integrativas e complementares – PICS, podem ser um grande aliado para aliviar sofrimentos físicos, psíquicos e emocionais.

■ REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: MS; 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**. Diário Oficial da União. 28 Mar 2017.

3. BOLZANO, Ondina; Olga; Cristina. **Cromoterapia - Tratamento para mais de 100 doenças.** Volume II, LEBOOKS, 2013.
4. CONTATORE, O. A et al. **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, 2015.
5. Covid-19: CNS recomenda divulgação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) na assistência ao tratamento. **Conselho Nacional de Secretária de Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/covid-19-cns-recomenda-divulgacao-de-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-pics-na-assistencia-ao-tratamento/>, Acesso em> 24/11/2020.
6. DOUGANS, I., ELLIS, S. **Um guia passo a passo para a aplicação da Reflexologia**, São Paulo: CULTRIX.
7. HUBER, Luiza: **“Do poder sobre o corpo ao corpo de poder” - um estudo sobre a prática da Reflexoterapia entre mulheres no meio popular.** Dissertação de Mestrado, ISC/UFBA, 2002
8. HUBER, Louisa: **Cuidado entre mulheres terapeutas através da Arteterapia e do trabalho corporal - Qi Gong.** Instituto Jungiano da Bahia, Salvador 2019.
9. LAM KAM: CHUEN: **O caminho da energia.** Editora Manole, São Paulo, 2000.
10. LIVRAMENTO, Gutemberg: **Curso de Formação em QI GONG**, Salvador, 2007.
11. MAGALHÃES, João. **O Grande Livro do Reiki.** 9. Ed. São Paulo. Nascente.2018.
12. MARQUARDT, Hanne: **Reflexoterapia pelos pés.** MANOLE, São Paulo 200502
13. MULHERES das Águas: Vídeo Saúde. Distribuidora Fiocruz.
14. MILLER, JP. **O livro dos chakras, da energia e dos corpos sutis: uma nova visão das tradições antigas e modernas sobre os nossos centros de energia.** 1. ed. São Paulo: Pensamento; 2015.
15. NUNES, René. **Curso da dinâmica da Cromoterapia.** 4ª edição – Brasília: Linha Gráfica, 1996. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Saúde.mg.gov.br, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/pics>. Acesso em: 24/11/2020.
16. RUELA, L. O et al, **Implementação, acesso e utilização de práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: uma revisão da literatura.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 24, n. 11, 2019.
17. Sat Chuen Hon: **QIGONG Taoista para saúde e vitalidade.** Ed. Pensamento, SP, 2003.
18. UNISUL **“Influência da reflexologia podal na qualidade do sono: estudo de caso”** Fatima Machado, Carla Rodrigues, Patrícia Amara da Silva.
19. Univ. Complutense de Madrid, Fac. De Psicologia: **“La reflexoterapia podal como instrumento terapêutico frente a la fibromialgia.** Tese de Doutorado: Luis Angel Diaz Robredo VENNELIS, David: **O que é Reflexologia**, Rio de Janeiro, 2003, Nova ERA •Sat Chuen Hon: QIGONG Taoista para saúde e vitalidade. Ed. Pensamento, SP, 2003
20. WILSON, J. **Volunteering.** Annu Rev Sociol. 2000;26:215-40.

“ Práticas integrativas na atenção primária na vigência pandemia da covid-19: experiência de Santa Catarina

| Gisele Damian Antonio **Gouveia**
SES - SC

RESUMO

O uso de práticas integrativas para fins terapêuticos tem sido incentivado desde a década de 70 pela Organização Mundial de Saúde. O Estado de Santa Catarina apoiou o uso de diferentes práticas integrativas, na vigência da COVID19, de forma complementar, individualizada e ponderada caso-a-caso para prevenção de agravos de saúde, promoção e recuperação de saúde, podendo compor estratégias de cuidado em saúde aos trabalhadores de saúde e cidadãos no enfrentamento da COVID-19, no contexto da atenção primária à saúde. Para isso, foi realizado uma vasta revisão de literatura para construção de uma Nota Técnica para orientação do uso das PIC pelos profissionais de saúde neste período. Das 29 práticas integrativas da PNPIIC, foram selecionadas 10 práticas para compor o documento técnico de orientação do uso dessas práticas na vigência da pandemia. A inserção das práticas integrativas e complementares no cuidado à saúde do trabalhador em saúde e do cidadão na vigência da pandemia foi uma estratégia promissora e estimulou os gestores a oferta de novas opções terapêuticas inovadoras e humanizada, exemplificada pelas dez PICs citadas na nota técnica.

Palavras-chave: Práticas Integrativas, Atenção Primária, Autocuidado, COVID19.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria GM/MS nº 971/2006 e, atualmente, é orientada pelo Anexo XXV da Portaria Consolidada n. 2, de 28 de setembro de 2017. A PNPIC tem como objetivo: incorporar e implementar as PICs no SUS com ênfase na atenção básica para fortalecer o cuidado integral em saúde (BRASIL, 2017). Considerando-se também as Portaria nº 849 de 27 de março de 2017 e Portaria nº 702, de 21 de março de, hoje, em nosso SUS, temos 29 práticas reconhecidas: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia e termalismo, as primeiras a integrarem a PNPIC na sua criação, em 2006. A Portaria nº 849/2017, incluiu outras 14 práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária e yoga. A Portaria nº 702/2018, por sua vez, integrou mais 10 práticas ao SUS, sendo: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2017).

As práticas integrativas e complementares (PICs) sempre tiveram grande importância na cultura, na promoção e no cuidado em saúde das sociedades no mundo. As populações, por meio de seus curadores e do uso autônomo, acumularam experiências e vasto conhecimento a seu respeito. Há uma heterogeneidade de saberes e práticas relacionados às práticas integrativas circulantes nas sociedades e, assim, em alguma medida, na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira (ANTONIO, TESSER, MORETTI-PIRES, 2013). Elas envolvem diferentes abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (SANTOS, TESSER, 2012; ANTONIO, TESSER, MORETTI-PIRES, 2013).

No Brasil, as práticas integrativas aparecem em 16.007 serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, sendo 14.508 (90%) da APS, distribuídos em 4.159 municípios (74%) e em todas as capitais (100%) (BRASIL, 2020). É importante destacar que no Estado de Santa Catarina (SC), o Plano Estadual de Saúde contempla metas e estratégias de teleeducação para estimular a implementação de práticas integrativas, corroborando com a PNPIC para institucionalização destas práticas no SUS de forma integral e qualificada, preferencialmente na APS. Há, também, duas Leis Estaduais que contribuem para o fortalecimento das políticas públicas nacionais: a Lei Estadual nº 12.386, de 16 de agosto de 2002, que dispõe sobre o Programa Estadual de Fitoterapia e Plantas medicinais em SC e a Lei Estadual nº 17.706, de 22 de janeiro de 2019. Além de um Observatório Catarinense das PICS (OC-PICS) coordenado pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), que incentivam e fortalecem

a importância das PICs no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) catarinense (SANTA CATARINA, 2002; SANTA CATARINA, 2019). Outro ponto essencial a ser destacado são as teleconsultorias, reuniões de matriciamento e teleeducação em PICs realizadas por meio da parceria entre Diretoria de Atenção Primária em Saúde, Diretoria de Educação Permanente em Saúde e o Núcleo Telessaúde UFSC/SC para qualificar os profissionais nesta área, totalizando 4.350 participantes entre 2016 a 2018 (GOUVEIA, ROSA, 2020). Atualmente, as ações de educação on line da SES/SC são realizadas pela estratégia EducaSaúde SC, criada no ano de 2020 para dar continuidade ao projeto Telessaúde SC descontinuado pelo Ministério da Saúde, em 2019.

Segundo o monitoramento nacional do Ministério da Saúde, em 2018, o estado de SC apresenta 258 estabelecimentos de saúde que ofertam acupuntura, 25 antroposofia aplicado à saúde, 9 aromaterapia, 13 ayurveda, 84 fitoterapia, 48 homeopatia, 15 imposição de mãos, 260 outras práticas da medicina tradicional chinesa, 1 ozonioterapia, 237 práticas corpo-mente, 29 práticas manuais, 19 psicodinâmicas, 21 termalismo. Essas ações estão presentes também nos polos de Academia da Saúde catarinense. A média de procedimentos/ano por 1.000 habitantes, em SC, é de 37.69, sendo considerado acima da média comparada com a média nacional e da região sul, respectivamente 13,16/1000 e 12,37/1000 (BRASIL, 2020).

A estratégia de apoio institucional e teleeducação adotada pelo Estado de SC, nos últimos 10 anos, foram medidas promissoras para fortalecer, capacitar e estimular os gestores municipais e profissionais quanto a inserção de novas opções terapêuticas inovadoras e humanizadas apoiadas pela PNPIC.

OBJETIVO

Apresentar o instrumento de apoio institucional criado para orientar a oferta de práticas integrativas e complementares por profissionais de saúde da atenção primária em saúde na vigência da pandemia da COVID19, no Estado de Santa Catarina.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão de literatura de artigos, teses, artigos de opinião, guias técnicos de conselhos profissionais, formulários, mementos e notas técnicas de gestores municipais, estaduais e federais que abordassem o uso de práticas integrativas individuais e coletivas, em serviços de atenção primária, na vigência da pandemia da COVID19. Foi pesquisado publicações disponíveis na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde/Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa dos últimos 5 anos. Também, foi utilizado o mapa

de evidência “Contribuição das MTCl no contexto da pandemia COVID19 elaborado pelo Consórcio Acadêmico de PICs. Foram excluídas publicações indisponíveis para acesso livre na internet. Adotou-se combinações de palavras-chave e descritores como estratégia de busca, tais como: “*práticas integrativas*” and “*COVID19*”; *acupuntura* and “*COVID19*”; *aromaterapia* and “*COVID19*”, *fitoterapia* and “*COVID19*”; *floralterapia* and “*COVID19*”, *homeopatia* and “*COVID19*”; “*práticas corporais*” and “*COVID19*”, *Apiterapia* and “*COVID19*”, “*imposição de mãos*” and “*COVID19*”; *reiki* and “*COVID19*”, *musicoterapia* and “*COVID19*”, *automassagem* and “*COVID19*”.

Foi realizado a leitura dos documentos selecionados para seleção das práticas integrativas e elaboração da nota técnica sobre a oferta de práticas integrativas na vigência da COVID19. O documento foi publicado no dia 16/04/2020 na página oficial da Secretaria de Estado da Saúde de SC.

RESULTADO

Foram analisados os 126 estudos disponíveis no mapa de evidências das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas da Biblioteca Virtual de Saúde, sete guias de instituições governamentais e profissionais sobre o uso de práticas integrativas no cuidado em saúde. Deste total, foi selecionado 26 publicações para nortear as orientações estaduais para uso de práticas integrativas para prevenção de agravos e promoção de saúde na vigência da pandemia. As práticas integrativas escolhidas para compor a nota técnica foram: Medicina tradicional chinesa, apiterápicos, aromaterapia, fitoterapia, homeopatia, imposição de mãos/reiki, práticas corporais por vídeo-aula, musicoterapia, automassagem, terapia floral.

O Estado de Santa Catarina elaborou uma nota técnica, a **Nota Técnica nº 10/2020 – DAPS/SPS/SES**, para orientar os profissionais de saúde o uso de práticas integrativas e complementares no período da pandemia da COVID19. Essa nota técnica levou em consideração a atual situação em relação à pandemia do Coronavírus (COVID 19) e as recomendações emitidas pelo Centro de Operações e Emergência em Saúde (COES), bem como, a emergência declarada em todo o território catarinense (Decreto nº 515/2020), para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19. Também, pautou-se na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que incentiva a inserção das práticas integrativas (BRASIL, 2017) e a Lei Estadual 17.706, de 22 de janeiro de 2019, que respalda a inserção das práticas integrativas e complementares, no Estado de Santa Catarina, para servir como estratégia de prevenção de doenças, promoção e tratamento de saúde no contexto da atenção primária à saúde.

Esse documento técnico recomendou:

- Que as práticas integrativas e complementares em saúde (PIC) sejam realizadas de forma complementar, individualizada e ponderada caso-a-caso para prevenção de agravos de saúde, promoção e recuperação de saúde, podendo compor estratégias de cuidado em saúde aos trabalhadores de saúde e cidadãos no enfrentamento da COVID-19, no contexto da atenção primária à saúde.
- Que o uso das PICs possa ser sugerido pelos profissionais de saúde para promover equilíbrio mental e emocional, aliviar sintomas respiratórios leves, fortalecer a função imunológica do corpo e ajudar na recuperação do cidadão após doenças infecciosas.
- Que os atendimentos individuais de práticas integrativas que demandem contato e manipulação do corpo, como por exemplo, acupuntura, auriculoterapia, massoterapia, moxabustão nas UBS sejam orientadas na forma de auto-aplicação para pessoas com sintomas respiratórios sem sinais de gravidade, para evitar transmissão da COVID-19.
- As atividades e atendimentos coletivos presenciais de práticas integrativas estão suspensos nas UBS pela necessidade de distanciamento social. Sugere-se a elaboração de videoaulas ou folders autoinstrucionais com a sequência dos exercícios sugeridos para melhora da qualidade de vida e bem-estar.
- Que os recursos terapêuticos indicados por meio de consulta e prescrição por um profissional habilitado, como fitoterapia, aromaterapia, floralterapia, homeopatia, apiterapia, sugere-se que a sua orientação possa ser realizada por teleatendimento.
- Que os registros das atividades sejam registrados no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do e-SUS-APS e/ou sistema de informação utilizado pelo município para a efetiva inserção das PICs na rede. Ressalta-se a importância do registro da evolução clínica dos usuários em relação às PICs também para fins de monitoramento e avaliação da satisfação do usuário. Sugere-se monitorar e avaliar os resultados da inserção das PICs no município por meio da análise de indicadores construídos pela gestão municipal. Esses indicadores poderão conter fatores como o consumo de medicamentos, índice de internações, índice de qualidade de vida, por meio de metodologias validadas e reconhecidas para avaliar a inserção das práticas integrativas no SUS.

Das 29 práticas integrativas contempladas na PNPIC e portarias complementares do governo federal, foram selecionadas 10 PIC com potencial para o autocuidado, promoção de saúde e prevenção de agravos relacionados ou não com a COVID19 para compor o documento técnico das práticas integrativas na vigência da pandemia. Na discussão deste capítulo, apresentaremos as orientações elaboradas pela área técnica das PIC do Núcleo de Condições Crônicas da Diretoria de Atenção Primária em Saúde da SES-SC.

DISCUSSÃO

As recomendações da **Nota Técnica nº 10/2020 – DAPS/SPS/SES** de Santa Catarina focaram nas práticas integrativas que poderiam ser ofertadas na forma de auto-aplicação pelo próprio cidadão com a orientação de um profissional habilitado, garantindo o distanciamento social e regras de vigilância em saúde entre profissionais e pessoas com ou sem sintomas respiratórios ou com ou sem gravidade. Também, buscou-se apresentar práticas que auxiliassem no controle de náusea, vômito, fadiga e tosse e/ou situação de estresse, ansiedade, transtornos do humor, insônia associada ou não a COVID-19 pautado na eficácia e segurança. As práticas selecionadas para compor o documento foram:

ACUPUNTURA (POR DIGITOPRESSÃO OU MOXABUSTÃO)

A estimulação de pontos de acupuntura **por digitopressão ou autoaplicação moxabustão, para evitar a transmissibilidade pelo contato**, pode ser recomendada para ajudar na regulação da função imunológica, potencializar a ação antiinflamatória, para prevenção e recuperação do organismo após doenças infecciosas (WFAS, 2020), para melhora da qualidade do sono, do humor, do bem-estar, para redução da percepção da intensidade de dor, melhora os sintomas como falta de apetite, tosse, dor de cabeça.

Na vigência da COVID-19, os cidadãos podem ser orientados a estimular os pontos de acupuntura através da digitopressão por meio do toque, pressão ou golpes leves com os dedos ou objetos arredondados ou realizar autoaplicação de moxabustão para evitar a transmissibilidade pelo contato (FLORIANÓPOLIS, 2020). Pode ser feita por 10 a 15 minutos diariamente (WFAS, 2020).

Também, pode-se sugerir a automassagem no trajeto dos meridianos. Utilizar método como amassar, pressionar, esfregar e bater nos canais do pulmão e coração nos membros superiores e os canais do estômago e baço-pâncreas nos membros inferiores. 15 a 20 minutos para cada um. Pode-se sentir dor nas partes afetadas (WFAS, 2020).

A escolha dos acupontos deve ser realizada de forma individualizada e de acordo com os sinais e sintomas clínicos de cada cidadão, buscando estimular e fortalecer o Qi (energia), expelir o fator patogênico externos e internos. Essa escolha deve pautar-se nos livros clássicos da medicina tradicional chinesa, pesquisas clínicas contemporâneas que enfocam melhora da função pulmonar, saúde mental e emocional, regulação da imunidade, fatores antiinflamatórios e pró-inflamatórios do sistema vagal-colinérgico (WFAS, 2020; TRKULIA, BARIC, 2020).

Para estimular o Qi e as funções do pulmão e remover os fator patogênico, recomenda-se estimular os acupontos: B13 (Feishu), IG4 (Hegu), B20 (Pishu), IG11 (Quchi), P5 (Chize), P10 (Yuji) , E36 (Zusanli), VC6 (Qihai), BP6 (Sanyinjiao) (WFAS, 2020).

Para febre, garganta e tosse seca sugere-se combinar VG14 (Dazhui), VC22 (Tiantu), PC6 (Neiguan); náusea, vômito e fezes soltas: VC12 (Zhongwan), E25 (Tianshu), E40 (Fenglong);

Fadiga, fraqueza, falta de apetite: VC12 (Zhongwan) e os 4 pontos extras ao redor do umbigo (1cun cada lado), B20 (Pishu); Corisa, dor no ombro e nas costas: B10 (Tianzhu), B12 (Fengmen), VG14 (Dazhui)²⁴. A acupuntura deve ser feita de maneira suave.

Autoaplicação da moxabustão no E36 (Zusanli), PC6 (Neiguan), IG4 (Hegu), VC6 (Qihai), VC4 (Guanyuan). Estimular cada ponto por 10 minutos (WFAS, 2020b).

A localização dos pontos de acupuntura pode ser consultada no atlas de acupuntura: <http://www.meihuanet.com/Atlas/>

Auriculoterapia para fortalecer a resposta imunológica do corpo e reduzir a ansiedade pode-se sugerir a **automassagem, para evitar a transmissibilidade pelo contato**, nas zonas reflexas auriculares do Pulmão, Intestino Grosso, Amígdalas, Alergia, Rim, Shenmen. Pontos para ansiedade: ansiedade, coração, shen mem. Estimular cada zona r por 1 minutos 4 a 6 vezes ao dia. A localização dos pontos auriculares pode ser consultada no atlas de auriculoterapia: <http://www.meihuanet.com/auriculo/menu.htm>.

Os resultados observados em uma revisão de literatura sugerem que a acupuntura e suas variantes - principalmente acupuntura auricular, acupuntura craniana e acupressão, têm a capacidade de oferecer excelentes resultados no tratamento de insônia (SILVA, PRADO, 2007; LIANG; LITSCHER, 2020).

APITERÁPICOS

Tintura de própolis é uma substância resinosa obtida pelas abelhas através da colheita de resinas da flora (pasto apícola) da região, e alteradas pela ação das enzimas contidas em sua saliva. A cor, sabor e o aroma da própolis variam de acordo com sua origem botânica e vem do mel. É rico em aminoácidos, vitaminas e bioflavonoides. Diferença entre os tipos de própolis (PAULINO, 2008):

- A própolis verde do Brasil está associada a planta *Baccharis dracunculifolia* (alecrim-do-campo).
- A própolis vermelha do Brasil está associada as folhas e flores do cajueiro (alimento para as abelhas africanas). Possui propriedades antioxidante, antibiótica e antiinflamatória.

Pode ser usada para prevenção de doenças virais e melhoria da resposta imunológica e antiinflamatória. A própolis pode ser administrada na forma de solução líquida de extrato aquoso, extrato alcóolico ou em cápsulas de extrato seco padronizado.

Recomenda-se 15 a 30gts do extrato aquoso (antioxidante e imunomodulador) ou alcóolico (antiinflamatório) de própolis ou cápsulas de extrato seco padronizado de própolis (cytopropolis) 750mg 3 a 9 cápsulas/dia (PAULINO, 2008).

Geleia real é o alimento produzido pelas abelhas jovens para a rainha. Contém proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas, hormônios, enzimas, substâncias minerais, substâncias biocatalizadoras nos processos de regeneração das células, desenvolvendo uma importante ação fisiológica. Recomenda-se o uso em situações de cansaço físico e mental, doenças graves, problemas respiratórios. É necessário estocar a Geleia Real a temperaturas abaixo de 0° C. (Freezer). Ao abrir a embalagem, manter na geladeira enquanto se consome. Recomenda-se para o uso:

- Em Geral: usar uma espátula, que corresponde a 1,00g diariamente em jejum, colocando embaixo da língua. Pode ser inserida com mel, sucos, diluída em água filtrada (3 dedos em um copo).
- Em caso de fraqueza, doenças graves e convalescença: Sugere-se tomar mais vezes ao dia (5 a 7 vezes) com doses menores, de 0,25g. (1/4 de espátula)
- Em caso de doenças pulmonares, fígado e intestino: Sugere-se ingerir a geleia em jejum 0,5g a 1,00g e antes de dormir: 0,5g

AROMATERAPIA

Os óleos essenciais destacam-se pelas suas propriedades antivirais, antissépticas, imunomoduladores, antimicrobianos, antiinflamatórios e para auxiliar a sanitizar o ambiente.

Os óleos essenciais devem ser diluídos em óleo vegetal (OV) ou creme neutro para aplicação tópica (na proporção de 2mL óleo vegetal para cada 1 gota de óleo essencial). Os óleos essenciais (OE) não devem ser utilizados internamente. Também, pode ser usado para sanitizar o ambiente ou consultório por meio spray (PORTELLA, 2020).

Exemplos de Óleos essenciais antivirais: orégano, tomilho, canela, cravo e anis estrelado (VIMALANATHAM, HUDSON, 2014).

Exemplos de Óleos essenciais para aumentar a resposta imunológico: eucalipto, melaleuca, hortelã, limão e copaíba.

Para afecções do sistema respiratório, sugere-se pingar 2 gts de óleo essencial de melaleuca (teatree), 2 óleo essencial de lavanda e 2 gotas de óleo essencial de eucalipto em 12mL de óleo vegetal de amêndoas ou 12g creme neutro. Essa sinergia pode ser aplicada,

em massagem, no tórax e costas, 3x ao dia, por 15 dias. Considerar as contraindicações de cada óleo essencial antes do uso (PORTELLA, 2020; SADLON; LAMSON, 2010; SALLES, SILVA, 2012; KARAN, 2019).

Para síndromes gripais, sugere-se a associação de óleo essencial de 2 gts melaleuca (tea tree), 2gts óleo essencial de capim limão e 3gts óleo essencial de patchouli em 14mL de óleo vegetal de amendoas. Essa sinergia pode ser utilizada em ambientes com pessoas doentes em spray (10gts de cada em 100mL de álcool 70%).

Para uso em spray para sanitizar o ambiente, pingar 2 gts de óleo essencial de melaleuca (teatree), 4gts de óleo essencial de eucalipto e 1 gts de óleo essencial de cravo em 100mL de álcool 70%⁴. Também, pode-se associar 15gts de óleo de melaleuca, 15 gotas de óleo essencial de alecrim em 100mL de álcool 70%.

FITOTERAPIA

Para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos deve considerar as características de segurança, em especial em pessoas idosas, gestantes, crianças menores de 2 anos de idade e pessoas com comorbidades associadas, principalmente devido à interação medicamentosa. Recomenda-se consultar as informações de contraindicações, indicação, tempo de uso de cada planta conforme descrito no Formulários Nacional de Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018) e Memento Terapêutico Fitoterápico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2016a) e estudos clínicos. Cita-se o uso:

- *Echinacea purpurea* (L.) Moench (equinácea), *Pfaffia glomerata* (Spreng.) Pedersen (ginseng brasileiro), *Allium sativum* L. (alho) para fortalecer o sistema imunológico (BRASIL, 2016; GOUVEIA, SIMIONATO, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020);
- *Passiflora* sp. (maracujá), *Melissa officinalis* (melissa), *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson (salva-gripe, erva cideira) (GOUVEIA, SIMIONATO, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020), *Matricaria chamomilla* L. (camomila), *Valeriana officinalis* L. (valeriana), *Piper metysticum* (Kawakawa) (BRASIL, 2016a), *Citrus sinensis* (laranja comum)²⁷ para promover sono reparador, reduzir estresse, ansiedade e transtornos emocionais;
- *Zingiber officinale* Roscoe (gengibre) para amenizar náuseas e vômito³;
- *Mikania* sp. (guaco), *Hedera helix* (hera), *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng. (malvariço) (GOUVEIA, SIMIONATO, 2019) para tratamento de tosse e doenças das vias respiratórias (BRASIL, 2016d).
- *Plantago major* L. (hera) (tancagem), *Ocimum americanum* (manjeriço), *Malva sylvestris* L. (malva) para garganta irritada e seca (GOUVEIA, SIMIONATO, 2019).

A forma de uso pode ser consultada: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13389>.

Recomenda-se o uso de infusões quentes para fortalecer o sistema imunológico e expelir o frio.

Pode ser recomendado a realização de escalda pés com água até 45° e sal marinho, alecrim e eucalipto durante 30 minutos. No escalda-pés, tem o efeito calmante, revigorante, energizante e estimulante.

HOMEOPATIA

Para a prescrição e utilização dos medicamentos homeopáticos recomendam-se as diretrizes clínicas da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB, 2020a; AMHB, 2020b) e de Santa Catarina (AMHB-SC, 2020) e da Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH, 2020).

A manipulação e dispensação dos medicamentos homeopáticos deve seguir as normas da Vigilância Sanitária Estadual; não sendo permitido o aviamento de fórmulas homeopáticas compartilhadas. Recomenda-se a individualização dos frascos do medicamento homeopático, na dose unitária, por pessoa, de acordo com a Resolução RDC 67 de 2007, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação das Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano (BRASIL, 2007).

A *Camphoraofficinalis* 1M X/15 ml AA 5% por via oral na homeopatia sugerida para prevenção e tratamento da COVID-19 pela AMHB-SC (2020) é derivada da planta *Cinnamomum camphora*, trata-se de um medicamento homeopático, produzido, dinamizado de acordo com a Farmacopeia brasileira homeopática, 3 edição, 2011 16. Esse medicamento homeopático é diferente em relação ao uso de cristais de cânfora e naftalina, ou ainda o infuso (chá) da planta conhecida popularmente por canfoeira (*Cinnamomum camphora*). Os cristais de cânfora, naftalina ou infuso da canfoeira não devem ser administrados por via oral, nem empregados preventiva ou terapeuticamente contra COVID-19 (ABFH, 2020).

O uso dos medicamentos homeopáticos pode ser feito de forma complementar ao tratamento alopático. O medicamento homeopático não é uma vacina. Orienta-se evitar encostar o conta-gotas na boca, manter o medicamento homeopático em temperatura ambiente, não refrigerar, não deixar o frasco aberto por muito tempo (ABFH, 2019).

O medicamento homeopático pode contribuir para a imunidade do organismo frente a pandemia do COVID-19. Sugere-se a repertorização individualizada dos sintomas de cada cidadão acometido, por um médico homeopata, que deverá acompanhar a evolução do caso, ajustando os medicamentos mais adequados a cada pessoa (ABFH, 2019).

IMPOSIÇÃO DE MÃOS/REIKI

O Reiki é uma técnica criada no Japão que consiste na imposição de mãos para alinhar os centros de bioenergéticos do corpo, conhecidos como chakras, promovendo o equilíbrio energético, necessário para manter o bem-estar físico e mental.

Há evidências que sugerem que a terapia reiki pode ser eficaz para dor e ansiedade (TRKULJA; BARIC, 2020) .

Na vigência da COVID-19, sugere-se a aplicação do reiki à distância por um profissional formado em nível II para evitar a transmissibilidade pelo contato.

PRÁTICAS CORPORAIS POR VÍDEO-AULA

O Taichi-chuan, Qi Gong, Lian Gong, Ba Duan Jin, Wu Qin Xi, Yoga e Meditação podem ser recomendadas, com pouco esforço físico, por videoaula para prevenção e na fase de recuperação da infecção da COVID-19. Os benefícios dessas práticas favorecem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Dentre eles destaca-se: preservação da independência; redução da ansiedade e do estresse, melhora do estado de humor e da autoestima, promove sono reparador e pode auxiliar na imunidade (BRASIL, 2016c).

O Qi Gong (exercício Yi Jin Jing – músculo e tendões) pode melhorar a situação de dor ao longo e fadiga das pessoas com COVID-19 leve (LIANG, LITSCHER, 2020; WFAS, 2020). As práticas podem ser feitas diariamente por 15 a 30 minutos. A sequência dos movimentos pode ser consultada: <https://youtu.be/x1XqV2wGiR0>

O Yoga pode ajudar para reduzir estresse, insônia, pós-trauma e promover alongamento (Grau de recomendação B).

As atividades coletivas presenciais ficaram suspensas pela necessidade de distanciamento social de acordo com os decretos estaduais de enfrentamento da COVID19. Sugeriu-se, durante a vigência da pandemia, orientar as pessoas por meio de vídeos-aulas ou folders autoinstrucionais com a sequência dos movimentos recomendados.

MUSICOTERAPIA

A musicoterapia não tem um efeito sobre as células do corpo humano, podendo criar um estado bem-estar à vida dos trabalhadores em saúde e dos cidadãos após um determinado tratamento ou situação de estresse do dia-a-dia.

AUTOMASSAGEM

A massagem ou automassagem periódica como técnica adjuvante no alívio da dor, reduzir fadiga, ansiedade, depressão e sintomas indicadores de estresse. Massagem associada à aromaterapia também tem sido utilizada, através de óleos e cremes com essências.

Para a aplicação de técnicas de massoterapia presencial, a pessoa deve estar assintomática do ponto de vista respiratório.

Em casos sintomáticos sem gravidades, sugere-se orientar técnicas de automassagem para evitar a transmissibilidade pelo contato. Por exemplo: do-in e reflexologia dos pés, reflexologia das mãos, reflexologia da face. Automassagem nos pés e nas mãos relaxam o corpo, diminuem tensão e favorecem o sono reparador. Sugere-se duração de 15 a 20 minutos (FLORIANÓPOLIS, 2020).

TERAPIA FLORAL DE BACH

Edward Bach foi um médico inglês que criou o primeiro sistema de florais na década de 30. Ficou conhecido como Florais de Bach, composto de 38 essências florais e o *Rescue Remedy*. Os florais não atuam na doença física, mas elevam a vibração do corpo para auxiliar no equilíbrio e harmonização do indivíduo. Os florais estimulam o corpo a se curar a si mesmo, contribuindo para o autocontrole, a sentir-se bem consigo mesmo e a usufruir daquilo que a vida lhe oferece de bom. Cada floral escolhido pelo Dr. Bach tornou-se uma “chave” para trabalhar o processo de transformação. A cada porta que se abre podem aparecer novos sintomas físicos ou emocionais. Por isso, sugere-se selecionar até 6 ou 7 essências florais por solução brandy para o tratamento de transtornos emocionais (BACH, 2020).

Para emergências, recomenda-se a o uso *Rescue Remedy*. É uma fórmula floral criada pelo Dr. Edward Bach que pode ser usada em momentos de transtornos emocionais. Orienta-se tomar 4gotas 4x ao dia, assim que acorda, antes do almoço, antes de jantar e última antes de dormir. Essa combinação restauram o equilíbrio emocional, não são tóxicos, nem trazem dependência. Seu emprego, oral ou tópico, pode ser suspenso, desde que julgados inúteis. São eles:

- Impatiens (*Impatiens glandulifera*): útil nas crises de dores musculares e agitação.
- Clematis (*Clematis vitalba*): nos desmaios e descontroles.
- Rock Rose (*Helianthemum nummularium*): nos momentos de pânico, medo e terror.
- Cherry Plum (*Prunus cerasifera*): nos descontroles mentais e físicos.
- Star ofBethlehem (*Ornithogalum umbellatum*): nos traumas mentais e físicos.

O frasco do *Rescue Remedy* não deve ser armazenado na claridade, no calor, perto de perfume ou medicamento. Nunca se deve aumentar o número de gotas, aumentar o número de vezes que se toma durante o dia. Não misturar com bebidas alcóolicas. Não tomar perto de altura de escovar os dentes. Não deixar a pipeta encostar na língua. Evitar bebidas gasosas, alcóolicas, chocolates e café.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PICS vêm ao encontro da consolidação do princípio da integralidade do SUS, na perspectiva da ampliação do acesso, da articulação dos saberes científicos com os saberes tradicionais, populares e familiares, da diversificação das ofertas de saúde, do cuidado integral a saúde e da ampliação do escopo terapêutico.

A inserção das práticas integrativas e complementares no cuidado à saúde do trabalhador em saúde e do cidadão é uma estratégia promissora a ser estimulada pelos gestores para proporcionar a oferta de novas opções terapêuticas inovadoras e humanizada, exemplificada pelas dez PICs citadas nesta nota técnica.

■ REFERÊNCIAS

1. ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 615-633, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300010&lng=en&nrm=iso>
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS HOMEOPATAS (ABFH). **Considerando as orientações da (ABFH) quanto às Opções de tratamento de doenças infecciosas com homeopatia. 02/04/2020a**. Documento disponível como comunicado interno aos associados da ABFH
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS HOMEOPATAS. **Manual de Normas Técnicas para Farmácia Homeopática**; 5a. ed. São Paulo, 2019.
4. ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA (AMHB). **Estudo Preliminar de sintomas e medicamentos prevalentes do “gênio epidêmico” da pandemia de COVID-19 no Brasil**. Comitê Especial de Pesquisa COVID-19 da AMHB. 03/04/2020b. Documento disponível como comunicado interno aos associados da AMHB. Disponível em : <https://amhb.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Estudo-Preliminar-do-Ge%CC%82nio-Epide%CC%82mico-ca-pa-e-timbre-AMHB.pdf> .
5. ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA DE SANTA CATARINA (AMHSC). **Estudo Preliminar para utilização do “gênio epidêmico” da pandemia de COVID-19 em Santa Catarina**. Comitê Especial de Pesquisa COVID-19 da AMHB. 29/03/2020. Documento disponível como comunicado interno aos associados da AMHSC.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário Nacional Fitoterápico**, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/formulario-fitoterapico>
7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário Nacional Fitoterápico**, suplemento 1, 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/formulario-fitoterapico>
8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Terapêutico Fitoterápico**, 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus/legislacao/737-acoes-e-programas/programa-de-fitoterapico-e-plantas-medicinais/42257-memento-fitoterapico-da-farmacopeia-brasileira>

9. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 67 de 8 de outubro de 2007.** Aprovar o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias e seus Anexos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 09 out. 2007.
10. BRASIL. BVS APS. **Quais as evidências científicas para o uso do Guaco na Atenção Primária à Saúde?** Núcleo de Telessaúde SC. 08 Jul 2016a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/aps/resource/pt/sof-25177>
11. BRASIL. BVS APS. **Quais plantas medicinais e fitoterápicos podem ser utilizados de forma segura e eficaz para distúrbios do sono?** Núcleo Telessaúde SC. 25 out 2016b. Disponível em <https://aps.bvs.br/aps/quais-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-podem-ser-utilizados-de-forma-segura-e-eficaz-para-disturbios-do-sono/>
12. BRASIL. BVS APS. **Quais práticas corporais podem ser promovidas na atenção básica/atenção primária à saúde visando a prevenção e promoção da saúde do idoso?** Núcleo Telessaúde SC. 25 out 2016c Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-praticas-corporais-podem-ser-promovidas-na-atencao-basica-atencao-primaria-a-saude-visando-a-prevencao-e-promocao-da-saude-do-idoso/>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017,** Anexo XXV - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Prática Integrativas e complementares em saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde.** Jun., 2020
15. GOUVEIA, G D A.; SIMIONATO, C. **Memento fitoterápico para prática clínica.** 7 jun. 2019. Núcleo Telessaúde Estadual de Santa Catarina : UFSC. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13389>
16. GOUVEIA, GDA; ROSA, MC. Educação permanente em práticas integrativas e complementares na atenção primária em Santa Catarina, cap 13, p. 148-154. In: BARBOSA, FC. **Ciências da Saúde: uma abordagem pluralista** Piracanjuba : Editora Conhecimento Livre, 2020. DOI: 10.37423/200802404
17. FLORIANÓPOLIS. **Compilado de Práticas Terapêuticas para o autocuidado, fortalecimento da imunidade e bem-viver, durante e após a pandemia.** 2020.
18. INSTITUTO BACH. **Rescue remedy.** 2020. Disponível em: <http://institutobach.com.br/site/conteudo/pagina/1,18+Rescue.html>
19. KARAN, N. B. Influence of lavender oil inhalation on vital signs and anxiety: A randomized clinical trial. **Physiol. Behav.** 2019; n. 211. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031938419306419>
20. LIANG, F., LITSCHER, G. COVID-19 (Coronavirus Disease-19): Traditional Chinese Medicine including Acupuncture for Alleviation – A Report from Wuhan, Hubei Province in China. **OBM Integrative and Complementary Medicine.** 2020, v. 5, n. 1, Disponível em: <https://www.lidsen.com/journals/icm/icm-05-01-009>

21. LIGA MEDICORUM HOMOEOPATHICA INTERNATIONALIS (LHMI). **Comunicado do Comitê Executivo da LHMI a respeito da Epidemia do Coronavírus**. Disponível em <http://www.lmhi.org/Home/Corona>.
22. PAULINO, N. et al. Anti-inflammatory effects of a bioavailable compound, Artepillin C, in Brazilian própolis. **EuropeanJournalofpharmacology**. 2008, v. 587, n.1-3, p.296-301. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014299908002616>
23. PORTELLA, CFS et al. **Manejo clínico da COVID-19 na naturologia**, versão 1.0. Disponível em: <http://www.naturologia.org.br/manejo-clinico-da-covid-19-na-naturologia-versao-1/>
24. SADLON, A. E.; LAMSON, D. W. Immune-modifying and antimicrobial effects of eucalyptus oil and simple inhalation devices. **Altern. Med. Rev.**2010; n. 15, p. 33–47 (2010). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359267/>
25. SALLES, LF; SILVA, MJP. Effect of flower essences in anxious individuals. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, v.25, n.2, p.238-242. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200013&lng=en&nrm=iso>.
26. SANTOS, MC.; TESSER, CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; v. 17, n. 11, p. 3011-3024. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>
27. SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Lei Estadual nº 12.386, de 16 de agosto de 2002**.
28. SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Lei Estadual nº 17.706, de 22 de janeiro de 2019**.
29. SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Decreto nº 515, de 15 de março de 2020**.
30. SILVA RCF, PRADO GF. Os efeitos da acupuntura no tratamento da insônia: revisão sistemática. **RevNeurocienc**. 2007,15 (3):183–189. Disponível em: <http://www.danielacupuntura.com.br/site/pdf/efeitos-da-acupuntura-na-insonia.pdf>
31. THRANE, S.; COHEN, SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. **PainManagNurs**.2014, v, 15, n. 4, p. 897-908. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24582620>
32. TRKULJA, V; BARIC, H. Current Research on Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the Treatment of Anxiety Disorders: An Evidence-Based Review. **Anxietydisorders**, p. 415-449, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-981-32-9705-0_22
33. VIMALANATHAN, S.; HUDSON, J. Anti-influenza virus activity of essential oils and vapors. **Am. J. Essent. Oils Nat. Prod**. 2014;n.2, p. 47–53. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/4067/6b068d7a2f0f549b7354998236e03da925ca.pdf?_ga=2.118625161.1673576642.1586630635-1506863266.1586630635
34. WFAS. **Guidelines on Acupuncture and Moxibustion Intervention for COVID-19**.2020. Disponível em: <http://en.wfas.org.cn/news/detail.html?nid=5403&cid=25>

“ Psicologia biodinâmica: cuidando do ser integral

| Amanda de Queiroz **Arcanjo**
CEBRAFAPO

| Eliana Maria Cunha de **Castro**
CEBRAFAPO

RESUMO

A massagem Biodinâmica é um método de tratamento que faz parte da Psicologia Biodinâmica; abordagem desenvolvida pela psicóloga e fisioterapeuta Gerda Boyesen, que desenvolveu seu trabalho alinhando sua experiência psicoterapêutica nos conceitos de Reich, percussor do corpo na psicoterapia, com a sua formação e experiência no Instituto de Fisioterapia Aadel Bulow-Hansen, usando massagem para tratamento de distúrbios psicossomáticos e mentais. Posteriormente a psicologia biodinâmica foi revisitada pela Análise Psico-Orgânica alinhando as questões corporais ao trabalho analítico, onde o discurso do sujeito e a produção de imagens, são instrumentos terapêuticos que se integram ao trabalho corporal, orgânico, da Biodinâmica. Conceitos como auto regulação, psicoperistaltismo, hipertonia e hipotonia, couraça visceral, personalidade primária, personalidade secundária, energia vital, dentre outros, são apresentados a fim de demarcar o corpo teórico da psicologia biodinâmica e sua contribuição para saúde pública e mental. A Psicologia Biodinâmica parte do pressuposto de que o ser humano é uma unidade indissolúvel e a massagem foi a forma que Boyesen encontrou para intervir na relação corpo-mente, partindo dos pressupostos sobre as correntes de energia difundidos pela medicina chinesa, de influência cada vez maior na atualidade, principalmente nas práticas integrativas, e é semelhante à energia orgônica descoberta por Wilhelm Reich.

Palavras-chave: Psicologia Biodinâmica, Psique, Soma, Energia.

INTRODUÇÃO

A massagem Biodinâmica é um método de tratamento que faz parte da Psicologia Biodinâmica; abordagem desenvolvida pela psicóloga e fisioterapeuta Gerda Boyesen, que desenvolveu seu trabalho alinhando sua experiência psicoterapêutica nos conceitos de Reich, percussor do corpo na psicoterapia, com a sua formação e experiência no Instituto de Fisioterapia Aadel Bulow-Hansen, usando massagem para tratamento de distúrbios psicossomáticos e mentais. Nascia, assim, a massagem biodinâmica possibilitando uma síntese sobre a importância da descarga vegetativa (sistema nervoso autônomo), o papel da hipertonia e hipotonia da musculatura estriada nos processos psíquicos e o psicoperistaltismos, dentre outros pressupostos teóricos.

Gerda Boyesen, ao desenvolver os percursos da massagem biodinâmica, sentia que ao tocar numa musculatura tensa poderia acessar uma emoção antiga e dolorosa, que estava guardada e ali era mantida através da respiração deficiente. Para não entrar em contato com a emoção dolorosa, as deixam de respirar profundamente e vão perdendo o contato com as suas emoções genuínas. Boyesen também percebeu que cada organismo nasce com uma forma natural de lidar com o estresse, mas apesar dessa capacidade de auto regulação, os traumas vivenciados, considerando que as nossas vivências deixam registros nos nossos corpos, dificultam o retorno ao estado saudável.

O corpo encapsula as emoções, deixando os músculos tão rígidos que a contração subsiste de maneira crônica. A energia se torna estática, encapsulada pelos músculos que chamamos de repressores. Assim, nenhuma energia física é necessária para manter o recalçamento corporal. A energia emocional é escondida nas profundezas. (BOYESEN, 1986, p. 35).

Na sociedade atual vive-se, de modo geral, muito mais em um estado de contração e de tensão, com pouco espaço para o relaxamento, favorecendo o surgimento de doenças psicossomáticas. A massagem biodinâmica enquanto instrumento terapêutico, respeitando a singularidade de cada indivíduo, molda-se à necessidade de cada pessoa com a intenção de alcançar um estado de bem estar e de maior vitalidade, ajudando na auto regulação.

Em suas pesquisas, Gerda Boyesen descobriu o que chamou de “courage visceral” (representações localizadas no funcionamento peristáltico do intestino), tornando-o hipotônico ou hipertônico; a hipótese é que o movimento peristáltico além da sua função no sistema digestivo atua como regulador da bioenergia no organismo, ou seja, o movimento é afetado por fatores psicológicos, podendo “fechar-se” ou ficar “solto demais”, daí o que Boyesen chamou de psicoperistaltismo, cuja regulação assumiu lugar de relevante importância na sua teoria. Uma pesquisa do médico americano Michael D. Gershon, confirma que o intestino tem um sistema nervoso autônomo, relacionando a depressão com os intestinos (ACUNA,

2016). Sem dúvida essa descoberta reafirma o que Gerda Boyesen descreveu em sua teoria, e que, em toda sua prática terapêutica, entendeu ser este o canal intestinal, o canal do “Isto”, do inconsciente.

Quando Gerda Boyesen estava desenvolvendo o conceito do Psicoperistaltismo, teve acesso a uma pesquisa com cientistas japoneses que contemplava sua teoria.

Os japoneses haviam medido a carga elétrica presente nas paredes intestinais e que esta era infinitamente superior à carga elétrica no interior dos hemisférios cerebrais. (...) Percebi que havia descoberta a função esotérica dos intestinos: a função fisiológica, evidentemente, é digerir o alimento. A função esotérica é digerir o conteúdo emocional. (BOYESEN, 1986, p. 88).

Ela também considerou a práxis da medicina tradicional chinesa e da medicina alquímica que diziam que cada órgão tem uma função fisiológica e uma função esotérica. Na época, os termos energia vital e/ou energia cósmica eram ainda afastados da ciência, pois a mesma se sustentava numa visão mecanicista/materialista. Atualmente, os novos paradigmas da ciência estão propondo um olhar sobre a saúde emocional por uma ótica mais integrativa e transdisciplinar. Várias culturas já “incorporaram” a energia cósmica como elemento fundamental à vida; por exemplo, na Índia a energia é conhecida como Prana, na China por Chi e no Japão por Ki. Entretanto, tais termos apenas passaram a fazer parte da ciência após pesquisas russas utilizando a fotografia de kirlian e denominando de Energia Bioplasmática, sua descoberta científica. (MAXIMUS, 1980)

Wilhelm Reich (1897; 2009) no início do século XX, chamou de energia Orgônica, a energia universal, indispensável para o fluxo da vida; a biodinâmica, sendo uma abordagem neoreichiana e visando estimular energeticamente o corpo, centra seu trabalho na busca da harmonização da energia global do organismo, através de toques sutis e profundos na pele, em ressonância com o sistema nervoso vegetativo simpático e parassimpático.

A Massagem Biodinâmica visa a abertura de espaço no corpo, para que o processo de restauração se dê e o organismo volte a se autorregular, através do que Gerda denominou de micro regulação. É por meio de uma ação suave que os bloqueios se liberam, e então a energia vital é mobilizada, acordando o contato com a energia primária. (PIMENTA, 2014, p.25)

A terapia biodinâmica convida o indivíduo a reconhecer os estímulos internos, encorajando a livre associação de movimentos, evoluindo da psicanálise e da vegetoterapia reichiana, sendo chamada por Helen Guaresi (1999) de “a psicanálise no corpo”. Boyesen, observando as transformações que ocorriam em seus clientes durante o processo terapêutico, na medida em que estes entravam em contato consigo mesmo, desenvolveu o conceito de personalidade primária:

Quando falo de uma Personalidade Primária, refiro-me a uma pessoa que não retirou ou encarcerou a sua Energia Vital, (...). É uma pessoa que está em contato com a circulação da sua 'libido'; (...). Existe nela uma alegria natural, uma euforia, que também é prática e pragmática.” (BOYESEN, 1983, p.8)

A partir das experiências com o meio e com a educação para o convívio social, o sujeito cria uma estrutura defensiva, a personalidade secundária. O processo terapêutico visa resgatar o núcleo saudável – a personalidade primária. Boyesen acreditava que o ser humano tem a capacidade natural de sentir-se pleno; uma condição de bem-estar independente que não necessita ser substituída pelo vínculo com a mãe, sendo perdida em função da educação. (BOYESEN, 1980 apud IACONELI, 1997)

A minha experiência com pacientes mostra que a onda oceânica não é substituída naturalmente pela mãe. Isto é necessário apenas quando ela se perde, o que acontece habitualmente na nossa cultura neurótica. Mas, através do tratamento de adultos com a vegetoterapia, as pessoas começam a relatar o que chamam com frequência de movimentos de 'ninar', até finalmente atingirem a personalidade 'genital' e recuperarem a onda oceânica, que lhes proporciona bem-estar natural e segurança. (BOYESEN, 1980-81, p.11 apud IACONELI, 1997)

Quando se inicia um processo para libertar esse núcleo vivo, saudável das amarras da neurose, conseqüentemente o paciente entra em contato com seu próprio corpo, sua “casa”, sua espontaneidade surgindo assim expressões de sua Personalidade Primária.

OBJETIVO

Apresentar a massagem biodinâmica como instrumento terapêutico; considerando que pouco da psicologia corporal é divulgado e ensinado nas academias que formam uma sociedade com idioma próprio, não abrindo espaço para diversas abordagens da psicologia.

Reconhecer o ser humano de modo integral; na tríade corpo, mente e espiritualidade. Legitimar o toque nos processos de psicoterapia; considerando sua utilização ética e criteriosa.

MÉTODOS

Utilizamos para elaboração deste trabalho a pesquisa bibliográfica, que se caracteriza pelo levantamento de dados sobre um tema específico, em bases de dados nacionais e internacionais. Nossa fonte de busca deu-se em obras físicas, privilegiando os autores primários, BOYESEN, Gerda e REICH, Wilhelm. Os autores secundários: PIMENTA; GUARESI e SCHARCANY foram pesquisados em Revistas Científicas. Demais autores

foram buscados no google através das palavras-chave: Massagem Biodinâmica. Gerda Boyesen. Psicologia Corporal.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, buscando compreensão sobre a massagem biodinâmica como instrumento terapêutico da Psicologia e, conforme afirma Gil (2007) configura-se como pesquisa bibliográfica uma vez que se propõe a investigar um tema específico.

RESULTADOS

Através do grupo de estudo, sob a coordenação de Silvana Sacharny, Coordenadora do Centro Brasileiro de Formação em Análise Psico-Orgânica, que acontece mensalmente em Recife-PE, pretende-se disseminar o conhecimento sobre a massagem biodinâmica e, também, inclui-la como instrumento de humanização nas práticas da saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde.

DISCUSSÃO

Estamos nos reunindo desde o mês de janeiro de 2017, estudando, praticando e discutindo alternativas para colocar em prática o que almejamos no ano de 2018. Além disso, temos realizado oficinas com discentes de uma Instituição de Ensino Superior para conhecimento da Psicologia Corporal e, especificamente, da Massagem Biodinâmica, desenvolvendo um projeto de intervenção na clínica social para a comunidade economicamente menos favorecida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo apresentamos, brevemente, a história da psicologia biodinâmica e como a mesma foi se organizando em teoria, com o intuito de justificar a integração da práxis biodinâmica na saúde pública e mental, a exemplo de experiências que vêm sendo realizado em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Falar em Psicologia Corporal ainda ressoa como algo “antiético” entre os muitos profissionais da área e docentes nas academias. Acreditamos na mente e no corpo no que ensina a biodinâmica: que o contato terapêutico se dá através do toque que pode ser pela voz ou pelas mãos. Tocar com as mãos através da massagem biodinâmica leva a uma comunicação não verbal e a função psíquica irá se apoiar e se desenvolver a partir dessa vivência corporal. “O toque biodinâmico centra a pessoa sobre si mesma. Respeitoso e sensível; permite que a pessoa massageada perceba seu esquema corporal, aproprie sua segurança interna e o prazer de existir”. (SACHARNY, 2014).

A Psicologia Biodinâmica parte do pressuposto de que o ser humano é uma unidade indissolúvel e a massagem foi a forma que Boyesen encontrou para intervir na relação corpo-mente. A necessidade de tornar a teoria e prática biodinâmica mais conhecida e acessível à população nos impulsionou nessa jornada de estudos e trocas terapêuticas, possibilitando a vivência de integração entre psiquê e soma.

■ REFERÊNCIAS

1. ACUNA, Alexandre Barão. **Médico americano relaciona a depressão com os intestinos.**
2. Disponível em: < <http://alexandreacuna.com.br/medico-americano-relaciona-a-depressao-com-os-intestinos/>> Nov. 2016. Acesso em jun. 2017.
3. BOYSEN, Gerda. O que é Psicologia Biodinâmica? In: Boyesen, G. e outros *Cadernos de Psicologia Biodinâmica*. v.1. Trad. George Schlesinger, Ibanez de Carvalho Filho e Maria Sílvia de Souza Camargo. São Paulo, Summus, 1983.
4. BOYENSEN, Gerda. **Entre Psiquê e Soma** - Introdução à psicologia biodinâmica. São Paulo: Editora: Summus.1986
5. Gil, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. GUARESI, Helen. Psicologia biodinâmica, a psicanálise corporal. **Revista Psicologia corporal**. Nº3, maio 1999. Disponível em:< <http://www.institutoreichiano.com.br/31.PsicologiaBiodinamicaPsicanaliseCorporal.pdf>>. Acesso em maio 2017.
6. IACONELLI, Vera. **Psicologia Biodinâmica**: reflexão de uma prática organizando-se em teoria. Dissertação (Mestrado). IP - USP. SP, 1997. Disponível em:< <https://pt.scribd.com/document/351522220/Psicologia-Biodinamica-Reflexao-de-Uma-Pratica-Organizando-se-Em-Teoria-Vera-Iaconelli>> Acesso em junho 2017.
7. MAXIMUS, Fernando. Campos Bioenergéticos e o Relacionamento do Homem com o espaço exterior. *Revista Baiana Saúde Pública* 1980/1981. Disponível em http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1045/pdf_336 Acesso em junho 2017.
8. PIMENTA, Delfina. Massagem Biodinâmica. **Revista APO** Disponível em: < <http://www.cebrafapo.com.br/pdfs/art-delfina-massagem.pdf>> 2014.. Acesso em maio 2017.
9. REICH, Wilhelm Reich. **A biopatia do câncer**. (1897) São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.
10. SACHARNY, Silvana. Da Massagem Biodinâmica à Análise Psico-Orgânica. **Revista APO** Disponível em: < <http://www.cebrafapo.com.br/pdfs/art-silvana-apo.pdf>> 2014.. Acesso em maio 2017.
11. **SPIRITUAL RESEARCH FOUNDATION**. Sattva, Raja e Tama: os 3 componentes sutis básicos da criação. Uma perspectiva espiritual. Disponível em: <http://www.spiritualresearchfoundation.org/portuguese/spiritualresearch/spiritualscience/sattva_ra_ja_tama> Acesso em abril 2017.

“ Representações sociais a luz da formação continuada

I Giselle Pupim Jorge **Back**
ISEL

RESUMO

Objetiva estudar as representações sociais a luz da formação continuada na Escola Estadual Manoel Bandeira de Alta Floresta, Estado de Mato Grosso, trazendo a reflexão de como essas representações sociais interferem diretamente na construção de nossa identidade profissional. Permitindo essa consideração a respeito dos programas desenvolvidos nas formações continuadas, torna-se relevante para o campo acadêmico educacional. Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, usando o método dialético através de uma pesquisa participante. As fontes científicas utilizadas para o embasamento teórico desta pesquisa foram livros, revistas e Internet com autores como Falsarella (2004), Freitas (2007), Perrenoud (2000), Nóvoa (1991), Freire (1991), Luckesi (1994), Libâneo (2005), Guareschi (1994), Moscovici (1978) e Jodelet (2002). Os resultados indicam que as representações sociais dos profissionais constituem a identidade da escola e perpassando pela didática de cada um. Também configuramos o grupo sendo predominantemente feminino e autodenominado branco. Os profissionais idealizam a formação docente e continuada como suporte para suas atividades diárias, mas no momento esse tipo de formação não satisfaz essas necessidades reais.

Palavras-chave: Educação, Representação Social, Prática Pedagógica.

INTRODUÇÃO

As avaliações realizadas em nosso país mostram que precisamos fazer uma reflexão acerca de nossa educação. As crianças entram na escola cada vez mais cedo, mas isso não está fazendo com que os resultados sejam mais animadores. Através dos inúmeros casos de insucesso escolar, muitos estudiosos buscam respostas e alternativas para resolver esse impasse. Como justificativa, fala-se na falta de participação da família e dos insuficientes investimentos financeiros na educação, no entanto, uma questão muito relevante também, é a nossa formação docente.

Nos últimos 20 anos, alguns dos poucos trabalhos que relacionam identidade, prática e cultura docente têm mostrado que os professores estão a espera de mudanças na cultura escolar. É possível perceber através de estudos como os propostos por Seidman, Thomé, Di Lioro e Azzolini (2012) sobre representações sociais, construção identitária e trabalho docente, nos mostrando que essa prática também não está condizendo com a nossa realidade. Passamos alguns anos entre graduação e formações continuadas e infelizmente não conseguimos, na maioria das vezes, relacioná-las com nossas práticas docentes.

a reflexão sobre a prática não resolve tudo, a experiência refletida não resolve tudo. São necessárias estratégias, São necessárias estratégias, procedimentos, modos de fazer, além de uma sólida cultura geral, que ajudam a melhor realizar o trabalho e melhorar a capacidade reflexiva sobre o que e como mudar. (LIBÂNEO, 2005, p.76).

Nota-se que a cada ano que passa novos discentes são recebidos na escola e, no entanto, continua-se executando métodos embasados em um senso comum, misturados repentinamente com teóricos ou tendências novas virando assim, uma colcha de retalhos com pequenos pedaços de Freire (1995), Ferreiro (1980), Perrenout (2000), entre tantos.

Programas e Projetos de Formação Continuada para os professores, como o Programa do Pró-Letramento em Alfabetização, Linguagem e Matemática (MEC/ SEB), o Projeto Gestar (MEC/ SEB), PRALER (MEC/ SEB), ProInfantil (MEC/ SEB), Programa Educação em Direitos Humanos (MEC/ SEDH), investidos pelo Governo Federal, priorizam elevar a qualidade do ensino e atender as demandas da sociedade. No entanto, esse objetivo está longe de ser atingido, uma vez que os docentes acabam se envolvendo na rotina diária de sala de aula e preenchimento de papéis, acabando por não fazer uma reflexão acerca de sua práxis pedagógica.

O avanço tecnológico e a demanda educacional comprovam que necessitamos, urgentemente, de reflexões sobre nossa prática pedagógica afim de que possamos atender aos anseios atuais da sociedade. É impossível pensar em um aluno alheio a essa sociedade visto que a imprescindível relação mútua origina diferentes saberes e culturas. Consequentemente

podemos pensar em educação humanizada onde a aprendizagem não se dá somente na sala de aula, mas também na família, religião, trabalho e a comunidade ao qual está inserido.

Como afirma Jean Jacques Rosseau (1959):

Que se destine meu aluno á carreira militar, eclesiástico ou à advocacia, pouco me importa. Antes da vocação dos pais, natureza chama-o para a vida humana. Viver é o ofício que quero ensinar. Saindo de minhas mãos, ele não será, concordo nem magistrado, nem soldado, nem padre; será primeiramente um homem.

Franco e Varlott (2014, p.19) ressaltam que

Complementando a prática social estabelecida no contexto escolar é um produto histórico humano que é construído a prática social estabelecida no contexto escolar é um produto histórico da humanidade que é construído ou vai sendo construído pela dinamicidade d linguagem sendo esta “um produto pensado e falado é, portanto, fruto da atividade humana ou seja uma réplica interiorizada da ação.

Sendo assim, as representações sociais abordam os processos de produção de sentidos de objetos de interesse da educação, também suas relações com a cultura, suas implicações nas práticas dos agentes educativos e sua contribuição para a construção de identidade. Estas estão necessariamente relacionadas às práticas cotidianas e ás identidades pessoais e culturais.

Conhecer um pouco sobre a forma de pensar e de agir que o corpo docente de uma escola possui, é fundamental para que essa instituição construa seu ideal de formação continuada, bem como compreender as representações sociais que envolvem a escola e a construção de sua identidade. É nesse sentido que este artigo nos trará uma breve reflexão sobre formação continuada e as representações sociais dos professores da Escola Estadual Manoel Bandeira, sendo de relevante para a reflexão da educação e de sua identificação enquanto instituição escolar. Suscitar esse debate é importante para que o professor possa refletir sobre suas práticas pedagógicas.

A escolha desta instituição de ensino se deu pelo motivo de estar inserida nesse campo e ser agente participativo desta pesquisa. Foram selecionados doze professores dessa rede estadual de ensino, que trabalham com alunos de classe média-baixa, na faixa etária de 6 a 14 anos. A maioria desses docentes leciona na referida unidade escolar há mais de cinco anos e, no entanto, sempre com as mesmas objeções sobre a formação continuada ser sempre repleta de leituras enfadonhas e sem significância para o processo ensino-aprendizagem e a problemática.

FORMAÇÃO CONTINUADA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Na década de 1990 a Educação estava centralizada na implantação do Plano Decenal de Educação para Todos (1993), o qual “concebe a valorização do professor pela conjugação simultânea de três vertentes: carreira, condições de trabalho e qualificação”. Logo em seguida são elaboradas várias políticas públicas, tendo como início, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB Nº 9394/1996), determinando no artigo 61 o aperfeiçoamento profissional continuado, inclusive em serviço; e definindo no artigo 62, a formação de professores para as séries iniciais e educação infantil em nível superior; e apontando no artigo 67, elementos significativos para a valorização da formação docente.

Com essa preocupação criou-se em 1997 o Centro de Formação e Atualização de Profissionais da Educação Básica (CEFAPRO) no Estado de Mato Grosso. Seu principal foco seria “auxiliar os professores da rede pública de ensino a refletirem sobre a repercussão social de sua prática” (MATO GROSSO, 1998b, p. 3). Surge então um centro de formação específico para formação continuada e formação de profissionais não habilitados. Na época, segundo Mato Grosso (1998) haviam 2.600 professores efetivos atuando nas escolas e que não estavam habilitados.

Nas Orientações Gerais da Rede Nacional de Formação Continuada de Professores (BRASIL, 2005), são descritos todos os princípios e diretrizes norteadores do processo. Assim a SEDUC/ CEFAPROs em parceria com o Ministério de Educação tem organizado ações para incentivar a formação continuada no horário de trabalho e em momentos coletivos. Essas também precisam estar alicerçadas aos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas. Conforme aponta o documento intitulado “Políticas de Formação dos Profissionais da Educação básica de Mato Grosso”, objetivando nortear as diretrizes da formação inicial e continuada dos Profissionais da Educação da Rede Estadual,

envolvimento em estudos contínuos e sistemáticos seja através de programas especialmente organizados pelas instituições de Ensino Superior e/ou Secretarias de Educação, ou aquelas definidas no próprio contexto da unidade escolar. (MATO GROSSO, 2010, p.17).

O Projeto de Lei 8035/2010 e o Decreto 6755/2009 formulam o Plano Nacional de Educação de 2001 (PNE) e o atual para uma política nacional voltada para a formação dos profissionais da educação, trazendo-a como fundamental para uma educação de qualidade. Mas, é mediante a elaboração e execução do Programa/Projeto Sala de Professor/Educador que a Formação Continuada assume um caráter específico e se concretiza. É encaminhado para as escolas um projeto modelo elaborado pela SEDUC (PROJETO, 2010; MATO GROSSO, 2011) e a partir do mesmo, cada instituição escolar formula seu projeto focando

suas necessidades e anseios. O Programa é uma “ação contínua e permanente de estudos entre professores coordenadores pedagógicos, professores docentes, gestores e funcionários no âmbito da escola”; e o principal desafio “consiste no estudo coletivo compartilhado dos profissionais da e, na escola” (PROJETO..., 2011, p. 16).

Por consistir em um estudo coletivo, a Formação Continuada passa a ser um processo crítico-reflexivo que requer uma transformação da realidade, caracterizando então com uma metodologia de pesquisa-ação. Com caráter participativo e democrático visa à construção ou reconstrução da identidade escolar e também profissional.

BREVE HISTÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Podemos pensar no coletivo de cidadãos de um país, sujeitos à mesma autoridade política, às mesmas leis e normas de conduta, organizados socialmente e governados por entidades que zelam pelo bem-estar desse grupo que constitui uma sociedade. A palavra vem do Latim *societas*, que significa “associação amistosa com outros”. Sendo assim, toda e qualquer discussão de indivíduo será conseqüentemente uma discussão social.

Todas essas discussões foram feitas, anos e anos pela Psicologia Social que se caracterizava como um ramo da psicologia que estuda como as pessoas pensam, influenciam e se relacionam umas com as outras. Ela partia do princípio de uma ciência mista, responsável tanto pelos fatores psicológicos quanto pelos sociais, sendo que os fatores sociais eram estritamente para acrescentar um fator social ao fator psicológico e, este último, extremamente individualista.

Foi através do olhar da teoria das representações que esse laço entre fator psicológico e social se estreitou. O conceito de representação social teve início com Durkheim (1893) com o conceito da teoria da representação coletiva, no qual procurava dar conta de fenômenos como religião, mitos, ciência, categorias de tempo e espaço em termos de conhecimento inerente à sociedade.

No entanto, Moscovici (2014) se afasta desse conceito buscando explicar e compreender a realidade social, considerando a dimensão histórico-crítica. Desta forma, o conhecimento é adquirido por meio da com-preensão alcançada por indivíduos que pensam, porém, não sozinhos, pois a semelhança dos pronunciamentos feitos pelos indivíduos de um grupo demonstra que pensaram juntos sobre os mesmos assuntos.

Assim, o papel dessas representações sociais é averiguar a razão de todas as ideologias coletivas, saberes populares ou senso comum, buscando principalmente uma solução social para essas formas de pensamento.

Isso prova que um indivíduo isolado perde sua racionalidade e que toda forma de pensar é socialmente relevante, ou seja, no mundo das relações entre pessoas tudo é explicado

pela interação. Portanto, não existe sociedade sem sujeito e nem sujeito sem sociedade. Assim, esse é o real papel dessa representação social compartilhada, fazendo com que essas relações coexistam.

Segundo Camila Betoni (2014) a sociologia é a disciplina que se ocupa de estudar a vida social humana, analisando as dinâmicas da sociedade como um todo e dos grupos singulares que a compõem. Contudo, enquanto o indivíduo na sua singularidade é estudado pela psicologia, a sociologia tem uma base teórico-metodológica voltada para o estudo dos fenômenos sociais, tentando explicá-los e analisando os seres humanos em suas relações de interdependência.

No entanto, ainda faltava algo que interligasse o estudo individual a partir de uma esfera social. Em seu livro *Representações Sociais: a teoria e sua história*, Guareschi (1994) cita que surge no século XX a Psicologia Social, analisada por um ramo da Psicologia que estuda como as pessoas pensam, influenciam e se relacionam uma com as outras, reconhecida na América do Norte por, apenas, mais um ramo da sociologia. Allport (1987) critica essa esfera completamente ligada à tradição ocidental acontecendo em uma era moderna. Diante dos fatos, esses novos olhares influenciam uma Psicologia Social sendo enraizada mais na Psicologia que na Sociologia, como dantes acontecia. Em decorrência, resultou num maior número de psicólogos escrevendo sobre o assunto do que os sociólogos.

No entanto, essas denominações não eram vistas em conformidade nos tempos remotos. Para alguns estudiosos mais aprofundados em objetos de estudo, como a religião ou a linguagem, dentre eles Wundt (1832), afirmavam que os fenômenos sendo coletivos, não podiam, ser estudados a partir de fatores internos. Assim, não podiam ser explicados em termos de indivíduo, uma vez que essa individualidade não poderia criar uma nova linguagem e nem mesmo uma nova religião.

Durkheim (2014) também seguia essa linha de raciocínio, mas diferenciava-se pela sua visão de sociedade e não de cultura. Para ele o indivíduo sofre pressão das representações dominantes na sociedade sendo que, é essa sociedade que pensa ou exprime os sentimentos individuais, onde as representações não são, assim, necessariamente conscientes pelos indivíduos.

Com essas linhas de pesquisa supracitadas era inevitável a ruptura na dependência da sociologia e psicologia. Sendo assim, Moscovici (2014) propõe que se estudassem essas representações sociais partindo de uma nova vertente: a Psicologia Social. Sendo essa mais sociológica do que psicológica.

Anos mais tarde, partindo do pressuposto de uma diferenciação do indivíduo sozinho ou dele em multidão, Le Bon (1931) individualiza essa Psicologia Social. Em sua visão, os líderes realizavam uma espécie de hipnose para persuadir sua massa. No entanto, essa

individualização chamou a atenção de Freud (1920) que estreitou a ponte entre cultura e influência social. Em seus experimentos fez uso da hipnose sem contudo obter êxito. Nesse processo, cria sua própria técnica, a psicanálise, descartando a hipótese e fazendo valer a identificação comum do grupo e do líder.

Mead (1931), também teve sua influência na teoria das representações sociais ao afirmar que a linguagem é uma característica humana, social e, em alguns casos, a única fonte dessas representações coletivas.

Partindo desses teóricos e, conseqüente contribuição formula-se a teoria das representações sociais, enfatizando seu conceito de representações coletivas. No entanto, parte seu estudo de sociedades menos complexas. Sendo assim, essa teoria estabelece um limite entre a sociologia e a psicologia.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E FORMAÇÃO DOCENTE

Em seu artigo intitulado “As representações sociais e o inconsciente coletivo: um diálogo entre duas linhas teóricas”, Mestre e Pinotti (2004) buscam esclarecer alguns conceitos a luz de Jung para entendermos melhor as ideias precursoras de Moscovici. Jung, psiquiatra suíço nascido em 26 de julho de 1875, deu uma atenção especial para a psicologia voltada para uma função social. Para ele, compartilhamos com nossos pares de espécie, sentimentos e pensamentos adquiridos através do inconsciente coletivo. Esse inconsciente coletivo na opinião do autor é um conjunto de sentimentos, pensamentos e lembranças compartilhadas por toda a humanidade e que, conseqüentemente são herdados. (JUNG, 1964). Esse conjunto de imagens herdadas é chamado de arquétipos, sendo universais e presentes em todos os indivíduos.

Uma vez que a teoria das representações sociais é uma teoria sobre a construção dos saberes sociais, todos os aspectos que envolvem a vida de um sujeito, inclusive o momento histórico-cultural em que o sujeito está inserido, de certa forma, são formadores das representações sociais que este formulará a respeito dos fenômenos sociais que fazem parte do seu contexto.

Tanto para Moscovici (2014) como para Jung (1875), representar um objeto era torná-lo familiar ou conhecedores da totalidade do grupo. Assim, busca mostrar uma realidade, um fenômeno que existe, do qual muitas vezes não nos damos conta, mas que possui grande poder explicativo, que nada mais é que esse inconsciente coletivo de uma sociedade menos complexa.

Na teoria das representações sociais há duas formas de conhecimento na sociedade contemporânea: retificado e consensual. O primeiro é o saber acadêmico e o segundo, o

senso comum. No entanto, na segunda forma de conhecimento, se permeia o inconsciente coletivo com seu conceito de lendas populares, contos de fadas, mitos e religião.

Apreender a representação social de professores, sobre um dado objeto, não é simplesmente registrar as experiências, mas sim compreender como tais experiências integram os contextos psicossociais impregnados de valores, estigmas, crenças na qual orientam os comportamentos e as comunicações. As representações sociais são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um, individualmente (JOVCHELOVITCH, 2000).

A construção dos saberes sociais que envolvem a vida do professor, inclusive o momento e o espaço histórico-cultural em que está inserido bem como o seu cotidiano, e também, como a escola os estabelece, referenciam a teoria das representações sociais a perspectiva do “ser professor”, permitindo que ele seja afetado na sua construção de representação social, no que tange a valores e atitudes.

Abordam, também, os processos de produção de sentidos de objetos de interesse da educação, suas relações com a cultura, suas implicações nas práticas dos agentes educativos e sua contribuição para a construção de identidade. As representações estão necessariamente relacionadas às práticas cotidianas e as identidades pessoais e culturais. Contudo, numa postura que visa a efetividade, os programas de formação propiciariam ao educador participar ativa e criticamente no processo de construção de conhecimentos. Portanto, longe de ser um receptáculo de informações a ser reproduzido posteriormente, o professor define-se como autor neste processo: pela ação dos valores, crenças, regras e tradições que marcam suas pertencas e referências, filtra o que lhe chega, fragmentando e deslocando a novidade de modo a dominá-la e, assim, articulá-la ao que já traz consigo, em termos de conhecimentos de diferentes ordens (MOSCOVICI, 2003; MADEIRA, 2005).

A formação não se constrói por acumulação seja de cursos, conhecimentos ou técnicas, mas sim através de um trabalho de refletividade críticas sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal. Por isso é tão importante investir na pessoa e dar um estatuto ao saber da experiência (NÓVOA, 1991, p.23).

MÉTODO – ANÁLISE QUALITATIVA

Para realizar este estudo e atingir o objetivo proposto, fez-se da Pesquisa Qualitativa, por ser um método de investigação científica que foca nas particularidades e experiências individuais. Sendo assim, os entrevistados estão mais livres para apontar os seus pontos de vista sobre determinados assuntos que estejam relacionados com o objeto de estudo. Pretendemos então, ter uma compreensão mais ampla da perspectiva dos professores

da Escola Estadual Manoel Bandeira, referente à formação continuada através das interpretações desses.

A principal característica da abordagem escolhida – pesquisa qualitativa – é o fator de envolver uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados, que as pessoas a eles, conferem. Seguindo essa linha de raciocínio, Vieira e Zouain (2005) afirmam que a pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, bem como aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que os envolvem.

No âmbito dessa pesquisa, ao iniciar o estudo iniciar para a dissertação, a pesquisadora se encontra inserida no campo escolar, na condição de tutora. Desta forma, o olhar da mesma perpassa pelas lentes condicionantes de tutoria.

Quanto a isso, Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2000) informam que nos estudos qualitativos, a coleta sistemática de dados deve ser precedida por uma imersão do pesquisador no contexto a ser estudado. Nesse caso, em específico, a imersão no campo se deu na condição de tutora de abril a agosto de 2017.

Ao repensarmos um tema do interesse de muitos educadores, procuram contribuir minimamente para tentar solucionar uma das muitas dificuldades que identificamos durante o estudo. Objetivou-se compreender o processo de construção de um projeto de formação continuada de uma escola pública e seu desenvolvimento, bem como suas relações com as representações sociais. Para analisar essa prática no ambiente escolar, optou-se pela análise de um grupo de professores, visto que a formação nessa escola acontece em dois turnos diversificados, assim como também, documentos que oriente teoricamente, sob o olhar de autores como Falsarella (2004), Freitas (2007), Perrenoud (2000), Nóvoa (1991), Freire (1991), Luckesi (1994), Libâneo (2005), Guareschi (1994), Moscovici (1978) e Jodelet (2002), além de entrevista com os professores e pesquisa *in loco*.

A matriz histórica que nos forneceu subsídios para a descrição do contexto local da pesquisa foi delineado através de entrevista aberta.

RESULTADOS OBTIDOS

Essa pesquisa foi realizada com 12 profissionais da educação que compunham um grupo de estudo no período vespertino. Desses, três eram técnicos administrativos que participaram de alguns encontros e posteriormente foram selecionados para novas temáticas que contemplassem seus trabalhos na secretaria da escola. Quatro professores pedagogos, um geógrafo, um biólogo, um historiador, um matemático e uma estudante de direito que

ocupa o cargo de auxiliar de turma. Foi realizado levantamento de quanto tempo esses professores lecionavam na educação e quanto tempo nessa instituição de ensino. A análise está exposta a seguir.

Tabela 1. Profissionais da educação que compunham um grupo de estudo no período vespertino

Professor	Tempo na educação	Tempo na instituição analisada
Pedagogo 1	25 anos	5 anos
Técnico administrativo 1	5 anos	10 meses
Historiadora	15 anos	6 anos
Pedagogo 2	20 anos	9 anos
Matemático	14 anos	8 meses
Técnico administrativo 2	25 anos	19 anos
Técnico administrativo 3	7 meses	7 meses
Pedagoga 3	17 anos	5 anos
Auxiliar de turma	1 ano	8 meses
Bióloga	19 anos	3 anos
Geógrafa	10 anos	1 ano e 6 meses
Pedagoga 4	17 anos	12 anos

Fonte: Dados da pesquisa

A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO PROFESSOR

Segundo Vygotsky (1978), que o indivíduo é sempre uma entidade social e, consequentemente, um símbolo vivo do grupo que ele representa. [...] O indivíduo no grupo – como o grupo no indivíduo – contanto que tenhamos uma compreensão adequada do contexto social por ele habitado (cf. p.123-124). Evidenciamos assim que as práticas docentes dos professores fazem parte da identidade de uma escola, pois constatou que a maioria dos profissionais está na mesma instituição entre 8 meses e 19 anos.

Podendo-se caracterizar essa identidade como fruto de memórias coletivas, constituindo assim, um produto histórico-crítico. Além disso, é importante frisar que uma identidade profissional é influenciada por diversos fatores dentre eles os que merecem destaque são os sociológicos, psicológicos, cognitivos e culturais. É preciso compreender que ela não é fixa, e sim construída através de atividades relacionais. Que evolui e se desenvolve tanto pessoal quanto coletivamente. Não é algo que se possui e sim algo que se desenvolve durante toda uma vida.

Envolve tanto o sujeito, como o cenário. Não é singular. Espera-se que os professores se comportem de maneira profissional, mas não porque adotem conhecimentos e atitudes prescritas. Diferenciam entre si em função da importância que dão a esses conhecimentos e atitudes e, desenvolvendo sua própria resposta ao contexto.

Portanto, percebeu-se que a identidade profissional dos colaboradores foi também permeada pela filosofia e ideal da escola e, também pelas identidades dos demais profissionais envolvidos no trabalho docente da instituição de ensino. Isso fica bem claro na conversa com o profissional que trabalha há muito tempo na escola sobre a permanência dos profissionais por um longo tempo no mesmo estabelecimento de ensino, a professora 1 relata que:

Quando o professor já está no grupo há mais tempo fica mais fácil dele trabalhar, pois já conhece as regras da escola e como nós costumamos trabalhar aqui. Não precisamos ficar tudo de novo? (Professora 1).

No entanto a professora 2 afirma que

o professor novo dá uma injeção de ânimo nos demais e também é interessante que todo ano as regras ou regimento sejam passados para todos. Os novos vão conhecer e os antigos vão lembrar. (Professora 2).

Na perspectiva de Lasky (2005), essa identidade profissional é a maneira como os professores veem a si mesmos e aos outros. É uma composição do “si mesmo” que prospera ao longo da carreira docente e que pode achar-se influenciado pela instituição que leciona, pelas reformas e pelas políticas públicas, que

inclui o compromisso pessoal, a disposição para aprender a ensinar, as crenças, os valores, o conhecimento sobre a matéria que ensinam, assim como sobre o ensino, as experiências passadas, assim como a vulnerabilidade profissional” (LASKY, 2005).

As identidades profissionais formam uma “*complexa rede de histórias, conhecimentos, processos e rituais*” (SLOAN, 2006).

Mas essa complexa rede de histórias está permeada por desafios como a rotatividade de profissionais e assim passam a ser evidências em relação ao fato de que as mudanças nas condições internas e externas das escolas produziram condições de extrema incerteza e crise de identidade dentro do que historicamente foi, para muitos professores, uma profissão estável (DAY; ELLIOT: KINGTON, 2005).

A FEMINIZAÇÃO DO MAGISTÉRIO

Verificou-se que a maioria dos profissionais da educação participantes é do sexo feminino. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Educação (MEC) no fim de 2010, existiam quase 2 milhões de professores, dos quais 1,6 são do sexo feminino. Em uma entrevista para a redação do Todos pela Educação (2011) a socióloga Magda de Almeida Neves, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC–Minas) afirma que esse percentual pode ser explicado historicamente.

Segundo ela, a sociedade brasileira associa a função do professor a características geralmente consideradas femininas, como a atenção, a delicadeza e a meiguice.

Ainda referenciando a socióloga acima citada,

esses predicados são comumente associados aos de uma mãe e, para possuí-los não é necessário qualificação profissional. Com isso, os salários do magistério podem ter sofrido impactos, se desvalorizando frente a outras profissões e fazendo com que a Educação permaneça como um “gueto feminino no mercado de trabalho. (NEVES, 2011).

Entretanto, essas representações sociais da mulher refletem experiências autoritárias e subordinativas, nas quais se estruturam inibindo a participação social da mulher nos fatos de sua vida cotidiana. Para Sirvent (1984, p.155) a imagem feminina é inibitória do reconhecimento das necessidades de participação, reflexão, criação, auto-valorização e valorização de qualquer conduta que modificará a conduta da rotina doméstica feminina: a mulher é percebida só como mulher na casa, atendendo aos afazeres domésticos, aos filhos e ao marido.

Ao ser questionada sobre sua escolha profissional, uma das pedagogas salientou:

Na minha família todas as mulheres são professoras, minha mãe era professora de ciências, minha avó de geografia. Minha avó contava que na época dela sempre quis que ela pudesse ensinar e cuidar das crianças. (Professora 3).

Podemos observar que a referência de profissional docente foi remetida ao afeto maternal, a relação professor e aluno estreitam-se num laço fraternal e configurando-se uma imagem de professor doutrinador. Nesse aspecto a função caracteriza-se com mais preocupação na educação moral do que no processo de ensino-aprendizagem. Alguns ainda assimilam a função docente à tia. Freire (2005, p.26) afirma

[...] Professora, porém, é professora. Tia é tia. É possível ser tia sem amar seus sobrinhos, sem gostar sequer de ser tia, mas não é possível ser professora sem amar os alunos – mesmo que amar, só, não baste – e sem gostar do que se faz. [...] Não é possível também ser professora sem lutar por seus direitos para que seus deveres possam ser melhor cumpridos. Mas, você, que está me lendo agora, tem todo o direito de, sendo ou pretendendo ser professora, querer ser chamada de tia ou continuar a ser. Não pode, porém, é desconhecer as implicações escondidas na manha ideológica que envolve a redução da condição de professora à de tia”.

Esse afeto fica comprovado na fala da Professora 3

Alguns dos meus alunos só recebem meus carinhos na escola, muitos passam mais horas comigo do que com os próprios pais. (Professora 3)

RELAÇÕES RACIAIS NO CONTEXTO ESCOLAR

Podemos avaliar que além do embate da profissão vista como feminina, constata-se também o grupo apresenta somente um profissional negro. Este único profissional ocupa o cargo/função de auxiliar de turma, sendo exigida escolaridade do Ensino Médio para exercê-la, recebendo remuneração condizente a escolaridade. Cabe aqui a observação que o mesmo cursa Direito em uma Universidade Estadual no município. Vale ressaltar que se trata de uma auxiliar contratada temporariamente destinado a escola que apresentam alunos com alguma deficiência para possibilitar o processo de inclusão.

Refletindo esse contexto, cabe aqui o filme brasileiro intitulado “Quanto Vale ou É por Quilo?”, dirigido por Bianchi em 2005, onde o autor faz uma analogia entre o antigo comércio de escravos e a atual situação social. Através de cenas de caráter histórico Bianchi (2005) contrasta a posição social do negro na sociedade brasileira levando-nos a uma reflexão sobre o papel de cada cidadão na sociedade capitalista seguida por sua discriminação de raça/cor. Reforça que todos têm a chance de participar nas questões políticas e econômicas do Estado, mas como se observa no filme, os menos privilegiados não têm direito algum em nossa sociedade. Ora, atualmente, vivemos em uma sociedade onde só os mais fortes (e ricos) lideram o poder.

Contudo, essa relação educação, sociedade, raça e cultura vêm configuradas nas palavras a seguir:

A marca da sociedade e da cultura dominante é impressa em uma variedade de práticas escolares, isto é, na linguagem oficial, nas regras da escola, nas relações sociais na sala de aula. É desnecessária dizer que ela não é simplesmente impressa ou imposta sobre a consciência ou sobre as ideologias dos oprimidos. É crucial reconhecer que as escolas representam terrenos contestados na formação das subjetividades, mas que esse terreno é tendencioso a favor da cultura dominante. (GIROUX, 1986, p. 94-95).

Ao ser questionado sobre a razão de se ter a maioria dos profissionais autodenominados brancos a professora negra diz:

Nunca observei que somos em poucos na escola. Mas vou pensar nisso a partir de agora. Sempre me senti acolhida nessa escola e nunca passei por nenhuma situação que pudesse me deixar constrangida. (Professora 4).

Percebemos através deste que como afirma Jaques (2008) a representação social trata desses saberes produzidos pela sociedade, e que são capazes de gerar marcas positivas ou não em um determinado grupo e que afetam a forma como as mesmas percebem a si próprias. A professora afirma nunca ter vivenciado nenhum tipo de preconceito no seu grupo, no entanto esse fator não pode ser estendido para todo o restante da sociedade.

A escola conta com um profissional especializado em Relações Raciais no Contexto da Educação de Jovens e Adultos (EJA) que participou da pesquisa e quando indagada pela mesma questão anterior relatou:

OS negros vêm sendo excluídos há muito tempo, só o fato de trazê-los para trabalhar em um país nas condições que vieram já remete o pior tipo de exclusão. (Professora 5).

Para Bourdieu (2007, p.447), as representações sociais são sempre determinadas pelos interesses dos grupos que as forjam. Assim não seriam discursos neutros, pois tenderiam a impor determinada visão de mundo, que implicaria em condutas e escolhas. A representação que os indivíduos e os grupos exibem inevitavelmente através de suas práticas e propriedades faz parte integrante de sua realidade social.

Bourdieu (2007) também nos auxilia a entender as particularidades das representações feitas através da ideologia do branqueamento sobre o “negro” através da concepção de “violência simbólica”, ou a autoridade de um determinado grupo sobre outro por meio de símbolos e de palavras. Para ele, essa violência impõe acepções como sendo verdades absolutas, “[...] dissimulando as relações de força que estão na base de sua força, acrescenta sua própria força, isto é, propriamente simbólica a essas relações de força”. (BOURDIEU, 2007b, p. 25).

Ainda na sua fala a professora esclarece

Poucos conseguiam entrar nas licenciaturas antes das cotas e agora que temos as cotas poucos conseguem permanecer. Elas garantem a entrada, mas não a permanência. Em uma pesquisa que participei comprovamos que os alunos que ingressam na faculdade federal de Mato Grosso sofrem diversos preconceitos em sala de aula: os colegas de sala excluem por terem ingressado e a própria faculdade não gosta da presença deles. E mediante esse contexto muitos acabam desistindo. (Professora 5).

Podemos assim analisar nesse trecho a forte influência de uma violência simbólica sofrida todos os dias por profissionais da educação ou de outros setores. A professora complementa

Mas respondendo a sua pergunta o principal fator que nos revela a não existência de muitos negros lecionando nas escolas é o ingresso tardio dos mesmos nas licenciaturas. Mas acredito que o problema não seja somente a presença dos professores negros em sala de aula e sim a frequência de situações desagradáveis que já vivenciei. Meu filho estudava em uma escola particular e conta que sua professora pediu para abrirem o livro na página em que havia um macaco (homem negro) em cima de um cavalo. E complementa que uma de suas colegas optou por mudar de cidade devido às situações desconcertantes que passava na cidade devido a sua cor. (Professora 5).

Desta forma fica claro como nossas representações sociais são permeadas de fatores históricos. Sendo assim essa representação do negro não se explica sozinha, mas sim por uma sociedade que as fundamenta e cria.

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA FORMAÇÃO CONTINUADA

O maior anseio desse grupo sempre foi que a formação continuada pudesse auxiliar a prática pedagógica e aumentasse o interesse dos alunos pelas atividades escolares. Sendo assim, a cada encontro haveria uma transposição didática que permitisse fazer relações ente teoria e prática. Quando questionada sobre a formação continuada da escola a professora relata

No início fiquei feliz por que parece que estávamos escolhendo nosso caminho para os estudos. O ano passado o governo mandou os projetos prontos e não aproveitamos muito. Este ano escolhemos o tema, separamos os textos para leitura e montamos o projeto. Mas não sei por onde se perdeu, pois chegou o final do ano o aproveitamento não foi o que eu esperava. (Professor 6).

Percebe-se que a professora caracteriza a imagem de formação continuada como condutora do futuro e anseia que o tempo de estudo destinado á formação deva suprir as necessidades da sala de aula e possibilitar uma reflexão acerca de suas práticas. Assim também para Garcia (1999, p.47) a proposta de capacitação docente deve estar relacionada às necessidades específicas de ensino e á aquisição de competências necessárias para o desenvolvimento da atividade docente.

De acordo com a análise feita por Candau (1997), os cursos de formação continuada, apoiados em ideias de aperfeiçoamento e capacitação, pouco se aproximam das necessidades reais dos professores que estão atuando no chão das escolas públicas deste país. (P.) isso fica bem explícito na entrevista da professora 7.

Mesmo escolhendo nossos temas quando voltávamos para nossa sala de aula não conseguíamos utilizar a grande maioria deles. Ao fazer a transposição didática essa ponte se estreitou e até facilitou essa práxis, mas não víamos essa luz no fim do túnel em todos os textos. Eram leitura e mais leituras só. E quando íamos falar de avaliação escolar o governo implantou um novo programa – AVALIA/MT – acabamos tendo que nos voltar a essa nova política.

Ao identificar a dificuldade de concluir o projeto da formação continuada da escola, a professora deixa claro a angústia por eles vividos. Assim conforme relata Day, Elliott e Kington (2005), “os professores estão deixando de lado o que consideram parte essencial de seu trabalho, a interação com os alunos, para abordar as prioridades de gestão e de avaliação”.

Questionada sobre qual o real papel da formação continuada, outra professora explica que “a formação precisa proporcionar momentos de socialização de experiências. (Professor 7).”

Nesses momentos de socialização acontecem as reflexões da prática pedagógica. Para Freire (2006, p.39) essa reflexão crítica sobre a prática é o principal momento da formação dos professores.

Quando ingressamos na carreira docente somos alimentados de anseios para uma educação transformadora, almejamos aplicar toda a prática de ensino adquirida no período acadêmico, no entanto, quando nos deparamos com a realidade profissional, encontramos um mundo desafiador de educar intelectualmente pessoas com todos os tipos de personalidade e a minha esperança era que a formação continuada pudesse auxiliar ou amenizar esses problemas, mas isso está longe de acontecer. (Professor 8).

Podemos perceber então que alguns dos professores apresentarem ideologias sobre a formação continuada também buscam novos caminhos nessa ideologia. Esperam que a formação possa lhes dar suporte intelectual e nortear consideravelmente os trabalhos e angústias do dia-a-dia. Criam uma expectativa que poderia ser amenizada nas socializações das próprias experiências do grupo se essas fossem valorizadas.

Em um desabafo, uma das técnicas administrativas questiona sobre a escolha do tema da formação continuada:

O que vamos melhorar na nossa escola estudando todos esses textos? Quem escolheu esses textos? Precisamos aprender a fazer aulas diferentes para nossos alunos aprenderem? [Técnica 1].

Nota-se o anseio por uma formação mais prática e que as teorias possam vir ao encontro dos problemas enfrentados na realidade escolar. Podemos perceber que a concepção da técnica muito se assemelha ao que Shulman (1998, p.521) denomina de profissão docente sendo caracterizada como uma comunidade de prática através da qual “a experiência individual possa se converter em coletiva”.

Observam-se também em alguns momentos, visões de profissionais desamparados, onde um dos docentes diz estar cansado de andar sozinho. Portanto, denota-se na formação dessa imagem, consideração de “desamparados”, “pobrezinhos”, como tendo “vocação desvalorizada”, trabalhando em instituições com condições insatisfatórias para o exercício adequado da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar as representações sociais a luz da formação continuada em uma escola estadual de Alta Floresta, trazemos uma reflexão de como essas representações sociais interferem diretamente na nossa prática. Atualmente diversas tem sido as discussões sobre as práticas pedagógicas adotadas na escola, principalmente quando enfatiza a formação do professor e as tendências que influenciam diretamente seu trabalho. À medida que certas discussões educacionais são elencadas, ressaltam-se também algumas situações interdisciplinares da educação. Contudo, na era da tecnologia/ informação, o profissional da educação necessita a todo instante fazer uma reflexão de sua prática pedagógica para que haja mudança estrutural e conceitual.

Precisamos compreender que a prática educativa não é um acontecimento isolado de seu contexto sócio-cultural, mas uma construção social inserida no contexto escolar que, por sua vez, precisa estar intimamente ligada à formação cidadã e, conseqüentemente, vinculada a uma representação social. Além disso, é importante pontuar que a identidade é construída sob a influência de diversos fatores, dentre os quais, os fatores sociológicos, psicológicos, cognitivos e culturais.

Através da presente pesquisa pode-se observar que as representações fazem parte do cotidiano escolar e da formação da identidade profissional, mesmo sem ser percebida. Notou-se que, a imagem que o professor tem de si, também reflete no seu trabalho profissional e nas suas expectativas quanto à formação continuada. Assim, verificou-se que o sentido de identidade identitário produzido pelo professor, reflete indubitavelmente em sua conduta no espaço escolar.

Percebeu-se, mediante essa análise, que a construção da identidade do professor é um processo que está diretamente ligado ao contexto sócio-cultural no qual ele está inserido. E essa aproximação com a realidade específica nos fez analisar que a construção da identidade correlaciona-se a um contexto que vai além de espaços da vida cotidiana.

Também se torna relevante atentar para outro aspecto na formação da identidade profissional, a imagem feminina. Todos os profissionais envolvidos na pesquisa são mulheres, recordando as Escolas Normalistas, denotando que ainda temos uma sociedade arraigada na concepção da profissão correlaciona com a imagem de professores como moças bem educadas, sofisticadas e delicadas.

Ressalta-se ainda, a situação étnico-racial. Esse contexto se torna problemático partindo do viés de um sujeito destinado a um lugar marginalizado e ausência de políticas de segurança social. E, mais freqüentemente em um plano simbólico, onde o negro é representado socialmente com qualidades negativas e desqualificadas.

Para se construir qualquer identidade profissional é necessária, primeiramente, compreender e aceitar as diversas facetas que compõem a Identidade Docente. E que essas diversas facetas são inseridas em um contexto que, ora há socialização e ora rejeição, mudando de contextos a cada instante com o mover da sociedade.

■ REFERÊNCIAS

1. ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisas quantitativas e qualitativas. São Paulo: Pioneira, 2000.
2. BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 6.755/2009, que institui a Política Nacional de Formação dos Profissionais do Magistério de Educação Básica. Brasília: MEC, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação. Brasília: MEC, 1996.
4. BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 10.172/2001, que estabelece o Plano Nacional de Educação. Brasília: MEC, 2001.
5. BRASIL. Ministério da Educação. Plano decenal educação para todos. Brasília: MEC, 1993.
6. BRASIL. Secretaria de Educação e Cultura. Política de formação dos profissionais da educação básica de Mato Grosso. Cuiabá: SEDUC, 2010.
7. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 01 set. 2013.
8. COSTA, Marisa Vorraber *et al.* **O Currículo nos Limiões do Contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 1999.
9. DAY, C.; ELLIOT, B.; KINGTON, A. Reform, standards and teacher identity: Challenges of sustaining commitment. *Teaching and Teacher Education*, v.21, p.563-577, 2005.
10. FALSARELLA, A. M. **Formação continuada e prática de sala de aula**: os efeitos da formação continuada na atuação do professor. Campinas: Autores Associados, 2004.
11. FERRAZ, C. H. **A privatização do vocabulário docente**. Bacharelado em Psicologia Social. Universidade Federal de Pernambuco. 1993.
12. FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa; VARLOTTA, Yeda Maria da Costa. As Representações Sociais de Professores do Ensino Médio. **Estudos em Avaliação Educacional**, v.15, n.30, p. 17-28. jul-dez. 2004.
13. GIROUX, H. **Teoria Crítica e política cultural**: para além das teorias de reprodução. Petrópolis: Vozes, 1986.
14. GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 2, p. 81-89, maio/ago. 2005.
15. JACQUES. Maria da Graça Corrêa *et al.* **Psicologia Social Contemporânea**: livro-texto. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

16. JODELET, D. (Org.). Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.
17. JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 53-72.
18. LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da Escola Pública**. São Paulo: Loyola, 1990.
19. LIBÂNEO, José Carlos. **Educação escolar: políticas, estrutura e organização**. São Paulo: Cortez, 2005.
20. LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
21. MATO GROSSO. Secretaria de Educação e Cultura. Parecer orientativo/2011 Projeto Sala de Educador. Superintendência de Formação dos Profissionais da Educação Básica. Cuiabá: SEDUC, 2011.
22. NÓVOA, Antônio. Formação de professores e profissão docente. In: NÓVOA (Org.) **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992A.
23. NÓVOA, A. Para o estudo sócio-histórico da gênese e desenvolvimento da profissão docente. **Teoria & Educação**. n.4, p. 109-139, 1991.
24. PROJETO Sala de Educador. SUFF/SEDUC/ MT. Cuiabá, 2011.
25. QUANTO vale ou é por quilo? Direção e Roteiro: Sérgio Bianchi. Estúdio: Agravo Produções Cinematográficas S/C Ltda. Distribuição: Riofilme Produção: Patrick Leblanc e Luís Alberto Pereira Fotografia: Marcelo Copanni Desenho de produção: Jussara Perussolo Direção de arte: Renata Tessari Figurino: Carol Lee, David Parizotti e Marisa Guimarães Edição: Paulo Sacramento, 2005.
26. RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.
27. RICHTER, Marcos Gustavo. **Ensino do Português e Interatividade**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2000.
28. ROUSSEAU, J.J. **As confissões**. v. 2. Trad. Rachel de Queiroz. 2. ed. São Paulo: Atena, 1959.
29. SIRVENT, Maria Teresa. **Educação Comunitária: experiência do Espírito Santo**. São Paulo: Brasiliense S.A. 1984.
30. SHULMAN, L. Theory, Practice, and the Education of Professional. **The Elementary School Journal**, v.98, n.5, 511-526. 1998.
31. SLOAN, K. Teacher identity and agency in school worlds: beyond the all-good/all-bad discourse on accountability-explicit curriculum policies. **Curriculum Inquiry**, v.36, n.2, p.119-152. 2006.
32. VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
33. VYGOTSKY, L. S. Interaction between learning and development (M. Lopez-Morillas, Trans.). In: COLE, M. et al. (Eds.). **Mind in society: The development of higher psychological processes**. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1978. p. 79-91.

“ Tratamento Manipulativo Osteopático na Dor Lombar Crônica - Centro Municipal de Reabilitação Engenho de Dentro / RJ - Estudo Transversal

I Carlos Alberto Gomes do **Nascimento**
RBrO

I Marcia Elizabeth **Rodrigues**
RBrO/IBO/FMJ/SP

I Grace **Alves**
RBrO

I Maria Letizia **Maddaluno**
IBO/RBRO

RESUMO

Objetivo: Avaliar resultados do Tratamento Manipulativo Osteopático (TMO) na dor lombar registrados em prontuários de Ambulatório Público de indivíduos diagnosticados clinicamente com dor lombar crônica dos pacientes tratados no ambulatório do Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro no Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo censo de dados registrados nos prontuários de indivíduos de ambos os gêneros, portadores de dor lombar crônica nos anos de 2012, 2013 e 2014, com idade entre 18 e 75 anos inclusive. A Escala Visual Analógica (EVA) foi utilizada para avaliar a dor dos pacientes nos TMO nesse centro de reabilitação, e seus resultados registrados nos prontuários. A análise estatística empregou dados de média com objetivo de avaliar possíveis alterações da percepção dos pacientes do seu quadro de dor lombar crônica do primeiro para o segundo e desse para terceiro TMO. A média para a dor foi 6,73 na primeira avaliação, 5,64 na segunda e 4,99 na terceira. **Conclusão:** Esses dados evidenciam redução da dor lombar crônica após TMO no período que estes pacientes foram atendidos e nas condições do TMO oferecido neste centro de reabilitação de saúde pública.

Palavras-chave: Osteopatia, Manipulação Osteopática, Dor Lombar, Ambulatório Público, Escala Visual Analógica.

INTRODUÇÃO

A prevalência de dor crônica estimada na população em geral varia de 11,5% a 55,2%, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), sendo a prevalência média de 35% (HARSTALL; OSPINA, 2003), sendo a prevalência mais recente publicada em estudo descritivo, variando de 29,3% a 73,3%, afetando mais mulheres que homens envolvendo regiões dorsal/lombar (VASCONCELOS E ARAÚJO, 2018).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a dor lombar é uma das maiores causas de afastamento de indivíduos de atividades laborais, e a prevalência de algias na coluna vertebral constitui um problema grave, atingindo grande parte da população mundial, resultando em percentual total de 60 a 80% de pessoas que têm ou terão dor na coluna vertebral (GARCIA FILHO et al., 2006).

No Brasil, a disponibilidade de dados epidemiológicos relativos a doenças de coluna vertebral proveniente de inquéritos nacionais é escassa, embora estudos existentes indiquem que dez milhões de indivíduos ficam incapacitados devido a essa morbidade, sendo a dor crônica a principal causa de procura por atendimento em ambulatórios. Dados analisados de 3.182 pacientes, no sul do Brasil mostrou que a dor crônica mais frequente é a dor lombar (SILVA; FASSA; VALLE, 2004; PEREIRA et al, 2006).

O desenvolvimento de programas sociais exige tanto o conhecimento das condições de saúde da população como a identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros a serem utilizados. Assim, os diagnósticos e estratégias de tratamento devem ser incluídos nas avaliações de saúde coletiva e não somente no sentido curativo e particular de cada enfermidade (LEITE; GOMES, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) apoia a aplicação e desenvolvimento de ações incluídas nas Medicinas Tradicionais ou Complementares em Saúde (MT/CAM), dentre as quais a Osteopatia e o Tratamento Manipulativo Osteopático (TMO) faz parte, sendo sua prática orientada pelos critérios designados no documento *Benchmarks for Training Osteopathy* (WHO, 2010).

No Brasil alguns ambulatórios de saúde pública utilizam a osteopatia, que faz parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), no tratamento de pessoas com diferentes quadros clínicos e queixas incluindo a dor lombar. A osteopatia utiliza o TMO de acordo com avaliação no momento do tratamento e com as necessidades de cada paciente, sendo focada no indivíduo e não na doença. Apesar de vários estudos envolvendo TMO em dor lombar no mundo, ainda existem controvérsias e lacunas no conhecimento de sua aplicação, pois os ensaios clínicos publicados são de pouca duração com número pequeno de indivíduos, baixa qualidade dos estudos, (LICCIARDONE et al., 2013; ORROCK; MYERS, 2013; FRANKE et al., 2015) não obstante apresentarem resultados clinicamente relevantes na diminuição da dor lombar e na melhoria da função

(FRANKE H.; FRANKE J.; FRYER, 2014; LICCIARDONE; GATCHEL; ARYAL, 2016) e, até o momento, a divulgação de dados em ambulatórios públicos em relação a utilização de TMO e seus resultados é desconhecida ou não divulgada.

O presente levantamento de dados relativos à dor lombar e resultados do TMO foi realizado a partir dos registros em prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de osteopatia do Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro no Rio de Janeiro. Os dados obtidos no presente levantamento evidenciam os efeitos do TMO, na variável dor, percebida pelos pacientes, através de um instrumento simples de avaliação que é a Escala Visual Analógica (EVA).

A importância do conhecimento e divulgação de dados sobre dor lombar crônica e TMO se dá devido à lombalgia crônica ser uma das grandes causas de afastamento dos indivíduos de suas atividades laborais e de vida diária e devido à escassez de estudos existentes envolvendo TMO dentro de ambulatórios públicos no Brasil.

OBJETIVO

Avaliar resultados do Tratamento Manipulativo Osteopático (TMO) para dor lombar registrados em prontuários de Ambulatório Público de indivíduos diagnosticados clinicamente com dor lombar crônica dos pacientes tratados no ambulatório de Osteopatia do Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro no Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Estudo analítico transversal, envolvendo levantamento de dados registrados em prontuários do Ambulatório de Osteopatia do Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro (CMRED) / RJ, de pacientes de ambos os gêneros, idade entre 18 e 75 anos, atendidos nos anos de 2012, 2013 e 2014. Foi aprovado segundo parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – HFSE sob o número 1444.406.

A presente pesquisa atendeu a Resolução nº 466/2012 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos/Conselho Nacional de Saúde, que assegura aos indivíduos os preceitos éticos básicos.

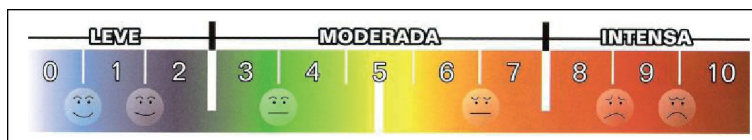
O levantamento inicial dos prontuários foi realizado buscando-se como queixa principal dor lombar crônica (presente há pelo menos três meses), sendo esta queixa que motivou a busca do paciente pela consulta e TMO, e deveria continuar sendo a mesma na segunda e terceira consultas. O intervalo aproximado entre o primeiro TMO e o segundo foi quinze dias, e entre o segundo TMO e o terceiro, um mês. Após análise dos 2437 prontuários do

arquivo do ambulatório de osteopatia do CMRED, 194 prontuários foram selecionados, sendo que 44 foram descartados por estarem com dados incompletos. O resultado da percepção dolorosa obtido com a Escala Visual e Analógica (EVA) no primeiro TMO foi comparado com o do segundo e este ao do terceiro.

Realizou-se o presente censo considerando-se os seguintes fatores de inclusão: idade entre 18 e 75 anos, diagnóstico clínico e queixa principal de dor lombar por pelo menos três meses, e fatores de exclusão: pacientes com sinais neurológicos presentes, processos infecciosos, traumas, em fase aguda, cirurgias na coluna lombar. Os dados obtidos foram colocados em planilha de Excel e calculou-se a média dos resultados da dor nos três primeiros TMOs, obtendo-se percentualmente os valores de melhora, piora ou não alteração do quadro de percepção da dor lombar desses pacientes.

A Escala Visual Analógica (EVA) é um instrumento simples, eficiente, fácil de medida da intensidade da dor, sendo utilizada na prática clínica para avaliar sintomas subjetivos quando se necessita de índice rápido da dor e ao qual se pode assinalar um valor numérico (SOUSA; HORTENSE, 2004). Consiste em uma linha horizontal ou vertical de 100 mm ou 10 cm com os extremos demarcados como “não dor” e “pior dor possível” ou descritores equivalentes (Figura 1).

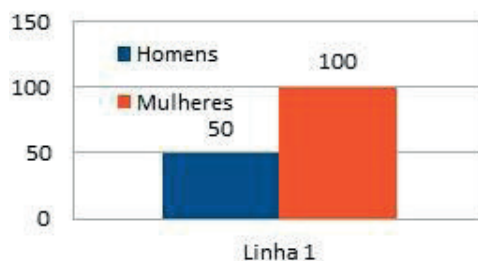
Figura 1. Escala Visual Analógica (EVA)



RESULTADOS

O censo foi realizado a partir de dados obtidos de 150 prontuários de pacientes de ambos os gêneros (50 homens; 33,4% e 100 mulheres; 66,6%) oriundos do ambulatório de osteopatia do Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro, RJ, triados de um total de 2437 prontuários nos anos de 2012, 2013, 2014 (Figura 2).

Figura 2. Total de prontuários analisados evidenciando quantidade de homens e mulheres.



Os resultados médios obtidos na percepção da dor empregando a EVA, para os pacientes desse estudo, foram de 6,73 na primeira avaliação, 5,64 na segunda e 4,99 na terceira. Esses dados mostram redução da dor lombar crônica após cada um dos TMOs (Figura 3 e Figura 4).

Figura 3. Quantidade total de prontuários analisados: 2437 (100%) e o total referente à quantificação da dor lombar do presente estudo 194 (7,96%) (sem retirar os prontuários com dados incompletos).

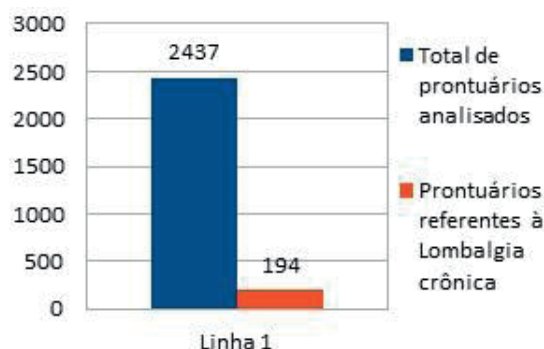
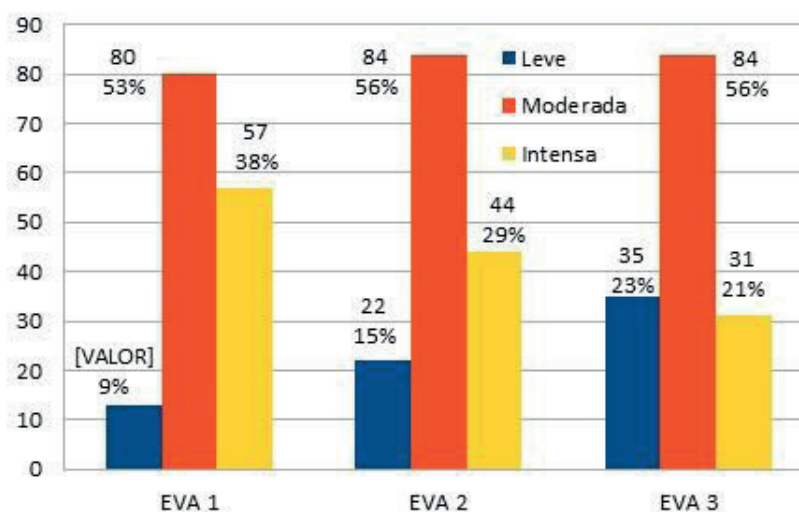


Figura 4. Descrição no total de participantes do estudo e os três níveis de dor na escala visual analógica, nos três tratamentos manipulativos osteopáticos em quantidade e em porcentagem.



Nota: EVA: Escala Visual Analógica.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo envolvendo indivíduos com dor lombar crônica, atendidos em ambulatório público de saúde no Brasil reforçam os dados existentes na literatura (ANDERSSON, 1999) onde se estima que aproximadamente dois terços da população mundial adulta já apresentou dor na coluna em algum momento da vida, sendo que SILVA; FASSA; VALLE (2004) afirmam ser ela uma das queixas que mais leva indivíduos a procurar tratamento de saúde em ambulatórios brasileiros. Em outro estudo relacionou-se a dor lombar

com escolaridade baixa e tabagistas como no estudo de Almeida et al. (2008) realizado na Bahia, que incluiu 2.297 pessoas, onde a dor lombar estava presente em 14,7% das pessoas.

Em outros países os dados são semelhantes, FRANK (1993) relata que nos Estados Unidos a dor na coluna é a segunda causa de procura por assistência médica e a terceira causa mais comum de procedimentos cirúrgicos. Nos países do Reino Unido, estima-se que entre os anos de 1988 e 1999, o problema de coluna tenha sido a maior causa de absenteísmo no trabalho, representando 12,5% entre todas as doenças.

O presente levantamento evidenciou que a percepção de dor lombar do primeiro TMO para o segundo diminuiu, e deste para o terceiro também. Isso está em acordo com estudos envolvendo indivíduos acometidos por lombalgia, sendo descrito que o TMO apresenta resultados positivos no tratamento de quadros algícos lombares crônicos, bem como a EVA sendo instrumento de fácil manuseio e utilizado na avaliação de quadros algícos na área de saúde (SEFFINGER et al., 2010).

ADORNO & NETO (2013) relatam que a escala visual analógica de dor mostrou-se útil, observando-se redução do quadro doloroso para a maioria dos sujeitos. KORELO et al (2013) relatam que a avaliação da dor realizou-se por meio da escala visual analógica, em cuja aplicação foi questionado diariamente o valor da EVA para o início do atendimento e o valor logo após finalizar o mesmo. Os resultados com a EVA demonstraram que o programa elaborado foi eficaz na redução do quadro algíco.

Em estudo realizado por GALUKANDE et al. (2005) relacionou-se as causas prováveis de dor lombar. Dessas, 17,2% apresentavam degenerações na coluna vertebral como possível causa. No nosso estudo não foi possível ter a certeza que os pacientes apresentavam degenerações na coluna vertebral porque esses dados não constavam nos prontuários do Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro. Também não foram levantadas as causas da dor lombar nos indivíduos que buscam o TMO, mas a literatura existente elucida claramente a questão.

DEGENHARDT et al. (2007) e SEFFINGER et al. (2010) evidenciaram que o TMO reduz significativamente a dor lombar, sendo esta redução importante e maior do que o efeito do placebo sozinho, podendo persistir até o primeiro ano de tratamento. ZEGARRA-PARODI et al. (2012), em pacientes com dor lombar inespecífica, encontraram, em particular, diminuição dos marcadores sanguíneos de dor associados com diminuição do nível de stress relatado pelos pacientes 24 horas após receber TMO.

Cerritelli (2013), confirmando resultados de LICCIARDONE et al. (2013), mostrou redução significativa da dor lombar após o TMO.

ORROCK e MYERS (2013) relataram que a dor localizada na parte inferior das costas foi o sintoma mais comum (36%), em 1630 pacientes com dor crônica em estudo piloto

envolvendo 342 práticas osteopáticas no Reino Unido. Enquanto KARAHAN et al. (2009), avaliando 1.600 trabalhadores de hospitais, identificou que 65,8% deles tinham dor lombar.

No Brasil, segundo SILVA, FASSA E VALLE (2004) a dor crônica é a principal causa de procura por atendimento em ambulatórios e em estudo que avaliou 3.182 pacientes, no sul do país, a mais frequente foi dor lombar. KRELING, CRUZ e PIMENTA (2006) avaliaram 505 funcionários de universidade do Paraná, verificando que 61,4% das mulheres referiam dor crônica, dentre elas a dor lombar, o mesmo sendo confirmado em 14,7% das pessoas no estudo de ALMEIDA et al. (2008), realizado na Bahia, envolvendo 2.297 pacientes.

CONCLUSÃO

Os dados analisados indicam redução da dor lombar crônica, no período e condições de atendimento, empregando TMO conforme oferecido no ambulatório de osteopatia do Instituto Brasileiro de Osteopatia (IBO) no Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro, RJ, sendo a prevalência maior em mulheres. Tais informações contribuem para o conhecimento da aplicabilidade da osteopatia enquanto procedimento terapêutico em ambulatório público no Brasil e fornecem subsídios para implantação em outros serviços públicos de atenção primária envolvendo esta prática que tem como foco o atendimento centrado na pessoa como um todo.

Percebe-se a importância de estudos como este em setores públicos de saúde, onde as PICs são aplicadas nas condições reais de atendimento dos usuários e profissionais capacitados para que seus resultados subsidiem futuras ações, pesquisas e até mesmo o ensino dentro da realidade da saúde da população e da prática osteopática como tratamento principal ou coadjuvante, respeitando-se suas aplicações e indicações como terapêutica voltada para o indivíduo que adoeceu, com suas particularidades e não apenas voltada para a doença.

■ REFERÊNCIAS

1. Adorno MLGR, Brasil-Neto JP. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica. **Acta Ortop Bras.** [online]. 2013;21(4):202-7. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.
2. ALMEIDA, Isabela Costa Guerra Barreto; SÁ, Katia Nunes; SILVA, Marlene; BAPTISTA, Abrahão; MATOS, Marcos Almeida; LESSA, Ínes. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 43, n. 3, p. 96-102, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-36162008000200007>.
3. ANDERSSON, G.B. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999 Aug 14;354(9178):581-5 doi: 10.1016/S0140-6736(99)01312-4.

4. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 571, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, 4 mai 2006;Seção 1:20-25.
5. CERRITELLI, Francesco. The recognition of osteopathic manipulative medicine in Europe: critically important or significantly overrated?. **OA Evidence-Based Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.13172/2053-2636-1-1-706>.
6. SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Ana Cláudia Gastal; VALLE, Neiva Cristina Jorge. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200005>.
7. DEGENHARDT, Brian F.; DARMANI, Nissar A.; JOHNSON, Jane C.; TOWNS, Lex C.; RHODES, Diana C. J.; TRINH, Chung; MCCLANAHAN, Bryan; DIMARZO, Vincenzo. Role of Osteopathic Manipulative Treatment in Altering Pain Biomarkers: A pilot study. **The Journal Of The American Osteopathic Association**, v. 107, n. 9, p. 387-400, set. 2007. Disponível em: <https://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093447>. Acesso em: 05 nov. 2020.
8. FRANK, A. Low back pain. **BMJ**, 1993 Jul 31;307(6899):323-4 doi: 10.1136/bmj.307.6899.323-d.
9. FRANKE, Helge; FRYER, Gary; OSTELO, Raymond Wjg; KAMPER, Steven J. Muscle energy technique for non-specific low-back pain. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, p. 1-67, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd009852.pub2>
10. FRANKE, Helge; FRANKE, Jan-David; FRYER, Gary. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-15-286>.
11. GALUKANDE M., MUWAZI S., MUGIZA D.B. Aetiology of low back pain in Mulago hospital Uganda. **African Health Sciences**; 2005 June. PMCID: PMC1831909 PMID: [16006225](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16006225/).
12. GARCIA FILHO, Reynaldo Jesus; KORUKIAN, Marcos; SANTOS, Francisco Prado Eugênio dos; VIOLA, Dan Carai Maia; PUERTAS, Eduardo Barros. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina, para avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 14, n. 1, p. 11-16, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-78522006000100002>.
13. HARSTALL, Christa; OSPINA, Maria. How Prevalent is Chronic Pain? **Pain: Clinical Updates**, Seattle, v. 11, n. 2, p. 1-4, 2003. International Association for The Study of Pain. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archive s/PCU03-2_1390265045864_38.pdf. Acesso em: 05 nov. 2020.
14. KARAHAN, Azize; KAV, Sultan; ABBASOGLU, Aysel; DOGAN, Nevin. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 3, p. 516-524, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04905.x>.
15. KORELO, RACIELE IVANDRA GUARDA; RAGASSON, CARLA ADRIANE PIRES; LERNER, CARLOS EDUARDO; MORAIS, JOCIELE CRISTINE DE; COSSA, JESSICA BANACH NOGA; KRAUCZUK, CIRLENE. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2013.

16. KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000400007>.
17. LEITE, Francine; GOMES, Jaime de Oliveira. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 211-221, jun. 2006. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1112/1087>. Acesso em: 05 nov. 2020.
18. LICCIARDONE, John C.; MINOTTI, Dennis E.; GATCHEL, Robert J.; KEARNS, Cathleen M.; SINGH, Karan P. Osteopathic Manual Treatment and Ultrasound Therapy for Chronic Low Back Pain: a randomized controlled trial. **The Annals Of Family Medicine**, v. 11, n. 2, p. 122-129, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1468>.
19. LICCIARDONE, John C.; GATCHEL, Robert J.; ARYAL, Subhash. Targeting Patient Subgroups With Chronic Low Back Pain for Osteopathic Manipulative Treatment: responder analyses from a randomized controlled trial. **The Journal Of The American Osteopathic Association**, v. 116, n. 3, p. 156-168, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.7556/jaoa.2016.032>.
20. ORROCK, Paul J; MYERS, Stephen P. Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 14, n. 1, p. 1-7, 9 abr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-14-129>.
21. SEFFINGER, Michael; BUSER, Boyd R.; LICCIARDONE, John C.; LIPTON, James A.; LYNCH, John K.; PATTERSON, Michael M.; SNOW, Richard; TROUTMAN, Monte E. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. **The Journal Of The American Osteopathic Association**, v. 110, n. 11, p. 653-666, jun. 2010. Disponível em: <https://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093924>. Acesso em: 05 nov. 2020.
22. SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros; HORTENSE, Priscilla. Mensuração da dor. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte. **5º sinal vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. p. 75-84.
23. PEREIRA, João Eduardo; PINTO, Maria Cristina; SOUZA, Renato Aparecido de. Prevalência de lombalgias em transportadores de sacos de café. **Motriz**, Rio Claro, v. 12, n. 3, p. 229-238, set. 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/414/355>. Acesso em: 05 nov. 2020.
24. VASCONCELOS, Fernando H.; ARAÚJO, Gessi Carvalho. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Br J Pain**. São Paulo, 2018 abr-jun;1(2):176-9
25. ZEGARRA-PARODI, Rafael; DRAPER-RODI, Jerry; FABRE, Laurent; JULIEN, Bardin; PAULINE, Allamand. EBM in Clinical Practice: Implementation in Osteopathic Diagnosis and Manipulative Treatment for Non-Specific Low Back Pain Patients. In: SITARAS, Nikolaos (ed.). **Evidence Based Medicine: Closer to Patients or Scientists?** Londres: Intech Open, 2012. p. 147-166. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/evidence-based-medicine-closer-to-patients-or-scientists-/ebm-in-clinical-practice-implementation-in-osteopathic-diagnosis-and-manipulative-treatment-for-non->. Acesso em: 05 nov. 2020.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Benchmarks for Training in Osteopathy: Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine**. 2010. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

“

Uso da homeopatia como terapia alternativa e complementar da depressão e ansiedade entre jovens no SUS

| Monique Edwirges Simões **Silva**
UNA

| Rafael Machado Felix de **Lima**
UFLA

| Crislaine Melo de **Jesus**
UNA

| Tania Dello Monaco Martins **Bona**
UFPR

| Amanda Sousa **Kind**
UNA

RESUMO

A depressão é uma das doenças que afligem os jovens no atual panorama social, o que aumentou o número de buscas por atendimento psicológico, porém, as abordagens tradicionais não demonstram eficácia. Em contrapartida, houve progresso com os tratamentos alternativos, como a homeopatia; técnica que tem como principal objetivo tratar o indivíduo como um todo, de dentro para fora. Logo, essa prática complementar apresenta um risco menor e utiliza-se do procedimento de ultra diluição de medicamentos, de modo a amenizar os efeitos colaterais. O presente texto tem como foco principal demonstrar a conveniência da homeopatia dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios Sul Mineiros, promovendo, portanto, a importância e alcance de diferentes tratamentos para pacientes com características do quadro de doenças psicofísicas. A metodologia é de caráter descritivo e estudo qualitativo. Foi realizado um questionário virtual para 82 indivíduos, no qual os resultados se mostraram positivos perante o interesse público em relação à abordagem de práticas alternativas no SUS, expondo que há outras possibilidades de tratamento. Técnicas complementares não são divulgadas pelos profissionais da saúde com frequência, pois, muitos médicos ocultam tais informações de seus pacientes. Evidencia-se também que poucos profissionais possuem especializações nessas áreas, cuja crescente falta de conhecimento em meio à sociedade acaba desqualificando métodos opostos à medicina tradicional.

Palavras-chave: Homeopatia, Sistema Único de Saúde e Depressão.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida do mundo atual é condicionada pela momentaneidade e fluidez das relações sociais, e a progressão exorbitante de casos de depressão entre jovens é um fator correlacionado as pressões sociais distintas exercidas por essas relações. Preocupa-se com tal aumento abrupto de distúrbios psicofísicos, visto que, em estudos já realizados é possível estabelecer que 12,6% dos jovens do Sul de Minas se encontram num quadro depressivo (LOPEZ, 2010).

No contexto abordado, é de amplo saber que já existem tratamentos convencionais para depressão, no entanto, não se mostram suficientes, pois os índices de jovens depressivos é um número em constante crescimento, visto que não há demanda suficiente de profissionais capacitados para atendimento no Sistema Único de Saúde; limitado pelo tempo de espera para receber atendimento, que outrora é muito demorado. Considerando também o tratamento particular, que não é acessível pela maioria da população estudada neste caso.

A Homeopatia é um sistema médico que se diferencia dos processos biomédicos contemporâneos em seu sistema de diagnóstico e de intervenção terapêutica, que procede segundo os aspectos morfológicos e psicológicos do paciente, reconhecida como especialidade médica desde 1980 (ADLER, 2007).

Diante desse contexto, a pergunta principal desse estudo é como a homeopatia pode ser inserida como tratamento para depressão na saúde pública, com intenção de beneficiar a parcela da população que mais enfrenta tal problemática, os jovens.

Levanta-se como hipótese a solucionar esse problema a aplicação de uma terapia alternativa que seja de custo baixo e alta mobilidade, com propósito de tratar de forma íntegra o paciente, ou seja, todos os distúrbios psicofísicos do paciente, a fim de exercer qualidade de vida. Contudo, a falta de profissionais especializados em centros de unidade básica interfere na informação da população sobre os benefícios advindos da Homeopatia. Uma solução para esse problema seria curso homeopáticos qualificantes para os profissionais da saúde que tenham interesse na área terapêutica.

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade da inserção efetiva da homeopatia nas instituições de saúde do Sul de Minas, com a finalidade de implementar as medicinas alternativas, complementares ou não convencionais, ao tratamento da depressão, visando a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes que serão tratados por métodos homeopáticos.

OBJETIVO

Levantar dados sobre a efetividade da homeopatia dentro do SUS, realizando um questionário virtual como meio de coleta de informações para uma discussão futura sobre a efetuação viável e segura dessa prática integrativa.

Tem-se uma pesquisa descritiva que busca expor a homeopatia e como essa prática influencia a saúde e o bem-estar do indivíduo, de forma a proporcionar uma nova perspectiva geral de sua experiência existencial, assim como um aprofundamento reflexivo nos assuntos recorrentes em seu contexto de vida.

É também um estudo de caráter exploratório por realizar questionamentos aplicados utilizando um questionário virtual, com o intuito de tornar explícitos os aspectos de conhecimentos em relação às Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

MÉTODOS

O presente artigo trata-se de um estudo de natureza básica que procurou abordar questões gerais e específicas sobre o uso da homeopatia como coadjuvante no tratamento da depressão dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de utilizar-se dessas informações para realçar a relevância de sua oferta pública em determinados municípios do Sul de Minas Gerais.

Quanto ao problema abordado, trata-se de um estudo qualitativo que, além de destacar os benefícios já comprovados do tratamento homeopático, utilizou-se dos dados resultantes do questionário socioeconômico e cultural dos praticantes de tal atividade. Cujo procedimento, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, uma vez que se utilizou de materiais científicos publicados em plataformas como Scielo e Google Acadêmico, com os descritores definidos como ansiedade, depressão, SUS e homeopatia.

Assim, foi realizada uma pesquisa de campo por meio de um questionário virtual, com o objetivo de compreender a dimensão do conhecimento do público de determinados municípios do Sul de Minas Gerais (MG) em relação ao conhecimento as PICS, conhecimento a homeopatia, acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), Clínica Particulares, condições socioeconômicas, facilidade de acesso a PIC homeopática pelos praticantes, faixa etária, gênero e condições de saúde e proporção de utilização dessa prática.

RESULTADOS

Figura 1. Gráfico de distribuição da faixa etária.

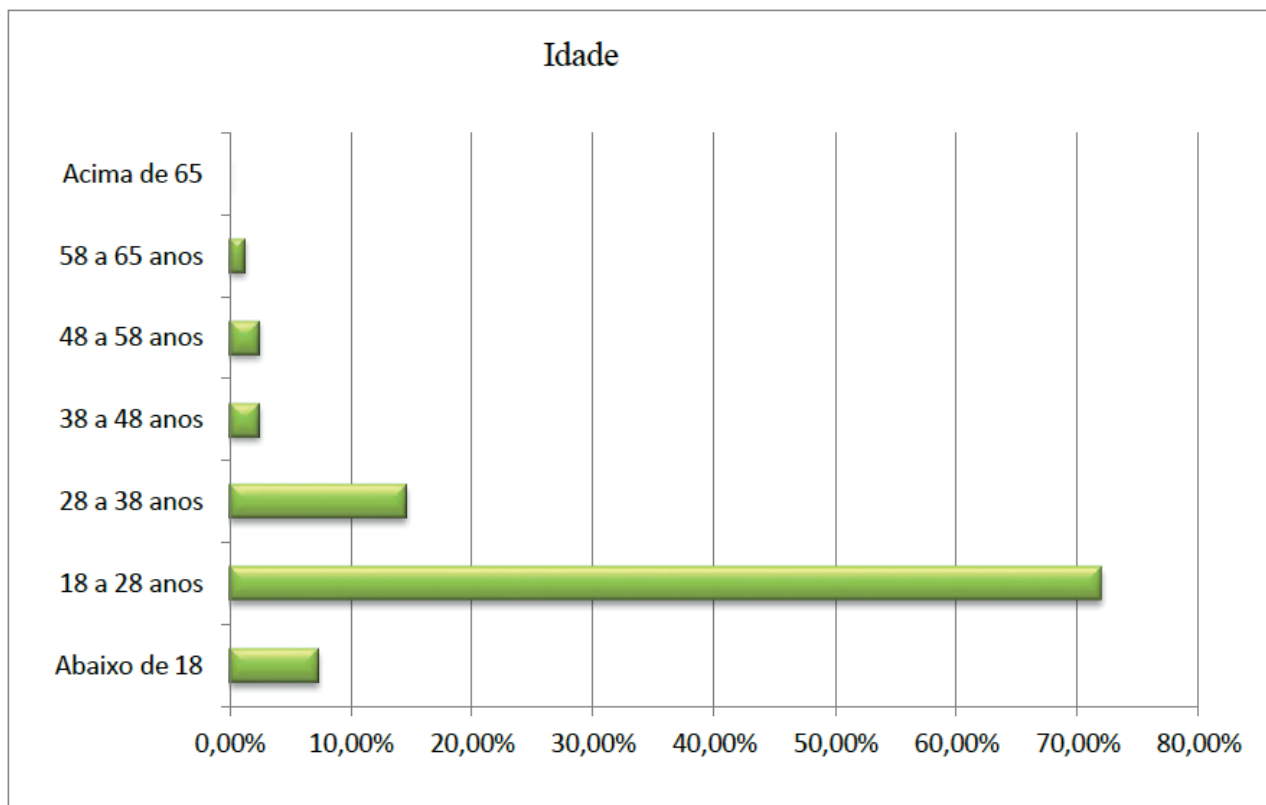


Figura 2. Gráfico da distribuição de relação ao grau de instrução

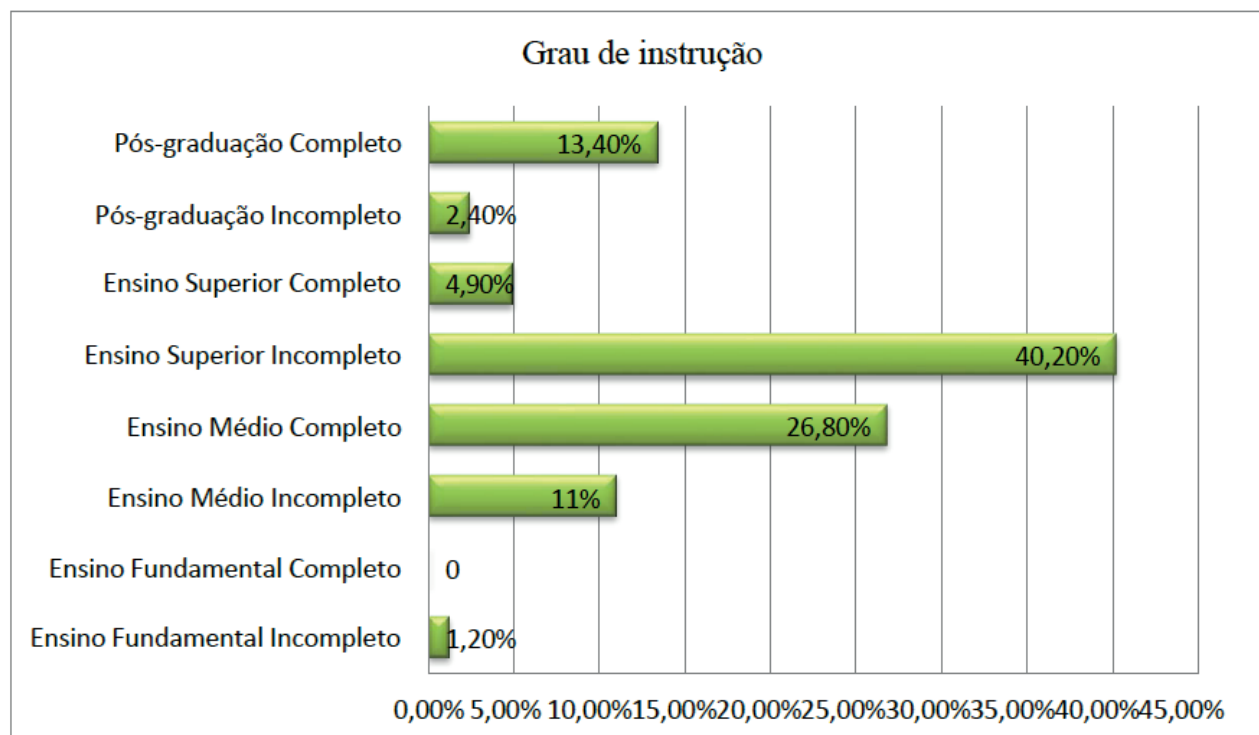


Tabela 1. Relação de pergunta onde a resposta foi sim, não ou talvez e sua taxa em porcentagem de resposta

Perguntas	Sim (%)	Não (%)	Talvez (%)
Você sabe o que são as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS)?	31,7	65,9	2,4
Você conhece a Homeopatia?	32,9	58,5	8,5

Conforme observado na Figura 1, os entrevistados são majoritariamente jovens entre 18 e 28 anos (± 59) que se encontram no ensino médio ou superior (± 55) conforme a Figura 2, porém, no geral, não tem o conhecimento abrangente sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como evidenciado na Tabela 1. Foram 82 entrevistados, tal fato é considerado alarmante, visto que a falta de informação coletiva é alarmante, mesmo perante o alcance avançado da internet do atual âmbito da saúde, e também do crescente avanço tecnológico diário, fator que incrementa tal conhecimento a população. Assim, o esperado por tal questionário em relação às informações sobre os tratamentos disponíveis no Sistema Público de Saúde (SUS) não atenderam às expectativas devido aos baixos índices de indivíduos que estão cientes sobre as PICS (± 25).

Tabela 2. Relação de perguntas onde a resposta foi sim ou não e sua taxa em porcentagem de resposta

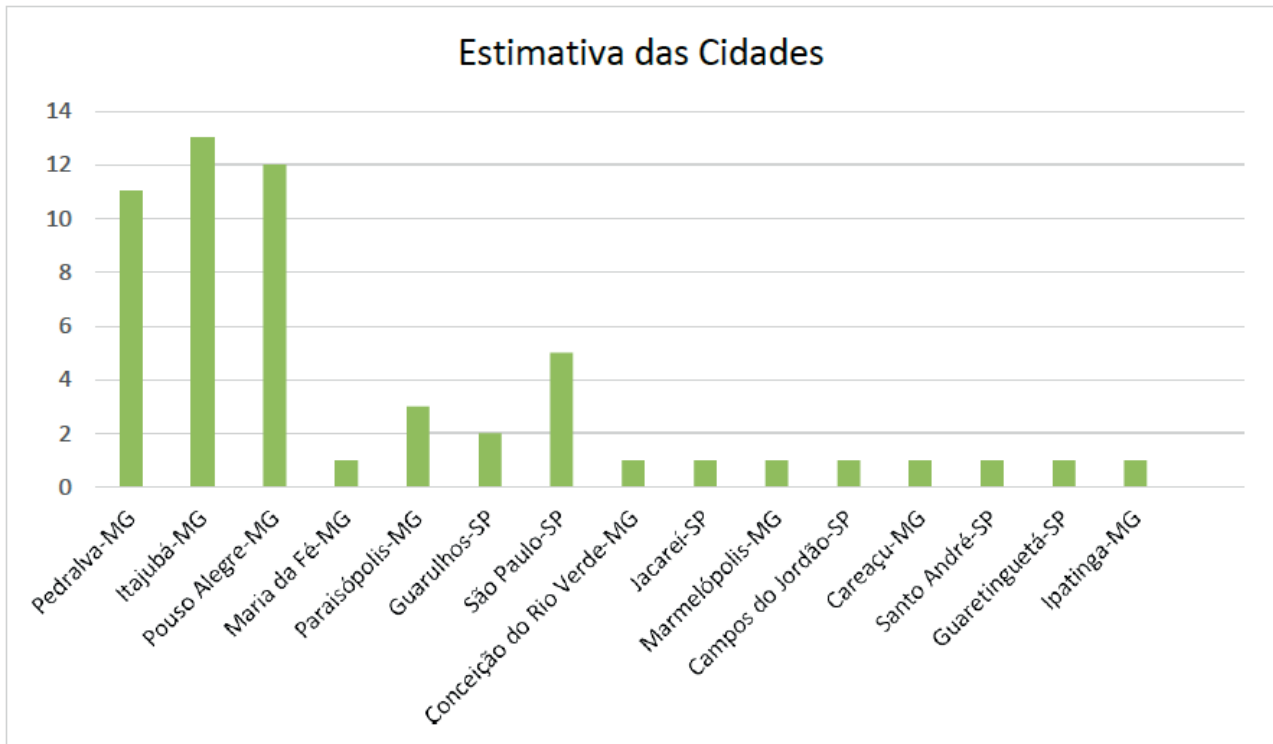
Perguntas	Sim (%)	Não (%)
Já fez o uso de alguma PICS no SUS?	6,1	93,9
Já fez o uso de alguma PICS em clínicas particulares?	8,5	91,5

A Tabela 2 demonstra a demanda de indivíduos que procuram os tratamentos das práticas complementares no SUS e em clínicas particulares, tendo em sua maioria aqueles que tomaram a preferência pelo tratamento particular que em cada 12 pessoas, 7 optam pagar pelo tratamento. Logo cerca de 58% daqueles que já optaram pelo tratamento escolheram não dar entrada no SUS.

Tabela 3. Relação de pergunta onde a resposta foi sim ou e sua taxa em porcentagem de resposta

Perguntas	Sim (%)	Não (%)
Você já utilizou a Homeopatia como tratamento diante de alguma situação?	20,7	79,3
Conhece profissionais da área da saúde que possuam especialização homeopática?	25,6	74,4

Figura 3. Gráfico de distribuição das cidades



De acordo com a Tabela 3 a maioria dos entrevistados (± 65) nunca aderiu ao tratamento homeopático, e dentro destes (± 61) não conhecem nenhum especialista da área. Assim, é de concordância que na região abordada na Figura 3 (Sul mineira, em maioria), os entrevistados não são familiarizados com especializações homeopáticas, dando ênfase aos números registrados na Tabela 3.

Tabela 4. Relação de pergunta onde a resposta foi sim ou e sua taxa em porcentagem de resposta

Pergunta	Sim (%)	Não (%)
Procurou tratamento para o caso clínico indicado?	40,8%	59,2%

Figura 4. Gráfico da distribuição de relação ao quadro clínico

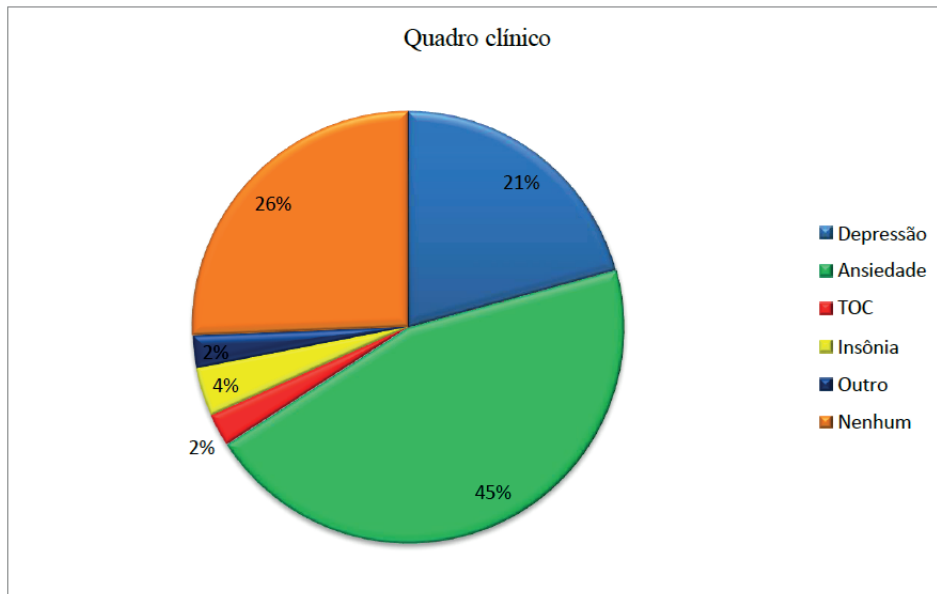


Tabela 5. Relação de pergunta onde a resposta foi sim ou e sua taxa em porcentagem de resposta.

Pergunta	Público (%)	Particular (%)
O tratamento foi particular ou público?	42,9%	57,1%

Na Figura 4 constata-se que a maioria dos entrevistados possui ou já esteve dentro do quadro de distúrbios psíquicos ou apresentou sintomas de tais doenças, porém em relação à procura pelo tratamento, indicado na Tabela 4, tem-se que ± 45 dos indivíduos não buscaram tratamento clínico, concordante com essa, a Tabela 5 aponta de daqueles outros ± 37 indivíduos que optaram pelo tratamento, o fizeram em clínicas particulares.

Além disso, comparando a Figura 1 e a Figura 4, conclui-se que grande parte dos jovens entre 18 e 28 anos já esteve ou está dentro do quadro das doenças psicofísicas já citadas anteriormente na Figura 4, sendo assim a homeopatia é analisada como uma boa alternativa prática e segura de resultados para as pessoas que não buscam pelo tratamento devido aos contrapontos já citados.

DISCUSSÃO

Patologias psicológicas como a depressão afetam a estrutura social da formação individual e coletiva dos jovens, cerca de 3% a 5% dos indivíduos apresentam sintomas (FIGUEIREDO, 2014). Visto que houve um aumento exorbitante de casos entre crianças e adolescentes, a Organização Mundial de Saúde afirma que nos próximos anos a depressão pode vir a ser um dos dois grandes problemas de saúde pública, podendo mesmo ultrapassar as doenças cardiovasculares. (PERES, 2003, p.26). Entretanto, efeitos de polos extremos como alterações de sono, de apetite ou psicomotoras advindas da medicação controlada

(FIGUEIREDO, 2014) levantam o questionamento da efetividade dos antidepressivos no organismo, uma problemática que retarda o avanço científico no tratamento dos distúrbios psicológicos. Dados apontam que o tratamento mais usual no Sistema Único de Saúde (SUS) é por intermédio de Antidepressivos tricíclicos (ADTs), devido ao baixo custo e alta expressividade em quadros graves da depressão, tal como segundo Fernandes e Palvo (2006, p.4):

“Dentre os ADTs mais usados temos a Amitriptilina, seguida da Imipramina que são, aparentemente, os medicamentos mais prescritos tanto para tratamento de depressão quanto para as outras indicações, como dor crônica, prevenção de enxaqueca, entre outros. Frequentemente, a receita médica disponibiliza um grande número de comprimidos, pois o período entre as consultas geralmente é longo e o tratamento não pode ser interrompido. Portanto, o paciente tem em casa altas doses de uma substância potencialmente perigosa.”

Atualmente, é de comum realidade que o abuso das dosagens prescritas no diagnóstico psiquiátrico, acarreta inúmeros casos de overdose ou intoxicação, em sua maioria registrados em tentativas de suicídio (citado por FERREIRA, 2013). Isto posto, conclui-se que os efeitos colaterais advindos de fatores como a medicação desregulada, o não acompanhamento psiquiátrico e a generalização farmacológica imprudente, tornam o tratamento insatisfatório. Como observado, a maioria das pessoas que estão no quadro depressivo se autodiagnosticam e privam-se de aconselhamento médico, porque as doenças psicológicas são tratadas com futilidade e banalidade, devido à ausência de uma causa ou o porquê de tal existência. Tal prática é fomentada pela esfera social que estes indivíduos estão inseridos, pois esta comumente procura respostas na religiosidade e justifica tal doença como a falta de exercícios ou estímulos da psique humana, ao invés de avaliar a doença segundo prognósticos médicos e científicos pré-existentes.

As PICS, mesmo de ampla abordagem não possuem reconhecimento integral em meio à sociedade por falta de comunicação direta entre profissionais da área da saúde e o restante da população. Tal fato demonstra que a falta de interesse em compartilhar informações sobre outros métodos parte diretamente de médicos que acreditam que essa medicina não tradicional não tem comprovação científica, logo não deve ser avaliada de maneira positiva (Rodrigues, 2014).

O método homeopático está entre as PICS e é pouco abordado, com desconhecimento exorbitante.

“A maior parte das pessoas entrevistadas não procurou a homeopatia em decorrência de um conhecimento prévio dessa prática terapêutica. A análise dos dados qualitativos mostra que o desconhecimento do que seja homeopatia é comum entre os usuários e entre os próprios servidores da unidade de saúde na qual o serviço é oferecido.”
(Monteiro e Bernstein, 2007 pág.5).

Dessa forma, é evidente que a falta informação ao paciente das opções de tratamento, advindo do despreparo dos profissionais para trabalhar com medicinas alternativas. Nas faculdades de medicina são oferecidas algumas dessas práticas como disciplina opcional, não gerando muito interesse no meio, pois, não há abrangência e pesquisas para qualificar essas atividades (Azevedo e Pelicioni, 2011).

A homeopatia tem uma longa trajetória dentro do Brasil, introduzida no ano de 1840 com a fundação da primeira escola homeopática no Rio de Janeiro por Bento Mure (Associação Paulista de Homeopatia, 1936). Baseada na intervenção individualizada e na holística medicinal, a Homeopatia define-se segundo Monteiro (2007) como “uma terapêutica que se diferencia de outros sistemas terapêuticos (alopático e do enantiopático) no raciocínio clínico, no tipo e na preparação do medicamento utilizado”. (p.3). Com sua implementação e alta repercussão, a prática foi reconhecida como especialidade médica no ano de 1980 pelo Sistema Único de Saúde (Neckels, Carmignam e Crepaldi, 2010), desde então, profissionais e estudantes da área da saúde questionam a eficácia dessa prática integrativa na esfera medicinal. Visto assim no relato extraído de Salles (2004):

“Olha, eu acho que o que leva a maioria dos profissionais a não adotar a Homeopatia, ou não dar essa credibilidade à Homeopatia é o desconhecimento, vamos dizer assim, do princípio ativo e da ação do medicamento homeopático. Então eu acho assim, falta muita discussão em torno disso, falta esclarecimento para os profissionais” (Secretário municipal de saúde). “

É perceptível que em 16 anos ainda não há tratamento adequado das informações sobre os atuais experimentos homeopáticos, pois poucos profissionais optam pela especialização homeopática devido aos questionamentos sobre o efeito placebo e a ultra diluição dos fármacos, já que não se compreende o conceito completo de como a prática homeopática funciona.

Segundo Salles (2009) existe diferenças na abordagem de tratamentos alopáticos e homeopáticos, que são constantemente questionados, como a fragmentação entre a doença e o paciente como fatores distintos, pois trata-se a doença e não o paciente, uma visão sistemática aplicada na medicina alopática (p.5). Este método faz com que o tempo em consultório seja menor e dentro dos hospitais da rede pública, esse é um fator crítico, porque existe uma sobrecarga de pacientes atendidos por dia. E neste ponto entra a busca pela homeopatia dentro do SUS alegado por MONTEIRO (2007): “a falência do tratamento alopático anterior constituiu-se na principal motivação para a busca da consulta homeopática” (p.5). Ainda assim existe reluta na aceitação da metodologia homeopática, confirmado por Luz que vários aspectos religiosos e científicos são responsáveis pela resistência à expansão dos estudos homeopáticos, afirmando-se, assim: “contribuem para que, mesmo nos dias atuais, a homeopatia ainda seja considerada para muitos uma medicina religiosa ou mística.” (Monteiro e Bernstein, 2007, p.2).

No Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não há prestígio médico suficiente da homeopatia, já que os pacientes a reconhecem por vias empíricas de seu local de vivência (Meguni et al, 2012), no entanto, após a familiarização para com a prática, tende-se a obter boas repostas, tendenciosamente futuras recomendações, haja vista que a qualificam como uma medicina de qualidade (Monteiro e Bernstein, 2007).

Portanto nesse estudo, a depressão é o principal objeto de análise, na qual tem múltiplos pontos negativos na forma de tratamento psicofísico oferecido pela rede pública, destaca-se um deles como a longa espera para agendamento de consultas com o médico especializado (Meguni e outros, 2012), fato que atrasa na recuperação segura dos pacientes. Visto a grande demanda de pacientes dentro do quadro depressivo no SUS, é refutado os princípios pré-estabelecidos pela lei 8080 que deve garantir por direito a saúde coletiva da população, evitando maiores riscos à saúde dos doentes, (presidente da república, 1990).

Propõe-se assim um tratamento alternativo com os métodos homeopáticos, a fim de amenizar os problemas encontrados no tratamento da depressão entre jovens dentro do SUS. Desse modo, procura-se garantir o aprimoramento do método homeopático dentro dos hospitais públicos no decorrer do desenvolvimento científico e medicinal, com a intenção de se encontrar tratamentos tradicionais e não tradicionais seguros, para transmitir aos indivíduos confiança nos métodos escolhidos. (Salles e Schraiber, 2002 e 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da discussão levantada sobre a eficácia da homeopatia como tratamento alternativo é de saber que devido a pouca informação e dispersa disponibilidade de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, é necessário que cursos especializados sejam disponibilizados para os profissionais da saúde, para que a promoção da saúde coletiva seja a prioridade quando se discute sobre o tratamento da saúde mental dos indivíduos.

Logo, conforme afirmado em outros estudos e neste, a Homeopatia se mostrou positiva em relação a seus métodos de tratamento, portanto é uma opção viável e efetiva para ser implementada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no tratamento de doenças psicofísicas.

Outrora, a negligência na transmissão de informações ainda é um empecilho no aprimoramento dos tratamentos das doenças psicofísicas atualmente, necessitando-se ,portanto, mais estudos relacionados ao tema Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Saúde Pública e juntamente a sua divulgação.

■ REFERÊNCIAS

1. ARAKAWA, A. M. et al. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 1108-1114, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000010>
2. AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, Nov. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300002>
3. FERNANDES, Gustavo et al. Impacto das intoxicações por antidepressivos tricíclicos comparados aos depressores do “sistema nervoso central”. **Arq Ciênc Saúde**, 13(3):117-121, jul.-set.2006. tab. <https://archive.org/details/9788575412435>
4. LOPEZ, Mariane Ricardo Acosta et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 103-108, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000001>
5. MATTOS, Gerson et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3735-3744, Nov. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016>
6. MONTEIRO, Dalva de Andrade; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1903-1912, Aug. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800017>
7. PEIXOTO, Helicinia Giordana Espíndola et al. Antidepressivos e alterações no peso corporal. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 21, n. 3, p. 341-348, junho de 2008. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000300009>
8. RODRIGUES, Carol Cardoso. Em que lugar político e institucional se encontram as práticas integrativas e complementares. **Repositório Digital: UFRGS**. Trabalho de conclusão de especialização. Brasília, p.36, Jul. 2014. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130349/000955604.pdf?sequence=1>
9. SALLES, Sandra Abrahão Chaim and AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. A consulta homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. **Interface (Botucatu) [online]**. 2013, vol.17, n.45, pp.315-326. Epub June 18, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000010>
10. SALLES, Sandra Abrahão Chaim; SCHRAIBER, Lilia Blima. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 195-202, janeiro de 2009. http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/livro.aspx?l=29
11. SANTOS, Júlio César Figueiredo dos. Análise da toxicidade dos antidepressivos tricíclicos (ADTS) e plano de intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Lagoa Santa, 2014. 52f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9Z6G9U>
12. SOUZA, Waldir da Silva. A saúde pelo avesso. Roberto Passos Nogueira. Seminare Editora, Natal 2003, 260pp **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, núm. 4, outubro-diciembre, 2004, pp, Rio de Janeiro, Brasil. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400030>

“

Uso de plantas medicinais como prática de cuidado na estratégia saúde da família

| Danielle Chacon dos **Santos**
UFRN

| Maria Betânia Morais de **Paiva**
UFRN

| Ailma de Souza **Barbosa**
UFPB

| Mônica Rocha Rodrigues **Alves**
PB

| Ricardo Henrique Vieira de **Melo**
UFRN

RESUMO

Objetivo: Compreender como os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os usuários lidam com a utilização (ou não) de plantas medicinais como uma das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, a partir da experiência vivenciada em Currais Novos (RN). **Métodos:** Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa e exploratória, seguindo a abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty (1999), pois se direcionou às experiências vividas, no sentido de compreendê-las, permitindo que a escolha de investigar os sujeitos partisse da intencionalidade do pesquisador, uma vez que é considerado também um sujeito que observa, interpreta e compreende. Para a coleta dos dados foram usadas entrevistas do tipo semiestruturadas contendo perguntas fechadas e abertas. **Resultados:** Foi possível perceber que a utilização de plantas medicinais como terapia popular de cuidado se encontra presente no cotidiano das pessoas, fundamentalmente embasada no conhecimento tradicional, advindo, principalmente, do ambiente familiar e condicionada aos fatores culturais, assim como em muitas outras localidades em todo o mundo. Foi verificada a importância atribuída à utilização de plantas medicinais, como também a evidência de que é na tradição familiar que se encontra a principal forma de disseminação do conhecimento a respeito da utilização das mesmas. **Considerações finais:** maior parte das plantas medicinais utilizadas pelos usuários apresentou propriedades curativas, com indicação popular de uso, comprovadas cientificamente, fato que contribui para a valorização da sabedoria popular e da relevância do diálogo entre práticas e saberes acadêmicos e populares.

Palavras-chave: Plantas Medicinais, Terapias Complementares, Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

O emprego de plantas com interesse medicinal é um hábito que sempre existiu na história da humanidade e tem evoluído ao longo dos tempos, desde as formas mais simples de tratamento local até as formas tecnologicamente sofisticadas de fabricação industrial. As atuais tendências globais de preocupação com a biodiversidade e com os ideais de desenvolvimento sustentável vêm despertando o interesse nos estudos das plantas medicinais brasileiras (LORENZI; MATOS, 2008).

A significativa influência de fatores culturais na utilização de plantas medicinais - como a crença no poder curativo das plantas, passada através de gerações - nos leva também a considerar que essa prática de cuidado deve ser valorizada, fundamentada e aperfeiçoada para que os profissionais possam aplicá-las de forma segura e eficaz aos usuários dos serviços de saúde. Com o objetivo de evitar efeitos indesejáveis e danos que possam ser causados pelo mau uso dessa modalidade terapêutica, o Ministério da Saúde (MS) tem estabelecido políticas que encorajam o desenvolvimento de estudos com plantas medicinais, objetivando colocar em prática os benefícios advindos dessas pesquisas (FRANCO, 2003).

Apesar da importância e do incentivo do desenvolvimento de práticas alternativas de cuidados, a evolução da ciência e a descoberta de novas formulações químicas, impelidas por estratégias de interesses econômicos, têm deixado em segundo plano a tradição milenar do uso das plantas medicinais na prevenção e no tratamento de doenças (ATAÍDE et al., 2007). Nessa perspectiva, o desafio se encontra em valorizar as descobertas advindas dos avanços científicos, sem, contudo, esquecer a grande riqueza e diversidade natural onde encontramos fontes saudáveis de vida.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no ano de 1994, como iniciativa do MS para a reorganização da atenção primária em saúde e para produzir mudanças no modelo assistencial vigente no país. Consolidou-se como eixo estruturante no SUS, buscando a transição do paradigma voltado às doenças para o de promoção e proteção da saúde e da prevenção de agravos a esta. A ESF caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, sendo considerada prioridade de governo pela importância da atenção básica na resolutividade da maioria dos problemas de saúde (COSTA NETO, 2000).

As práticas alternativas de saúde ganharam força no Brasil com a consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC), através da Portaria 971, de 03 de maio de 2006. Com ela, o país deu um importante passo para a ampliação do acesso e da atenção integral em saúde. Entre outras práticas - como experiências da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, da homeopatia, do termalismo/crenoterapia, de práticas corporais, como o Tai Chi Chuan, Lian Gong -, a política

preconiza, ainda, a utilização de plantas medicinais e fitoterapia, com ênfase na atenção básica (VEIGA JUNIOR et al., 2005).

O Estado do Rio Grande do Norte, através da Portaria 274, de 27 de junho de 2011, implantou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PEPIC/SUS-RN), atendendo às diretrizes dessa política em âmbito nacional, destacando como espaço prioritário para sua aplicabilidade a atenção primária, ou seja, a Atenção Básica (AB), através da ESF (SESAP, 2011).

OBJETIVO

Esse texto, fruto de parte de uma dissertação de mestrado, pretende contribuir para a compreensão de como os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os usuários lidam com a utilização (ou não) de plantas medicinais como uma das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (RN), a partir da experiência vivenciada no Município de Currais Novos, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Buscou ainda identificar o conhecimento e a utilização de plantas medicinais dos usuários, bem como investigar os sentidos e significados atribuídos por eles com relação à utilização de plantas medicinais como prática de cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa e exploratória, seguindo a abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty (1999), pois se direciona às experiências vividas, no sentido de compreendê-las, permitindo que a escolha de investigar os sujeitos partisse da intencionalidade do pesquisador, uma vez que é considerado também um sujeito que observa, interpreta e compreende.

Para a coleta dos dados, realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2013, utilizaram-se entrevistas do tipo semiestruturadas, relacionadas a questões que contemplaram os objetivos propostos, contendo perguntas fechadas e abertas. Os entrevistados tiveram possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

As entrevistas foram empregadas aos profissionais e usuários, sendo gravadas (com a anuência dos mesmos) e, posteriormente, transcritas em um diário, do qual foram extraídos trechos considerados mais significativos, para interpretação e compreensão.

Os participantes do estudo foram: os profissionais da Estratégia Saúde da Família do município (médicos, enfermeiros, dentistas e Agentes Comunitários de Saúde), em um total de 24 profissionais; e 10 usuários identificados como pessoas que utilizavam plantas medicinais para o cuidado de sua saúde, cadastrados nas USF do município. Todos

os participantes aceitaram participar voluntariamente da investigação, leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Quando questionados quanto à prescrição ao usuário de alguma prática completar de cuidado, sete profissionais responderam já haver indicado: fitoterápicos e plantas medicinais, através de chás e lambedor; práticas de atividades físicas; e acupuntura. Desses profissionais, metade informou não ter segurança com relação à prescrição de plantas medicinais. Os demais profissionais relataram ter adquirido conhecimentos sobre manejo terapêutico das plantas a partir de: leituras; vivências pessoais e familiares; e oriundos do conhecimento popular.

E mencionaram que, durante a graduação, somente tiveram noções sobre utilização de plantas medicinais e de fitoterápicos, em disciplinas complementares. Apenas cinco profissionais relataram conhecer a PNPIC. Os demais não sabiam da existência dessa política. Dois dos entrevistados responderam que haviam começado a utilizar pela dificuldade de acesso à assistência médica, sendo ambos residentes em área rural do município, e uma pessoa referiu a facilidade de acesso a plantas medicinais.

Quanto aos motivos pelos quais utilizavam as plantas, suas respostas estavam relacionadas à menor incidência de efeito colateral (quando comparadas com os medicamentos alopáticos), às condições financeiras mais modestas dos usuários, ao custo mais elevado dos remédios tradicionalmente prescritos, à tradição de utilização e à confiança no poder curativo das plantas.

Todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificaram a utilização de plantas medicinais pela comunidade durante suas vivências profissionais. Quando questionados se tinham alguma dúvida com relação à utilização e ao preparo de plantas medicinais, a maioria dos usuários (60%) respondeu que não. E 70% referiram nunca ter recebido recomendações para uso de plantas medicinais de nenhum profissional de saúde.

A utilização de plantas com fins terapêuticos sem a orientação apropriada é motivo de preocupação, dada a existência de diferentes espécies que apresentam contraindicações e toxicidade de uso, o que deve ser considerado pelos profissionais de saúde a fim de evitar riscos. A falsa ideia de que o que é natural não traz efeito colateral, como referido nos relatos a seguir, merece melhores esclarecimentos à população por parte dos profissionais.

Algumas plantas tiveram propriedades terapêuticas distintas mencionadas nas indicações popular e científica. Fica um alerta desse fator de preocupação, principalmente se considerarmos as contra indicações, o risco de toxicidade e as divergências encontradas

entre a literatura consultada e os relatos colhidos sobre as indicações populares de uso de algumas dessas plantas.

Convém ressaltar a necessidade de uma maior atuação dos profissionais de saúde nessa prática de cuidado, a fim de aconselhar os usuários sobre a utilização correta das plantas medicinais, informando sobre os benefícios e riscos envolvidos, de modo a contribuir para uma prática segura, inclusive desaconselhando o uso daquelas que ofereçam perigos à saúde.

Entre as espécies citadas com potenciais de toxicidade e com contra indicações, foi possível citar: Melancia-da-praia (*Solanum agrarium*), cujas sementes dos frutos são consideradas tóxicas; Pinhão roxo (*Jatropha gossypifolia*), que também possui uso oral caseiro desaconselhado devido à toxicidade; e, Para-tudo (*Tabebuia áurea*) e Arruda (*Ruta graveolens*), consideradas abortivas.

Os profissionais e os ACS apresentaram aspectos bastante positivos ao avaliar o uso das plantas medicinais, relacionando ao fato de se tratar de uma forma natural de cuidado que representava menores riscos de agravo à saúde, quando comparado ao tratamento alopático. A importância de se ter um maior conhecimento sobre o assunto foi reconhecida, demonstrando, em alguns casos, uma necessidade e interesse em uma melhor qualificação para que se tenha uma maior segurança na prescrição.

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) contribui para a garantia de uma atenção mais humanizada e centrada na integralidade dos sujeitos. O pouco conhecimento dos profissionais sobre essa política nos leva a considerar a importância de uma maior divulgação e implantação da mesma, por parte dos municípios, aproximando dos profissionais e da comunidade os benefícios advindos da ampliação das formas de cuidado (BRASIL, 2015).

As questões culturais da população assistida devem ser consideradas para o planejamento adequado da assistência em saúde. Nessa perspectiva, os distintos saberes, científicos e populares, articulam-se e complementam-se, de forma dialógica e democrática. As singularidades de cada cultura não deveriam ser utilizadas para justificar as desigualdades sociais, tampouco ser motivo de impedimento para a comunicação entre os diversos saberes existentes. É justamente na originalidade de cada cultura que somos capazes de assistir ao que é universal entre elas (MENDES; NOBREGA, 2004).

A valorização do saber popular tem importância na indução de novas práticas nos serviços de saúde, facilitando a participação de importantes atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Alguns dos entrevistados

atribuíram significados relacionados às questões econômicas advindas da utilização das plantas medicinais, se comparadas aos medicamentos industrializados. No que se refere à opinião dos usuários sobre o mesmo questionamento, evidenciamos que a maioria atribuiu significado de importância às plantas com propriedades curativas, devido ao fato de possuírem menos efeitos colaterais e causarem menor prejuízo à saúde, se comparadas aos medicamentos industrializados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer deste estudo, pôde-se perceber que a utilização de plantas medicinais como terapia popular de cuidado no município de Currais Novos/RN encontra-se presente no cotidiano das pessoas, fundamentalmente embasada no conhecimento tradicional, advindo, principalmente, do ambiente familiar e condicionada aos fatores culturais, assim como em muitas outras localidades em todo o mundo. A partir deste estudo, pode-se perceber a importância atribuída à utilização de plantas medicinais, como também evidenciar que é na tradição familiar que se encontra a principal forma de disseminação do conhecimento a respeito da utilização das mesmas.

Mesmo sendo considerada uma das práticas de cuidado mais presentes no cotidiano da atenção à saúde, percebe-se a necessidade de incorporar e implementar experiências no âmbito de plantas medicinais e fitoterápicos, como também em outras práticas que contribuam para o fortalecimento da atenção básica e na integralidade do indivíduo. Constatou-se a necessidade de uma maior apropriação por parte dos profissionais, dessa temática, a fim de garantir o aparato necessário à correta prescrição e orientação aos usuários. Como também acerca do grande interesse dos usuários no uso das plantas medicinais, pela preferência como primeira escolha de cuidado em relação à terapia alopática predominantemente utilizada nos serviços.

A maior parte das plantas medicinais utilizadas pelos usuários apresentou propriedades curativas, com indicação popular de uso, comprovadas cientificamente, fato que contribui para a valorização da sabedoria popular e da relevância do diálogo entre práticas e saberes acadêmicos e populares. Por outro lado, os riscos de toxicidade, as contraindicações de uso e o pensamento de alguns de que as plantas medicinais são inofensivas por serem um produto natural levam a crer na importância de os profissionais atuarem considerando a prevenção de riscos, com base na informação segura para o usuário quanto à utilização eficaz dessa prática.

Espera-se que este estudo possa contribuir para incentivar e tornar possível: a implantação de protocolos de atenção por parte dos profissionais de saúde; a ampliação do cuidado integral; o acesso a outras opções terapêuticas; a participação dos usuários e o

fortalecimento do vínculo no âmbito da atenção básica, principalmente na Estratégia Saúde da Família e nos seus Núcleos Ampliados de saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Almeja-se, ainda, contribuir para despertar, no âmbito municipal, a relevância de se conhecer e implementar novos tipos de terapias disponíveis para o cuidado no SUS, com vistas ao alcance de uma saúde cada vez mais integral.

■ REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.
2. ATAÍDE, R. A. et al. Uso de remédios caseiros por mulheres do programa saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.1, p. 126-32, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5307>. Acesso em: 22 fev. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC**: atitude de ampliação de acesso. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.
4. COSTA NETO, M. M. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.
5. FRANCO, L. L. **Doenças tratadas com plantas medicinais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
6. LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil**: nativas e exóticas. 2 ed. Nova Odessa-SP: Instituto Plantarum, 2008.
7. MENDES, M. I. B. S.; NOBREGA, T. P. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n.27, p.125-137, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782004000300009-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.
8. MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
9. SESAP (Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte). **Portaria nº 274/GS, de 27 de junho de 2011**: Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte; 2011. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/portaria_274_-_pepic_-_rn.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.
10. VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: cura segura? **Quím. Nova**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 519-528. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422005000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.

“

Uso de plantas medicinais em um quilombo: um relato de experiência de estratégia saúde da família

- | Diurieny Ribeiro Itaparica **Vieitas**
UNIFAP
- | Francineide Pereira da Silva **Pena**
EEUSP
- | Cecília Rafaela Salles **Ferreira**
UFF
- | Beatriz Guitton Renaud Baptista de **Oliveira**
UFF
- | Marlucci de Souza Ledo **Santos**
UNIFAP
- | Rosa Natalia Muniz Carneiro **Mota**
UNIFAP
- | Rejane Santos da Cunha **Gomes**
UNIFAP

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de uma Equipe de Saúde da Família com o uso de plantas medicinais utilizadas pela população quilombola do Curiaú no estado do Amapá/AP. **Métodos:** relato de experiência, por uma equipe ESF que durante a visita domiciliar em uma comunidade tradicional quilombola que reside em uma área de proteção ambiental. a ESF foi composta por sete profissionais de saúde, sendo um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um médico, uma residente em enfermagem. A amostra dos participantes foi por conveniência, em que a equipe realizou a visita domiciliar em dez residências familiares, pertencentes à mesma comunidade. **Resultados:** As famílias da área quilombola utilizam em sua maioria plantas para tratamento de saúde, os participantes da entrevista utilizam este tratamento por hábitos culturais, por crenças de que o medicamento natural é benéfico tanto quanto o tratamento farmacológico e por heranças deixadas por seus antecedentes, além de ser de baixo custo. As famílias relataram que se sentem bem utilizando plantas medicinais que são utilizadas tanto por adultos como por crianças. Durante as visitas foi possível perceber que além do conhecimento sobre quais plantas utilizar, a religiosidade, a fé e a sintonia com a natureza estão muito correlacionados durante o processo de preparo desses medicamentos. **Considerações finais:** O uso de plantas medicinais faz parte da cultura da área quilombola assistida pela Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Plantas Mediciniais, Práticas Integrativas e Complementares, Estratégia Saúde da Família, Povos Tradicionais.

INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas no Brasil é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente o direito à posse de suas terras, que foi concretizado a partir da regulamentação do procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos pelo Decreto no 4.887 (CASA CIVIL, 2003), além deste sendo também como grande espaço de representantes de recursos radicais de sobrevivência grupal, com uma forma comum de vida e modos próprios de organização de seus saberes. (GOMES, et al. 2013)

As comunidades tradicionais apresentam modos de vida e cultura diferenciados, devido à forte influência do meio natural, a qual seus hábitos estão diretamente submetidos aos ciclos naturais, e a forma como aprendem a realidade e a natureza é baseada não só em experiências e racionalidades, mas em valores, símbolos crenças e mitos (MONTELES, PINHEIRO, 2007).

O Brasil Possui grande potencialidade para a promoção dessa terapia, por ter a maior diversidade vegetal do mundo, vasta sociodiversidade e uso de plantas medicinais ligados ao conhecimento tradicional e tecnologia que possa legitimar cientificamente esse conhecimento (BRASIL, 2015).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde aprovou e consolidou a política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, com o intuito de garantir a prevenção de agravos e a recuperação da saúde, buscando estimular o vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a população em geral (BRASIL, 2015).

Nas últimas décadas tem se atenuado cada vez mais o uso e a comercialização em todo o mundo da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) no cuidado em saúde, em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sua prática traz benefícios econômicos de grande relevância para o campo da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a conferência de Alma Ata, propõe incentivo e estímulo à prática da Medicina Alternativa (SOUSA, 2013).

Nesse contexto das Práticas Integrativas e Complementares as plantas medicinais e seus componentes, vêm há muitos anos, sendo manipulado pela população para o cuidado da saúde, seja através do conhecimento popular na medicina tradicional indígena, quilombola e demais povos e comunidades tradicionais, seja pela utilização popular pela medicina popular, de transmissão verbal entre gerações, ou nos programas oficiais de saúde, de caráter científico, conduzido pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

As Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são composta de forma multiprofissional e interdisciplinar consolida uma atuação em saúde integral cujo objetivo é responder às demandas das comunidades, principalmente por conta

da composição da equipe (BRASIL,2010).Desta forma, as equipes são fortalecidas ao se apoiar e/ou estimular as plantas medicinais e a fitoterapia como uma de suas técnicas de cuidado, que são consideradas meios de acesso à saúde pela atenção básica. (BRASIL, 2012).

Essas equipes possuem como princípio o compartilhamento de saberes multidisciplinares, cuja transversalidade e longitudinalidade do cuidado estão pautadas na oferta do cuidado do dia a dia da vida das pessoas, em seu contexto familiar e social uma vez que estão adstritas em um determinado território brasileiro, principalmente em comunidades quilombos. Apresentam-se como locus privilegiado para a oferta das PICS, as quais contribuem para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo um cuidado continuado, humanizado e integral (SANTOS, 2012). Assim, o uso das plantas medicinais apresenta uma forte ferramenta para o conhecimento das relações dos grupos individuais com características de seus hábitos e tradições ali presente.

Esse relato de experiência foi desenvolvido dentro de uma área quilombola localizado no estado do Amapá a qual recebe o nome de “Quilombo do Curiaú”. Devido a inserção no cotidiano desta comunidade surgiu na Equipe de Estratégia Saúde da Família conhecer o interesse em analisar o saber e as práticas do uso de plantas medicinais pelos usuários. Esta população possui culturas e hábitos distintos, com forte uso de plantas medicinais como método de prevenção e tratamento de doenças.

Pelo avanço da medicina alternativa, é importante o conhecimento empírico advindo das comunidades quilombolas, que possuem um contexto histórico sociocultural com o uso de plantas medicinais para benefícios da saúde. Portanto, há a necessidade de conhecer mais dos princípios ativos e seus efeitos, das plantas comumente utilizadas pela comunidade. Uma ESF que atua em uma comunidade de povos tradicionais, deve conhecer o contexto, para melhor direcionar suas ações, respeitando suas características locais e se adaptando a essa realidade.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma Equipe de Saúde da Família com o uso de plantas medicinais utilizadas pela população quilombola do Curiaú no estado do Amapá/AP.

MÉTODOS

Tipo e cenário do estudo: relato de experiência, por uma equipe ESF que durante a visita domiciliar em uma comunidade tradicional quilombola que reside em uma área de proteção ambiental, identificou a frequente utilização de plantas medicinais, e se propôs a identificar as principais utilizadas e de que forma ocorre o uso. A comunidade “Quilombola

do Curiau” fica a 10 km do centro da cidade de Macapá, Amapá, Amazônia legal, Brasil. Esta área conta com apoio de uma Unidade Básica de Saúde, composta por uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a qual atende seis comunidades próximas.

Características do estudo: a ESF foi composta por sete profissionais de saúde, sendo um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um médico, uma residente em enfermagem. A amostra dos participantes foi por conveniência, em que equipe realizou a visita domiciliar em dez residências familiares, pertencentes à mesma comunidade, no período de julho a agosto de 2017. Os profissionais de saúde observaram e registraram as experiências das famílias com uso de plantas medicinais. Para identificação e estudo pela equipe, das plantas utilizadas, foram anotados o nome popular e o modo de preparo. Os resultados foram organizados para discussão da experiência observada.

RESULTADOS

Observou-se que as famílias da área quilombola utilizam em sua maioria plantas para tratamento de saúde, os participantes da entrevista utilizam este tratamento por hábitos culturais, por crenças de que o medicamento natural é benéfico tanto quanto o tratamento farmacológico e por heranças deixadas por seus antecedentes, além de ser de baixo custo. As famílias relataram que se sentem bem utilizando plantas medicinais que são utilizadas tanto por adultos como por crianças.

Durante as visitas foi possível perceber que além do conhecimento sobre quais plantas utilizar, a religiosidade, a fé e a sintonia com a natureza estão muito correlacionados durante o processo de preparo desses medicamentos. Em alguns relatos foi possível escutar que se não houver fé que aquele medicamento irá curar o mesmo não surtirá o efeito esperado. Durante a permanência na unidade básica de saúde e em visitas domiciliares na comunidade, foi possível observar a utilização de medicamentos farmacológicos associado a plantas medicinais preparados por eles próprios.

A ESF no momento dos relatos, pode observar como é forte e presente a cultura do uso medicinal, assim como o relatos de uso de medicamentos industriais utilizados em conjunto ou mesmo substituídos, pela prática de uso de plantas medicinais. Sendo assim houve uma conversa sobre o uso desses medicamentos naturais com a comunidade para melhor entendimento a respeito do modo de uso e preparo e uma reflexão sobre como atuar em sua prática, para um melhor entendimento contou-se com a colaboração de duas ACS que residem na comunidade e que também praticam o uso das plantas medicinais.

Nos quadros (Quadro 1 e 2) abaixo estão listadas as plantas usadas na comunidade. A imagem de algumas plantas (Figura 1) foram feitas no quintal de famílias da

comunidade quilombola do Curiaú, os nomes e a forma de uso foram registrados conforme relato das famílias

Quadro 1. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade quilombola “Curiaú”. 2020.

Nome popular da(s) Planta(s)/ Nome científico	Para quê é usado segundo o uso popular
Quebra pedra + Cana Fischer <i>Phyllanthus niruri + Costus spicatus</i>	Infecção urinária e Pedras no Rins
Alecrim de angola (<i>Agnocasto</i>)	Derrame e previne doenças
Laranja da terra (<i>Citrus aurantium</i>)	Albuminúria
Alho (<i>Allium sativum</i>)	Pressão alta
Folha da graviola + Casca do tronco da árvore <i>Annona muricata L.</i>	Infecção urinária e Amebíase
Folha de laranjeira (<i>Citrus sinensis (L)</i>)	Insônia
Japana roxa + Japana branca <i>Eupatorium Triplinerve Vahl. + Ayapana triplinervis</i>	Gripe e descongestionante Nasal
Manjerição (<i>Ocimum basilicum</i>)	Gripe
Pata de vaca (<i>Bauhinia variegata</i>)	Diabetes
Barbatimão + Verônica (<i>Stryphnodendron</i>)	Hemorragias; Pós-parto; Dores de garganta;
Mostarda (<i>Sinapis</i>)	Diabetes
Raiz da Chicória (<i>Cichorium intybus</i>)	Esteatose Hepática; Colesterol Alto
Limão da Região (<i>Citrus Limonium</i>)	Colesterol Alto
Pirarucu ou Folha da fortuna (<i>Bryophyllum pinnatum</i>)	Gastrite; Úlcera Péptica; Erisipela
Planta Anador (<i>Justicia pectoralis</i>)	-Utilizado como analgésico.

No Quadro 2 a forma como a comunidade relatou o uso das plantas medicinais. O ouvir atento e valorizando as informações repassadas, foram necessárias para entender a forma como isso afeta a prática assistencial.

Quadro 2. Plantas medicinais, modo de uso, utilizadas pela comunidade quilombola “Curiaú”, 2020.

Nome popular da(s) Planta(s)/ Nome científico	Como é o seu preparo segundo o modo de uso popular
Quebra pedra + Cana Fischer <i>Phyllanthus niruri + Costus spicatus</i>	Arranca um pé da quebra pedra com a raiz, lavar bem e utilizar somente o caule e raiz, pegar uma folha da cana Fischer, colocar pra ferver um litro de água quando estiver borbulhando a água desligar o fogo e adicionar as plantas e tampar a panela. Após este procedimento é coado esse chá colocado na geladeira e consumido como água.
Alecrim de angola (<i>Agnocasto</i>)	Pegar 4 folhas da planta machucar elas e colocar para ferver em um litro de água até elas diminuírem de tamanho, coar, serve tanto como chá como também para banho.
Laranja da terra (<i>Citrus aurantium</i>)	Acrescentar sal amargo em uma laranja e consumir durante o banho em água corrente.
Alho (<i>Allium sativum</i>)	Descascar meio dente de alho e mastigar todos os dias
Folha da graviola + Casca do troco da árvore <i>Annona muricata L.</i>	Pegar duas folhas da planta mais um pedaço da casca do tronco lavar bem e colocar para ferver em um litro de água, coar em um recipiente e armazenar na geladeira para ser consumido como água diariamente.
Folha de laranjeira (<i>Citrus sinensis (L)</i>)	Colocar um litro de água para ferver, assim que ferver colocar 4 folhas da laranjeira e tampar a panela, depois coar esse chá colocar na geladeira para consumir como água.
Japana roxa + Japana branca <i>Eupatorium Triplinerve Vahl. + Ayapana triplinervis</i>	Pegar três folhas de cada esfregar uma na outra dentro de um balde com dois litros de água e deixar de molho de um dia para o outro, pela manhã banhar a cabeça se for adulto e se for criança banhar o corpo todo.

Nome popular da(s) Planta(s)/ Nome científico	Como é o seu preparo segundo o modo de uso popular
Manjeriço (<i>Ocimum basilicum</i>)	Pegar várias folhas esfregar em dois litros de água deixar de molho de um dia para o outro, pela manhã banhar a cabeça do adulto e se for criança banhar o corpo todo.
Pata de vaca (<i>Bauhinia variegata</i>)	Pegar duas folhas lavar bem e colocar para ferver em um litro de água, coar em um recipiente e colocar na geladeira para ser consumido como água.
Barbatimão + Verônica (<i>Stryphnodendron</i>)	Descasca um pedaço do caule dos dois e coloca de molho em um litro de água e colocar na geladeira e tomar como água. Pode ser usado como banho também tira um pedaço da casca do caule dos dois, ferver em um litro de água, e fazer o asseio íntimo.
Mostarda (<i>Sinapis</i>)	Pegar 3 folhas lavar bem e colocar para ferver em um litro de água, coar em uma garrafa colocar na geladeira e consumir como água.
Raiz da Chicória (<i>Cichorium intybus</i>)	Puxar a Chicória com a raiz toda, separar a raiz lavar e colocar para ferver em um litro de água, coar em uma garrafa e consumir como água.
Limão da Região (<i>Citrus Limonium</i>)	Espremer um limão em um litro de água sem adicionar açúcar, colocar em um recipiente na geladeira e consumir como água.
Pirarucu ou Folha da fortuna	Pegar três folhas para um copo de água, lavar as folhas e fazer o chá e tomar três vezes ao dia durante 10 dias, isso para crianças. Para adultos são cinco folhas para meio copo de água, tomar uma xícara de chá cinco vezes ao dia por 15 dias. Para ferida aquecer a folha no fogo e colocar em cima da ferida.

FIGURA 1. Quebra pedra- Primeira planta mais citada pelos entrevistados (primeira imagem). E Cana Fisher – segunda planta mais citada pelos entrevistados (Segunda imagem).



DISCUSSÃO

As comunidades nativas possuem amplo conhecimento de medicina popular no ramo da fitoterapia, assim como observado no estudo de Santana (2016) que evidenciou o uso das plantas medicinais pela comunidade Salamina/Putumuju para tratamento de doenças que acometem o sistema respiratório, digestivo, geniturinário, entre outros.

Foi visualizado pela equipe, os potenciais da localização da unidade em saúde, sendo um possível campo de formação sobre plantas medicinais, oficinas de capacitação sobre práticas integrativas e complementares (PICS) e plantas medicinais para os profissionais de saúde da rede, devem ser incentivadas, para melhor manejo e respeito a cultura existente no local, sugere-se a pactuação com os profissionais a incorporação de cursos do Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AvaSUS) ofertados pelo Ministério da Saúde como ações de Educação Permanente para as equipes.

As informações adquiridas pelas comunidades quilombolas na convivência com a natureza, os saberes tradicionais passados entre gerações e a troca dessas informações entre as pessoas contribuem para a conservação dos recursos vegetais, facilitando com que essa população encontre dentro do seu próprio território os recursos naturais para a prática do uso medicinal.

As plantas medicinais possuem características específicas conforme o cultivo e a flexibilidade do plantio da população. As particularidades terapêuticas encontram-se inseridas em diversas espécies de ervas, possibilitando grande acesso, especialmente porque são plantas que podem ser cultivadas em pequenos quintais e requerem um manejo fácil que pode ser desempenhado ao longo do dia. Portanto, esta prática e sua utilização, em várias ocasiões é colocada em comparação a outros métodos de cuidado à saúde, entretanto, o uso deve ser assistido com cuidado (ALMEIDA et al.,2018).

Entre as espécies mais citadas como medicinais pela população quilombola, destacam-se a Quebra-Pedra e a Cana Fisher nas quais eram facilmente encontradas no quintal das residências dos entrevistados, até mesmo nas áreas livres ao redor da unidade básica de saúde era possível encontrar a planta quebra-pedra.

Segundo o estudo de Nidia et al. (2018) o *Phyllanthus niruri* ou quebra-pedra é uma planta popularmente usada para diminuir o surgimento de pedra nos rins, o estudo sugere que o uso do *Phyllanthus niruri* é seguro e não gera efeitos adversos significativos ou modificações metabólicas séricas importantes. Pacientes com metabólicos urinários intrínsecos e alterações como hiperuricosúria e hiperoxalúria podem se favorecer com a ingestão deste chá.

Sendo assim é relevante destacar que há muitas espécies de plantas nesta comunidade e a indicação e conhecimento dessas espécies mais utilizadas foi através das mulheres quilombolas em comparação com os homens, já que na maioria das vezes são as mulheres que preparam os medicamentos que um membro ou todos da família irão utilizar.

Durante o período de permanência na unidade básica de saúde foi possível observar que a procura por consulta e medicamentos era bastante reduzida, já que a população desta área preferia aguardar a visita domiciliar da equipe em sua residência. Durante as visitas, era comum o relato da utilização de algum medicamento à base de plantas, seja para tratar uma hipertensão, diabetes, infecção do trato urinário, gripes e dores abdominais, entre outros sintomas. Porém, ao serem perguntados a respeito do preparo desses medicamentos, notou-se uma certa resistência e sigilo por parte dos membros mais idosos da família.

Os dados mostrados através da experiência vivida junto desta comunidade, mostrou o quanto é grande e forte o conhecimento e a confiança deles nas espécies de plantas e nas receitas passadas de geração para geração na qual em sua grande maioria relatam melhora do quadro clínico após o consumo de chás e banhos. A vivência junto a comunidade

quilombola do Curiaú mostra o quanto é importante a escuta do profissional de saúde sobre os conhecimentos tradicionais e práticas de cura desses povos quilombolas ricos em tradições culturais, buscando valorizar mais suas práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de plantas medicinais faz parte da cultura da área quilombola assistida pela Estratégia Saúde da Família, em que foi percebido se passar por gerações, em que a comunidade protege as informações sobre seu manejo, em respeito à cultura local. O Estado do Amapá possui uma importante biodiversidade de povos que utilizam as plantas medicinais para tratamento da saúde, devendo assim, os profissionais estarem preparados para realizar o atendimento respeitando a cultura local e investigando quanto ao uso fitoterápicos na assistência à saúde.

Este uso deve ser conservado e difundido para que o conhecimento popular não se perca nas próximas gerações e seja conciliado ao conhecimento científico utilizado pelos profissionais dos serviços de saúde, sendo esta, uma forma acessível e eficiente para otimizar a prevenção e o tratamento de doenças e agravos à saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, J.S. et al. A fitoterapia no centro de saúde da família: Um olhar sobre práticas integrativas no VER-SUS. *Saúde em Redes*, v.4, n.1, p.193-204,2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/957>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 27.
3. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
4. 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. (Cadernos de Atenção Básica, n. 31). Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404127/>
5. 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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>

6. GOMES K. O et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n9/1829-1842/pt/>
7. SANTANA, Bruna Farias.; VOEKS, Robert A.; FUNCH, Ligia Silveira. Ethnomedicinal Survey of a Maroon Community in Brazil's Atlantic Tropical Forest. *Journal of Ethnopharmacology*. 2 ed. vol. 181. p.37-49. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2016.01.014>
8. SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>
9. SOUSA, I.M.C. Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na Atenção Primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. 06 de Maio de 2013. 128f. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Orientador: Bodstein, Regina Cele de Andrade. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13933/3/466.pdf.txt>
10. MONTELES, R.; PINHEIRO, B.U.C. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: Biodiversidade - V.14, N1, 2015 - pág. 160 uma perspectiva etnobotânica. *Revista de Biologia e Ciência da Terra*. v.7, n.2, p. 17-37. 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/rosa%20natalia/Downloads/2258-Texto%20do%20Artigo-6850-1-10-20150213%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/rosa%20natalia/Downloads/2258-Texto%20do%20Artigo-6850-1-10-20150213%20(2).pdf)
11. NIDIA, D. P et al. Effect of phyllanthus nirurion metabolic parameters of patients with kidney stone: a perspective for disease prevention. *Int Braz J Urol*, v. 44, p. 758-64, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ibju/v44n4/1677-6119-ibju-44-04-0758.pdf>

“ Uso do ozônio medicinal no tratamento de dores lombares

| Gabriel Luiz **Justin**
Estácio de Sá

| Giordana Demaman **Arend**
Estácio de Sá

| Gisele Damian Antônio **Gouveia**
Estácio de Sá

RESUMO

Com o aumento expressivo na necessidade de tratamentos que venham a completar ou substituir a biomedicina, iniciou-se uma procura por recursos não invasivos e com efeitos colaterais reduzidos ao organismo. O uso de ozônio medicinal para fins terapêuticos tem sido registrado desde o século XIX, muito utilizado nas Guerras Mundiais, e de grande interesse por diversas áreas da saúde. A ozônioterapia, tornou-se rapidamente um alvo de busca, seja para fins de estudos ou comprovar eficiência e eficácia; através de vários estudos pode-se ver que são raros os efeitos colaterais, e vários os benefícios a serem experimentados. Necessita-se ainda estudos que possam definir dose, duração e tipo de tratamento para cada finalidade.

Palavras-chave: Ozônio, Terapia, Dor Lombar, Práticas Complementares.

INTRODUÇÃO

A lombalgia é uma dor ou desconforto localizado na região das vértebras lombares que podem ou não estar acompanhado de dor glútea e/ou dor referida na perna. Quando essa dor ou desconforto lombar irradia para na perna ou glúteo é denominada de lombociatalgia (RIERA et al., 2019).

A lombalgia é um problema de saúde pública que tem se tornado comum em diversos países com a prevalência estimada de 12% entre adultos entre 40 e 80 anos, principalmente. A lombalgia ou lombociatalgia está entre 5^a e a 6^a causa de dor que afeta mais frequente a vida de um indivíduo, o que motiva, muita das vezes, a procura por um médico ou outro profissional da saúde. Podendo apresentar um quadro autolimitado que requer tratamento cirúrgico. No Brasil, os estudos evidenciam que uma parcela de 65% da população adulta, por ano, possui algum nível de desconforto lombar. (AWADE, 2012; CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS et al., 2018; DE ANDRADE et al., 2019).

Muitas pessoas têm procurado maneiras diferentes de tratar a lombalgia ou lombociatalgia. Atualmente, são utilizados questionários de qualidade de vida para se mensurar o quanto a dor lombar pode afetar a qualidade de vida das pessoas, outra estratégia que vem ganhando destaque nas práticas de cuidado de lombalgias são as práticas integrativas (RIERA et al., 2019).

As práticas integrativas são recursos terapêuticos ou racionalidades em saúde utilizados para prevenção, promoção, recuperação e tratamento de saúde. Foram institucionalizados no Sistema Único de Saúde, em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (BRASIL, 2006). Em 2018, a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 incluiu novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, entre elas o Ozônio Medicinal (BRASIL, 2018).

A ozônioterapia médica é uma prática em saúde, minimamente invasiva, que utiliza o Ozônio Medicinal. Essa prática produz uma melhora geral do metabolismo do oxigênio, auxilia a vasodilatação, promove a liberação de fatores de crescimento que auxiliam a regeneração de tecidos lesados, aumentando a perfusão tecidual, correção de isquemia e estase venosa, mostra uma melhora anti-inflamatória. Também, oferece ao paciente uma agradável sensação de bem-estar através da ativação do sistema neuroendócrino, a indução reflexa da liberação de endorfinas, e ação analgésica e antinociceptivo entre outras propriedades, e se associa a raros relatos de complicações. Com isso, a ozônioterapia torna-se um procedimento com bom potencial terapêutico, especialmente porque pode evitar muita das vezes técnicas invasivas como as cirurgias. (BOCCI et al., 2015; TOMAN et al., 2017).

O uso do ozônio medicinal no cuidado em saúde é amplamente estudado há mais de 150 anos. Existem relatos de seu uso na Primeira Guerra Mundial, onde o qual eram poucos

os recursos médicos. O ozônio medicinal foi muito utilizado como alternativa para tratar feridas e gangrenas gasosas pós-traumáticas, por sua ação antibactericida, anti-inflamatória e funções hemodinâmicas e analgésicas. (DE ANDRADE et al., 2019).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é mapear evidências, em pesquisas disponíveis até o momento, sobre a efetividade e segurança do Ozônio Medicinal no tratamento da lombalgia inespecífica e da lombociatalgia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de literatura sistematizada de estudos clínicos *in vitro*, *in vivo* ou humanos, que abordaram o uso do ozônio medicinal para o tratamento de lombalgia. Foram pesquisadas publicações disponíveis na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde/Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa. Foram excluídos artigos de opinião e editoriais, sendo selecionadas publicações em português, espanhol e inglês. Adotou-se combinações de palavras-chave e descritores como estratégia de busca, tais como: “*COMPLEMENTARY THERAPIES*” AND “*LOW BACK PAIN*”; “*OZONE*” AND “*LOW BACK PAIN*”; “*OZONE*” AND “*COMPLEMENTARY THERAPY*”; “*OZONE*” AND “*THERAPY*”.

RESULTADOS

Foram encontrados um total de 3.576 estudos na Biblioteca Virtual em Saúde/Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa, usando a combinação de palavras-chaves e descritores. Destes, foram excluídos 3534 estudos porque não se enquadravam nos critérios de procura. Assim, foram selecionadas 42 publicações para análise. Na leitura dos textos na íntegra foram excluídas mais 7 publicações que não se enquadraram nos critérios de avaliação, restando 35 artigos para análises de dados (Tabela 1).

Tabela 1.- Características dos estudos sobre Ozonioterapia na lombalgia, 2015-2020.

Autor, Ano	Título	Amostra do estudo	Principais desfechos
1 (MONRO et al., 2015)	Disc extrusions and bulges in nonspecific low back pain and sciatica: Exploratory randomized controlled trial comparing yoga therapy and normal medical treatment	Randomizado (n = 30) e controle (n = 31).	Testar os efeitos da terapia de ioga na dor e incapacidade associada a extrusões e protuberâncias do disco lombar.
2 (EGLI et al., 2015)	Long-term results of therapeutic local anesthesia (neural therapy) in 280 referred refractory chronic pain patients	Um total de 280 pacientes com dor crônica foram incluídos.	Após um ano, em 60 pacientes a dor era inalterado, 52 pacientes relataram uma ligeira melhora, 126 estavam consideravelmente melhores e 41 sem dor.
3 (FARBER; WIELAND, 2016)	MASSAGE FOR LOW-BACK PAIN	Os autores executaram um ensaio (61 participantes) incluído participantes com dor lombar aguda.	Os autores reconhecem que massagem não é um tratamento padronizado, e que os efeitos podem variar dependendo não apenas no protocolo escolhido, mas também na dose, a experiência do terapeuta e as necessidades clínicas específicas e prognóstico do paciente, entre outros fatores.
4 (HALL et al., 2016)	The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain A systematic review with meta-analysis	Compreende 10 estudos em um total de 1198 mulheres grávidas foram incluídos em esta meta-análise.	Atualmente, há evidências limitadas para apoiar o uso de terapias manuais complementares como uma opção para o tratamento dor lombar e pélvica durante a gravidez. Considerando a falta de efeito em comparação com intervenções simuladas, ainda mais de alta qualidade pesquisas são necessárias para determinar os efeitos causais, a influência do terapeuta na eficácia percebida dos tratamentos e dose-resposta adequada de terapias manuais complementares em resultados de dor lombar e pélvica durante a gravidez
5 (ROTHBERG; FRIEDMAN, 2017)	Complementary therapies in addition to medication for patients with nonchronic, nonradicular low back pain: a systematic review	Este estudo envolveu 473 pacientes com duração de 3 semanas ou menos. E mais 270 pacientes com lombalgia de início recente que apresentaram a um médico de família canadense.	Os principais resultados de interesse para esta análise foram melhoramento na dor lombar ou deficiência funcional relacionada à lombalgia. Avaliações de dor foram normalmente realizados usando escalas de avaliação de pacientes, como um exame visual uma escala de log ou uma escala de classificação numérica para dor
6 (SHIN et al., 2017)	Comparative effectiveness and cost effectiveness of Chuna manual therapy versus conventional usual care for nonacute low back pain: study protocol for a pilot multicenter, pragmatic randomized controlled trial (pCRN study)	Abrangeu 60 participantes.	Muitos estudos e projetos semelhantes ao estudo atual comparando a manipulação da coluna vertebral com outros tratamentos, como os cuidados habituais, ou como um tratamento complementar a outros tratamentos, como cuidado usual sozinho, evidência do efeito da coluna vertebral a terapia manipulativa não é conclusiva
7 (KIZHAKKEVEETIL et al., 2017)	Integrative Acupuncture and Spinal Manipulative Therapy Versus Either Alone for Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial Feasibility Study	Um total de 101 participantes do estudo foram recrutados de comunidades vizinhas ao local do estudo.	Os participantes em todos os 3 grupos experimentaram melhorias clinicamente significativas no resultado primário medidas; no entanto, nenhuma diferença entre os grupos nos resultados foi aparente. Estudos futuros devem incluir uma maior amostra para aumentar o poder de detecção de diferenças clinicamente significativas entre os grupos

	Autor, Ano	Título	Amostra do estudo	Principais desfechos
8	(ELDER et al., 2017)	Real-World Massage Therapy Produces Meaningful Effectiveness Signal for Primary Care Patients with Chronic Low Back Pain: Results of a Repeated Measures Cohort Study	Dos 104 pacientes inscritos, 85 e 76 completaram 12 e 24 semanas de coleta de dados, respectivamente.	Os resultados fornecem um sinal significativo de efeito de massagem para pacientes de cuidados primários com dor lombar crônica e chamada para mais pesquisas com configurações práticas usando designs pragmáticos com grupos de controle
9	(LIU et al., 2018)	Evidence for Dry Needling in the Management of Myofascial Trigger Points Associated with Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis	Envolveu 802 pacientes.	A evidência moderada mostrou que o agulhamento à seco de especialmente se associado a outras terapias, pode ser recomendado para aliviar a intensidade da DL no pós-intervenção;
10	(COULTER et al., 2018)	Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis	Nove ensaios (1.176 pacientes) forneceram dados suficientes.	Há evidências de qualidade moderada de que a manipulação e a mobilização são prováveis para reduzir a dor e melhorar a função de pacientes com dor lombar crônica; Programas multimodais podem ser uma opção promissora.
11	(JAHANTIQH et al., 2018)	Effects of Reiki Versus Physiotherapy on Relieving Lower Back Pain and Improving Activities Daily Living of Patients With Intervertebral Disc Hernia	Neste estudo de ensaio clínico, 60 pacientes foram incluídos.	Não houve diferença significativa nas AVD entre os Reiki e os grupos de fisioterapia pós-tratamento.
12	(WAYNE et al., 2018)	A Multidisciplinary Integrative Medicine Team in the Treatment of Chronic Low-Back Pain: An Observational Comparative Effectiveness Study	Um total de 156 pacientes com OCC (Osher Clinical Center) e 153 pacientes não OCC foram ativamente inscritos	Essas descobertas indicam claramente que as características da linha de base podem diferir entre aqueles que selecionam diferentes fontes de cuidados de saúde para dor lombar. Embora os benefícios da função não foram de grande magnitude, uma avaliação adicional pode ser necessária para testar se um modelo de atenção integrativa multidisciplinar.
13	(ELDER et al., 2018)	Comparative Effectiveness of Usual Care With or Without Chiropractic Care in Patients with Recurrent Musculoskeletal Back and Neck Pain	Dois grupos, que relataram previamente os sintomas em consultas anteriores (N = 70 referidos e 139 não referido)	Não encontramos diferenças estatisticamente significativas diferença entre os dois grupos em qualquer paciente relatado ou resultados econômicos.
14	(CHOU et al., 2018)	Patients perceived needs for allied health, and complementary and alternative medicines for low back pain: A systematic scoping review	Um total de 12120 pacientes envolvidos.	Nossos resultados sugerem que os pacientes podem precisar de mais evidências informadas informações sobre os mecanismos de Dor lombar e sua história natural e a eficácia das terapias atuais para esta. Um desenvolvimento e disseminação de diretrizes de prática clínica podem alinhar melhor suas expectativas de cuidados de saúde com as evidências.
15	(ALAYAT et al., 2019)	The effectiveness of high intensity laser therapy in the management of spinal disorders: A systematic review and meta-analysis	Um total de 750 participantes foram incluídos.	Foi considerada uma modalidade complementar para redução da dor e melhora da função em pacientes com distúrbios da coluna vertebral. A combinação com exercícios foi superior ao placebo, exercício sozinho.
16	(ANZOLIN; BERTOL, 2018)	Ozone therapy as an integrating therapeutic in osteoarthritis treatment: a systematic review	Em estudo que avaliou 220 pacientes tratados com 20 µg/mL de ozônio, 2 vezes por semana por 3 anos,	Nesse sentido, percebe-se a necessidade da regulamentação da ozonioterapia, não somente para o tratamento da osteoartrose, mas também de outras doenças, para que sejam definidas as concentrações eficazes, bem como o tempo de tratamento. Com a regulamentação do procedimento, outros nichos de pesquisa surgem, como por exemplo, máquinas ozonizadas e medidores das concentrações de ozônio em diferentes fluidos (ar, sangue, óleo, entre outros).

	Autor, Ano	Título	Amostra do estudo	Principais desfechos
17	(SILVA et al., 2020)	The effect of ozone therapy in root canal disinfection: a systematic review	Estudos <i>in vitro</i> com <i>E. faecalis</i> , <i>Candida albicans</i> , <i>Peptostreptococcus micros</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ,	Embora os estudos selecionados tinham limitações, alcançou-se uma avaliação metodológica satisfatória e moderada qualidade da evidência contribuindo para importantes informações preliminares formação em relação à terapia com ozônio. No que diz respeito à redução de carga de microrganismos para o paciente.
18	(CHIRCHIGLIA et al., 2019)	Suspected Pulmonary Embolism after Oxygen-Ozone Therapy for Low Back Pain	Uma mulher de 80 anos.	É possível de que a mistura de O2-O3 durante injeção intradiscal escorregou em uma veia, criando um gás êmbolo dentro do vaso. Infelizmente, não temos dados de autópsia para confirmar nossa hipótese
19	(CHIRINOS et al., 2019)	Factores de crecimiento ozonizados en el síndrome facetario lumbar	6665 casos de pacientes tratados	O uso de plasma rico ozonizado é uma técnica eficaz para diminuir a intensidade da dor quando é usado na síndrome da faceta lombar. Os graus de mobilidade articular da coluna lombar (flexão, extensão e inclinação) aumentam significativamente, pois as sessões de plasma rico ozonizado são realizadas consecutivamente. Fatores de crescimento ozonizados é uma técnica simples, eficaz e barata com efeitos adversos mínimos suaves.
20	(TOMAN et al., 2017)	Severe headache following ozone therapy: Pneumocephalus	Paciente do sexo feminino, 41 anos, com história de 5 anos de dor lombar.	No entanto, acreditamos que o ozônio direcionado para o espaço subaracnóideo por causa de punção epidural acidentalmente agiu como o ar e resultou em pneumocefalia. Em conclusão, dor de cabeça após o tratamento com ozônio, que atualmente é comumente usado para o tratamento de dor nas costas, não deve ser tomada de ânimo leve, e um diagnóstico diferencial de pneumocefalia deve ser considerado.
21	(GIURAZZA et al., 2017)	Intradiscal O2O3: Racional, Injeto Technique, Short- and Long-term Outcomes for the Treatment of Low Back Pain Due to Disc Herniation	10032 pacientes em 5 estudos	Em todos os casos, a seleção correta do paciente seguiu as indicações corretas para o tratamento representa a pedra angular para um resultado favorável. Nos sistemas de saúde onde o acesso aos cirurgiões de coluna é muito limitado, esta técnica pode fornecer benefícios significativos ao paciente
22	(CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS, 2015)	Radiofrecuencia pulsada (Rf) y ozono intradiscal en el alivio del dolor discogénico: experiencia en 51 casos	Um total de 51 pacientes com diagnóstico de dor discogênica com 8 meses de evolução.	Apesar da limitação do número de casos, a associação intradiscal e ozônio melhoraram os resultados e essa melhora foi percebida de forma positiva pelos pacientes, no entanto, teria sido interessante ter incluído testes de qualidade de vida e / ou funcionalidade.
23	(PERRI et al., 2015)	MRI DWI/ADC signal predicts shrinkage of lumbar disc herniation after O2–O3 discolysis	Cento e cinquenta e quatro pacientes que sofrem de lombociatalgia (89 homens e 65 mulheres; faixa etária, 23–62 anos) foram incluídos	O efeito de brilho T2 no DWI está presente antes da redução morfológica do disco e, além disso, pode ser considerado como um sinal preditivo de resposta ao tratamento com oxigênio-ozônio.
24	(YANG et al., 2018)	Acute prevertebral abscess secondary to intradiscal oxygen–ozone chemonucleolysis for treatment of a cervical disc herniation	Mulher de 67 anos de idade	O paciente foi tratado com sucesso com drenagem cirúrgica e antibiótico sistêmico e terapia sem cifose. Streptococcus intermedius foi detectado dentro do abscesso. Todos os sintomas, exceto o déficit sensorial na perna esquerda, foram aliviados. Conclusões: A segurança da oxigenoterapia intradiscal com ozônio requer avaliações adicionais.
25	(DE ANDRADE et al., 2019)	Efetividade da ozonioterapia comparada a outras terapias para dor lombar: revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados	366 participantes	A ozonioterapia usada por seis meses para alívio da dor lombar é mais efetiva do que outras terapias. Entretanto, esse resultado não é definitivo.

	Autor, Ano	Título	Amostra do estudo	Principais desfechos
26	(BABAEI-GHAZANI et al., 2019)	A Randomized Control Trial of Comparing Ultrasound-Guided Ozone (O2-O3) vs Corticosteroid Injection in Patients With Shoulder Impingement	Foram incluídos 30 pacientes (22 mulheres e 8 homens) completaram o estudo.	Este estudo demonstrou que um corticosteroide ou de uso único injeção de ozônio (O 2 -O 3) na bursa subacromial entre pacientes com choque no ombro podem melhorar sua dor e disponibilidade de habilidade.
27	(NOORI-ZADEH et al., 2019)	Intra-articular ozone therapy efficiently attenuates pain in knee osteoarthritic subjects: A systematic review and meta-analysis	Foram incluídos 419 Pacientes.	A terapia de ozônio intra-articular pode ser usada em combinação com outra terapia ou sozinho para osteoartrite do joelho e pode atrasar a substituição parcial ou total do joelho em pacientes que sofrem de osteoartrite primária ou secundária. Em conclusão, os resultados do presente estudo sugerem que o uso de injeção intra-articular de gás ozônio pode ser uma forma eficaz de aliviar dor crônica associada a doenças
28	(LI et al., 2020)	Selective nerve root injection of ozone for the treatment of phantom limb pain	Foram relatados 3 casos: um homem de 68 anos, uma mulher de 48 anos e um homem de 46 anos.	A dor no coto foi bem controlada pela injeção seletiva de ozônio na raiz nervosa combinada com injeção de ozônio nos pontos de sensibilidade do coto. Anteriores estudos clínicos indicaram que o gânglio da raiz dorsal pode ser o alvo para o tratamento da dor.
29	(CHIRINOS; MORAL, 2017)	Dolor lumbar somático tratado con Terapia neural y ozono para-vertebral	Um total de 60 pacientes foram selecionados de ambos os sexos entre as idades de 18 a 60anos,	Terapia neural lombar usando procaína e lidocaína com ozônio, provou ser igualmente eficaz na lombalgia somática. Não observado mudanças hemodinâmicas estatisticamente significativo em ambos os grupos.
30	(VALDÉS LLERENA; VELÁZQUEZ GONZÁLEZ; AGUADO BARRENA, 2017)	Técnicas percutâneas con ozono en el quiste facetario lumbar: serie de casos	Os três pacientes foram submetidos à aspiração percutânea sob visão fluoroscópica do cisto.	Os três pacientes permaneceram indolores ou com dor leve (VAS: 0-2 pontos.) e (PROLO modificado: 2pts) nas avaliações subsequentes. Evolucionário NMR da coluna vertebral foi repetido lombossacral com a mesma técnica e foi verificado o desaparecimento do cisto
31	(OZTURK et al., 2018)	An experimental study on the preventive effects of N-acetyl cysteine and ozone treatment against contrast-induced nephropathy	Trinta ratos Wistar machos adultos	O tratamento com N-acetilcisteína e ozônio pode aliviar a bioquímica e efeitos deletérios histopatológicos da nefropatia induzida por contraste via aumento de capacidade antioxidante total e diminuição do estresse oxidativo.
32	(TORTELLI; SARAIVA; MIYAGAKI, 2019)	Effectiveness of acupuncture, ozonio therapy and low-intensity laser in the treatment of temporomandibular dysfunction of muscle origin: a randomized controlled trial	Doze professores e alunos da Universidade de Passo Fundo.	Pode-se considerar que todos os tratamentos foram capazes de diminuir a dor e melhorar a capacidade de abertura bucal máxima relacionadas à DTM muscular. Pode-se concluir ainda que a qualidade de vida relacionada à DTM, em relação a variável dor, de uma maneira geral mostrou-se efetiva quando comparada antes e após as intervenções.
33	(HALL et al., 2016)	Effect of high-frequency bio-oxidative ozone therapy for masticatory muscle pain: a double-blind randomized clinical trial	Um número total de 40 com idade média de 31,7	A terapia com ozônio diminuiu a intensidade da dor significativamente desde o início do 1 mês aos 3 meses no Grupo Ozônio (OG) em comparação com o Grupo Placebo (PG).
34	(ROWEN; ROBINS, 2019)	Ozone Therapy for Complex Regional Pain Syndrome: Review and Case Report	Uma jovem de 11 anos de idade.	Ela voltou para a escola sem sintomas um ano depois de começou e tem permanecido sem sintomas desde então.

Autor, Ano	Título	Amostra do estudo	Principais desfechos
35 (BHATIA et al., 2019)	Percutaneous Ozone Treatment for Herniated Lumbar Discs: 1-Year Follow-up of a Multicenter Pilot Study of a Handheld Disposable Ozone-Generating Device	Um total de 39 pacientes com hérnia de disco lombar contida receberam tratamento com oxigênio-ozônio em 1 de 3 centros de saúde.	Com 1, 6 e 12 meses após o tratamento, os pacientes experimentaram melhorias significativas na dor e na função, bem como diminuiu significativamente o uso de medicação analgésica. Tomados em conjunto com a ausência de eventos adversos no acompanhamento de 1 ano, esses dados sugerem que o tratamento com oxigênio-ozônio é uma terapia segura e eficaz para hérnia de disco contida.

Realizou-se uma leitura crítica, selecionando os artigos descritos na Tabela 1, observando-se os critérios para avaliação de eficácia do uso de terapias complementares em ênfase na ozonioterapia, e os efeitos adversos que alguns relatam no uso da técnica estudada.

Em relação às publicações, observou-se critérios diferentes para avaliação de eficácia do uso de prática complementar em ênfase na ozonioterapia, bem como os efeitos adversos relatados no uso da técnica estudada ou com desfecho incompleto e/ou nenhuma melhoria e/ou inconclusivos

Registraram-se 21 estudos com desfecho positivo ao uso de ozonioterapia (MONRO et al., 2015; EGLI et al., 2015; KIZHAKKEVEETTIL et al., 2017; LIU et al., 2018; JAHANTIQH et al., 2018; ALAYAT et al., 2019; ANZOLIN; BERTOL, 2018; SILVA et al., 2020; CHIRINOS et al., 2019; CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS, 2015; GIURAZZA et al., 2017; PERRI et al., 2015; YANG et al., 2018; DE ANDRADE et al., 2019; BABAEI-GHAZANI et al., 2019; NOORI-ZADEH et al., 2019; CHIRINOS; MORAL, 2017; VALDÉS LLERENA; VELÁZQUEZ GONZÁLEZ; AGUADO BARRENA, 2017; LI et al., 2020; ROWEN; ROBINS, 2019; BHATIA et al., 2019).

6 estudos com citações de efeitos adversos (ELDER et al., 2018; FARBER; WIELAND, 2016; COULTER et al., 2018; CHIRCHIGLIA et al., 2019; TOMAN et al., 2017; GIURAZZA et al., 2017).

8 estudos com desfecho incompleto e/ou nenhuma melhoria e/ou inconclusivos, (HALL et al., 2016; ROTHBERG; FRIEDMAN, 2017; SHIN et al., 2017; ELDER et al., 2017; WAYNE et al., 2018; CHOU et al., 2018; OZTURK et al., 2018; TORTELLI; SARAIVA; MIYAGAKI, 2019).

Outro dado importante evidenciado nos estudos foi a relutância para uso de ozonioterapia para uso injetável por médicos que usam a terapia tradicional. (TOMAN et al., 2017).

Destaca-se como principal receio, seria a ocorrência de uma embolia “aérea”. Porém esta é causada pelo gás que é composto por nitrogênio. O ozônio medicinal é 100% de oxigênio, um gás que será rapidamente metabolizado e absorvido pelos glóbulos vermelhos. (CHIRINOS; MORAL, 2017; PERRI et al., 2015).

DISCUSSÃO

Durante as últimas décadas, práticas em saúde que possam auxiliar um bem estar e melhora de pacientes vem sendo aplicada e infundida junto ou substituindo a biomedicina para tratamentos de dores, seja por opção do profissional que atende o paciente ou por procura do mesmo por alguma alternativa que venha lhe dar uma melhor qualidade de vida (BOCCI et al., 2015; GIURAZZA et al., 2017).

O estudo da ozonioterapia médica, exige um entendimento da área das Práticas Integrativas Complementares, campo este que vem construindo evidências para o uso por uma ampla gama de profissionais que lidam com os anseios da saúde.

A ação do ozônio medicinal está centrada na reação imunológica, principalmente nos monócitos e linfócitos T, os quais uma vez induzidos, iniciam a liberação de pequenas quantidades de citocinas, como por exemplo: interferon-gama (IFN- γ) fator de necrose tumoral (TNF) e interleucina-2 (IL-2). Estas citocinas auxiliam a atividade moduladora da inflamação e melhoram a oxigenação nos tecidos, em combinação com a indução da ativação de anticorpos e citocinas, ajudando a estruturar a resposta imunológica de combate a diversos tipos virais (EGLI et al., 2015; MONRO et al., 2015).

É utilizado nas lesões de vértebras com ou sem protusões, onde é aplicado diretamente na parte posterior mediana do disco vertebral lesionado, e no mesmo procedimento aplicasse no lado externo do disco, com auxílio de fluorometria para uma precisa localização do procedimento, ocasionando sobre o processo inflamatório um a desidratação, aliviando assim o incomodo causado pela lesão (CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS, 2015; CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS et al., 2018; GIURAZZA et al., 2017).

Em processos inflamatórios musculares e da rede de nervos ciáticos aplica-se com uma agulha hipodérmica um volume de 10mL em uma concentração de 10-20 $\mu\text{g/mL}$ ao longo dos pontos de lesão previamente detectados. Este, em contato com os fluidos corpóreos reage rapidamente, desencadeando várias reações no organismo, atraindo para o local de aplicação vários mediadores de defesa e inflamações presentes no organismo. Sem assim utilizar o sistema de metabolismo, o qual muitos compostos químicos utilizam. (BHATIA et al., 2019; BOCCI et al., 2015)

A técnica de ozonioterapia médica é planejada conforme a anamnese do profissional, definindo caso a caso o tempo de duração de tratamento, a concentração utilizada, e o conhecimento das técnicas empregadas, para-se ter um alívio das dores, redução das inflamações, redução considerada no uso oral dos analgésicos de via oral e intramuscular. (BHATIA et al., 2019; ROWEN; ROBINS, 2019).

CONCLUSÃO

Com este trabalho de pesquisa podemos ver o esforço de várias áreas, trabalhando em prol de uma alternativa que possa evitar o uso de medicamentos químicos, sejam eles corticoides, anti-inflamatórios, analgésicos e antipiréticos.

Utilizando os procedimentos ao longo dos anos, aprendeu-se muito com todos os estudos e trabalhos, que a ozonioterapia médica tem-se mostrado segura e eficaz, tornando-se do seu uso um grande aliado para sanar diversos problemas de saúde, com suas ações e benefícios, uma prática em grande evolução e possibilidades.

Com poucos estudos de casos que ligam efeitos adversos e colaterais ao uso de ozonioterapia em procedimentos lombares, com os desfechos na maioria das vezes inconclusivos, pois os mesmos não foram os únicos procedimentos invasivos nos pacientes em questão.

Pode-se indicar para estudos posteriores um estudo clínico, com duplo cego e fundamentado em normas éticas para melhor entendimento do uso da ozonioterapia, facilitando e auxiliando o profissional da saúde que irá indicar como terapias complementares ou substitutas às terapias convencionais.

■ REFERÊNCIAS

1. ALAYAT, M. S. M. et al. The effectiveness of high intensity laser therapy in the management of spinal disorders: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 32, n. 6, p. 869–884, 2019.
2. ANZOLIN, A. P.; BERTOL, C. D. Ozone therapy as an integrating therapeutic in osteoarthritis treatment: a systematic review. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 1, n. 2, p. 171–175, 2018.
3. AWADE, R. Ozonioterapia em lombociatalgia. **Revista Dor**, v. 13, n. 4, p. 396–396, 2012.
4. BABAEI-GHAZANI, A. et al. A Randomized Control Trial of Comparing Ultrasound-Guided Ozonal (O₂-O₃) vs Corticosteroid Injection in Patients With Shoulder Impingement. **American journal of physical medicine & rehabilitation**, v. 98, n. 11, p. 1018–1025, 2019.
5. BHATIA, A. et al. Percutaneous Ozone Treatment for Herniated Lumbar Discs: 1-Year Follow-up of a Multicenter Pilot Study of a Handheld Disposable Ozone-Generating Device. **Journal of Vascular and Interventional Radiology**, v. 30, n. 5, p. 752–760, 2019.
6. BLANCHETTE, M. A. et al. Effectiveness and economic evaluation of chiropractic care for the treatment of low back pain: A systematic review protocol. **Systematic Reviews**, v. 4, n. 1, p. 1–12, 2015.
7. BOCCI, V. et al. The usefulness of ozone treatment in spinal pain. **Drug Design, Development and Therapy**, v. 9, p. 2677–2685, 2015.

8. BÜSSING, A. et al. Treatment of chronic lower back pain: Study protocol of a comparative effectiveness study on yoga, eurythmy therapy, and physiotherapeutic exercises. **Complementary Medicine Research**, v. 25, n. 1, p. 24–29, 2018.
9. CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS, J. O. A. H. Alivio Del Dolor Discogénico : Experiencia En 51 Casos. **Revista Sociedad Española del Dolor**, v. 22, n. 1, p. 27–31, 2015.
10. CANOVAS, L. ALONSO, M. COUÑAGO, S. ROJAS, J. O. A. H. et al. Effectiveness of ozone therapy compared to other therapies for low back pain: a systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 18, n. 3, p. 1–12, 2018.
11. CHIRCHIGLIA, D. et al. Suspected Pulmonary Embolism after Oxygen-Ozone Therapy for Low Back Pain. **Journal of Neurological Surgery, Part A: Central European Neurosurgery**, v. 80, n. 6, p. 503–506, 2019.
12. CHIRINOS, A. et al. Factores de crecimiento ozonizados en el síndrome facetario lumbar. **Revista Digital de Postgrado**, v. 8, n. 3, p. e173, 2019.
13. CHIRINOS, A.; MORAL, E. DEL. DOLOR LUMBAR SOMATICO TRATADO CON TERAPIA NEURAL Y OZONO PARAVERTEBRAL. v. 6, n. 1, p. 38–45, 2017.
14. CHOU, L. et al. Patients' perceived needs for allied health, and complementary and alternative medicines for low back pain: A systematic scoping review. **Health Expectations**, v. 21, n. 5, p. 824–847, 2018.
15. COULTER, I. D. et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. **Spine Journal**, v. 18, n. 5, p. 866–879, 2018.
16. DE ANDRADE, R. R. et al. Effectiveness of ozone therapy compared to other therapies for low back pain: a systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 69, n. 5, p. 493–501, 2019.
17. EGLI, S. et al. Long-term results of therapeutic local anesthesia (neural therapy) in 280 referred refractory chronic pain patients. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 15, n. 1, 2015.
18. ELDER, C. et al. Comparative Effectiveness of Usual Care With or Without Chiropractic Care in Patients with Recurrent Musculoskeletal Back and Neck Pain. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 9, p. 1469–1477, 2018.
19. ELDER, W. G. et al. Real-World Massage Therapy Produces Meaningful Effectiveness Signal for Primary Care Patients with Chronic Low Back Pain: Results of a Repeated Measures Cohort Study. **Pain medicine (Malden, Mass.)**, v. 18, n. 7, p. 1394–1405, 2017.
20. FARBER, K.; WIELAND, L. S. Massage for Low-back Pain. **Explore**, v. 12, n. 3, p. 215–217, 2016.
21. GIURAZZA, F. et al. Intradiscal O2O3: Rationale, Injection Technique, Short- and Long-term Outcomes for the Treatment of Low Back Pain Due to Disc Herniation. **Canadian Association of Radiologists Journal**, v. 68, n. 2, p. 171–177, 2017.
22. HALL, H. et al. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain A systematic review with meta-analysis. **Medicine (United States)**, v. 95, n. 38, 2016.

23. HU, X. et al. Effects of exercise therapy for pregnancy-related low back pain and pelvic pain: A protocol for systematic review and meta-analysis. **Medicine (United States)**, v. 99, n. 3, p. 1–7, 2020.
24. JAHANTIQH, F. et al. Effects of Reiki Versus Physiotherapy on Relieving Lower Back Pain and Improving Activities Daily Living of Patients With Intervertebral Disc Hernia. **Journal of Evidence-Based Integrative Medicine**, v. 23, p. 1–5, 2018.
25. KIZHAKKEVEETTIL, A. et al. Integrative Acupuncture and Spinal Manipulative Therapy Versus Either Alone for Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial Feasibility Study. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 40, n. 3, p. 201–213, 2017.
26. LI, J. et al. Selective nerve root injection of ozone for the treatment of phantom limb pain: Three case reports. **Medicine**, v. 99, n. 16, p. e19819, 2020.
27. LIU, L. et al. Evidence for Dry Needling in the Management of Myofascial Trigger Points Associated With Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 99, n. 1, p. 144- 152.e2, 2018.
28. LORENC, A. et al. Scoping review of systematic reviews of complementary medicine for musculoskeletal and mental health conditions. **BMJ Open**, v. 8, n. 10, 2018.
29. MONRO, R. et al. Disc extrusions and bulges in nonspecific low back pain and sciatica: Exploratory randomised controlled trial comparing yoga therapy and normal medical treatment. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 28, n. 2, p. 383–392, 2015.
30. NOORI-ZADEH, A. et al. Intra-articular ozone therapy efficiently attenuates pain in knee osteoarthritic subjects: A systematic review and meta-analysis. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 42, n. November 2018, p. 240–247, 2019.
31. OZTURK, O. et al. An experimental study on the preventive effects of N-acetyl cysteine and ozone treatment against contrast-induced nephropathy. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 33, n. 6, p. 508–517, 2018.
32. PERRI, M. et al. MRI DWI/ADC signal predicts shrinkage of lumbar disc herniation after O2-O3 discolysis. **Neuroradiology Journal**, v. 28, n. 2, p. 198–204, 2015.
33. RIERA, R. et al. O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso das 10 novas práticas de medicina integrativa incorporadas ao Sistema Único de Saúde. **Diagn. tratamento**, v. 24, n. 11, p. [25-36], 2019.
34. ROTHBERG, S.; FRIEDMAN, B. W. Complementary therapies in addition to medication for patients with nonchronic, nonradicular low back pain: a systematic review. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 35, n. 1, p. 55–61, 2017.
35. ROWEN, R. J.; ROBINS, H. Ozone Therapy for Complex Regional Pain Syndrome: Review and Case Report. **Current Pain and Headache Reports**, v. 23, n. 6, 2019.
36. SHIN, B. C. et al. Comparative effectiveness and cost-effectiveness of Chuna manual therapy versus conventional usual care for nonacute low back pain: Study protocol for a pilot multicenter, pragmatic randomized controlled trial (pCRN study). **Trials**, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2017.
37. SILVA, E. J. N. L. et al. The effect of ozone therapy in root canal disinfection: a systematic review. **International Endodontic Journal**, v. 53, n. 3, p. 317–332, 2020.

38. TOMAN, H. et al. Severe headache following ozone therapy: Pneumocephalus. **Agri**, v. 29, n. 3, p. 132–136, 2017.
39. 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. 1–12, 2020.
40. TORTELLI, S. A. C.; SARAIVA, L.; MIYAGAKI, D. C. Effectiveness of acupuncture, ozonio therapy and low-intensity laser in the treatment of temporomandibular dysfunction of muscle origin: a randomized controlled trial. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 48, 2019.
41. VALDÉS LLERENA, R.; VELÁZQUEZ GONZÁLEZ, K.; AGUADO BARRENA, O. Técnicas percutáneas con ozono en el quiste facetario lumbar: serie de casos. **Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación**, v. 16, n. 2, p. 69–75, 2017.
42. WAYNE, P. M. et al. A multidisciplinary integrative medicine team in the treatment of chronic low-back pain: An observational comparative effectiveness study. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 24, n. 8, p. 781–791, 2018.
43. YANG, C. S. et al. Acute prevertebral abscess secondary to intradiscal oxygen–ozone chemonucleolysis for treatment of a cervical disc herniation. **Journal of International Medical Research**, v. 46, n. 6, p. 2461–2465, 2018.

SOBRE O ORGANIZADOR

Prof. Me. Silvio de Almeida Junior

Doutorando em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca com ênfase em Terapias Integrativas e Complementares. Mestre em Ciência Animal pela Universidade de Franca desenvolvendo trabalhos com produtos naturais e suas atividades biológicas (inflamação, analgésica e imunomoduladora) associadas ou não a nanopartículas. Especialista em Ludicidade e Psicopedagogia com trabalhos na área de desenvolvimento cognitivo e motor de idosos institucionalizados. Graduado em Biomedicina com iniciação científica em toxicologia e mutagênese. Experiência clínico-laboratorial (análises clínicas, histopatologia, citologia), docência em cursos da saúde (Farmacologia / Patologia / Fisiologia), ensaios pré-clínicos (toxicologia, genética, farmacologia, inflamação, analgesia, iNos e estatística). Membro do Consorcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. cursando Biologia (formação de professores), especialização em Acupuntura e Estética. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1260811516811618>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acupuntura: 15, 33, 38, 40, 41, 129, 130, 226, 317

Ansiedade: 38, 209

Antropologia Essencial: 104

Aromaterapia: 204, 228

Atenção Básica: 102, 186

Auriculoterapia: 123, 125, 127, 130, 190, 212, 227

B

Brinquedo: 55, 62

C

Constelação: 14, 186, 188

Covid: 219

Criança: 62, 80

Cromoterapia: 204, 214, 215, 216, 219

D

Dor Lombar: 264, 271, 304, 308

E

Educação: 24, 30, 79, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 121, 145, 152, 210, 223, 234, 244, 245, 247, 254, 255, 257, 261, 262, 284, 299

Educação Estética: 103, 104, 121

Eletroacupuntura: 123, 125, 127, 129, 130

Energia: 46, 129, 207, 237, 239, 240

Enfermagem em Saúde Comunitária: 64

Esclerodermia: 132, 133, 140, 141, 142

Estratégia Saúde da Família: 170, 171, 183

F

Fan: 133

Fitoterapia: 197, 222, 229, 301

G

Gastrointestinais: 133

H

Hidroterapia: 144, 152

Hipertensão: 22, 32, 158

Homeopatia: 15, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 230, 274, 275, 278, 282, 283, 284

Hospitalização: 155, 166, 169

I

Inovação: 101, 155, 157, 180

M

Manipulação Osteopática: 264

Masculino: 133

Medicina Complementar: 204

Melasma: 123

N

Natal: 64, 66, 69, 71, 72, 77, 78, 79, 80, 284

O

Oncologia: 58

Osteopatia: 218, 264, 265, 266, 270

Ozônio: 304, 305, 306, 310

P

Pediatria: 45, 52

Perfil dos Usuários: 197

Pet: 104

Pics: 219

Plantas Medicinais: 202, 222, 284, 292, 294, 298, 302

Povos Tradicionais: 294

Práticas Integrativas: 152, 186, 195, 203, 204, 205, 220, 284, 294

Psicologia Biodinâmica: 236, 242

Psique: 237

Q

Qualidade de Vida: 22, 30, 31, 32

Questionários: 22

R

Relações Familiares: 186

Revisão: 79, 150, 151, 166

S

Saúde: 12, 13, 14, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 41, 45, 47, 50, 51, 52, 53, 64, 65, 66, 67, 69, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 141, 145, 155, 156, 157, 158, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 181, 182, 183, 184, 188, 190, 193, 194, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 208, 209, 211, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 234, 235, 242, 265, 266, 271, 274, 275, 276, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289, 292, 294, 295, 296, 297, 299, 301, 302, 305, 306, 315, 317

Saúde Bucal: 197

Saúde Mental: 27, 29

Soma: 237, 242

T

Terapia: 14, 218, 232, 304, 310

W

Watsu: 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153

Y

Yoga: 204, 211, 218, 231



follow us



www.editoracientifica.org

contato@editoracientifica.org

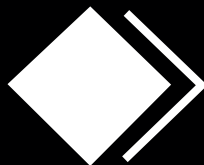
ISBN 978-658719661-9



9

786587

196619



editora científica