



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: conceitos, históricos, aplicações e formações vol. I

Organizadores: Rafael Carvalho da Silva Mocarzel e Carolina Goulart Coelho

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE:
conceitos, históricos, aplicações e formações
vol. I**

**Rafael Carvalho da Silva Mocarzel
Carolina Goulart Coelho
(Organizadores)**

**EDITORA DA UNIVERSIDADE DE VASSOURAS
Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil
2023**

DEDICATÓRIA

Homenagem póstuma (*in memoriam*) a Marco Antonio Vaz Capute.

O Excelentíssimo Presidente da Fundação Educacional Severino Sombra (FUSVE) cursou graduação em Engenharia Elétrica e especialização em *Marketing*. Em vida, construiu uma carreira de sucesso na icônica Petrobras, onde ingressou por concurso público em 1979. Já em 2012, foi eleito Presidente da Fundação Educacional Severino Sombra (FUSVE), mantenedora da Universidade de Vassouras e do Hospital Universitário de Vassouras (HUV). Graças a sua visão de vanguarda e uma gestão zelosa e dedicada, recuperou a saúde financeira da instituição e de fato liderou a sua expansão. Durante sua gestão houve a expansão massiva da instituição para outras cidades, como Miguel Pereira, Maricá e Saquarema (sem citar projetos que estavam em andamento). Não obstante, ainda foram criados o Centro Integrado de Saúde e um dos maiores centros de convenções do Brasil, o Centro de Convenções General Sombra. Não é equivocado dizer que, graças aos seus esforços, o novo HUV se tornará em breve o maior hospital universitário do Brasil.

Nessa perspectiva, se hoje a Universidade de Vassouras abraça e apoia este projeto de pesquisa em prol da saúde e educação brasileira, muito disso envolve a dedicação do nosso nobre e agora saudoso Presidente. Nossa eterna gratidão, Professor Capute!

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a cada pessoa que busca, nem que seja por um estante, dedicar um pouco do seu tempo, de sua saúde e de seu esforço para cuidar do próximo de forma carinhosa e acolhedora, ajudando as pessoas em seus momentos de maior fragilidade.

Esta obra contou com ajuda de muitos profissionais que desde cedo se comprometeram em colaborar com a nobre causa que a mesma busca fortalecer. Dentre esses profissionais, destacamos a seguir alguns nomes que ajudaram na aproximação de outros profissionais especializados com o tema. Nosso muito obrigado às professoras Adriana Prestes do Nascimento Palú, Magda Ribeiro de Castro e Yolanda Flores e Silva. Estendemos nossos agradecimentos também ao Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) que fez indicações de alguns profissionais que vieram a integrar esta obra.

Não obstante, agradecemos aos apoiadores internos da Universidade de Vassouras, mais especificamente aos respectivos coordenadores do curso de Educação Física dos *campi* Vassouras e Maricá, Paulo Caminha e Sávio Luís Oliveira da Silva e a coordenadora de Pesquisa e Extensão do *campus* Maricá Michele Teixeira Serdeiro.

Por fim, agradecemos aos incentivos e apoios da Universidade de Vassouras para a produção desta pesquisa e organização e confecção desta obra acadêmica em prol da saúde e educação brasileira.

EPIGRAFE

“Nosso cuidado não deve ser o de viver muito, e sim, o de viver bem, porque o primeiro depende do destino, e o segundo da conduta”.

SÊNECA, filósofo e dramaturgo romano (4 a.C. – 65 d.C.)

PREFÁCIO I

Este livro apresenta e tece relações entre as 29 práticas elencadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para participarem das ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma obra de fôlego em termos da quantidade e da qualidade das informações apresentadas. Trata-se, ainda, de uma produção bibliográfica fundamental para marcar o evento significativo das Práticas Integrativas e Complementares na cultura contemporânea brasileira.

No início dos anos e 1990, quando a distinção entre as racionalidades médicas e as terapêuticas não biomédicas estava sendo fundamentada na pesquisa histórica, epistemológica, sociológica e clínica brasileira, não se imaginava que em três décadas haveria tamanho crescimento. Naquele tempo havia um importante movimento holístico em nichos específicos de produção de conhecimento da sociedade civil, que discutia a resignificação das práticas de cuidado, porém nos circuitos holísticos a pesquisa científica brasileira era pontual e quase inexistente, de forma que os debates e eventos aconteciam distante da vida acadêmica.

Nesses trinta anos o movimento holístico e suas críticas ao reducionismo do modelo de cuidado da medicina ocidental contemporânea cresceu na sociedade brasileira como um todo, porém, a maior expansão se deu no âmbito da investigação científica sobre as racionalidades médicas e as terapêuticas não biomédicas. No período das últimas três décadas houve importante ampliação de grupos responsáveis pelo desenvolvimento de projetos de pesquisa nos programas de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* de importantes instituições de ensino superior públicas e privadas no Brasil.

Naquele tempo, contavam-se nos dedos os poucos orientadores interessados na temática da pesquisa sobre as racionalidades médicas e as terapêuticas não biomédicas, também, naquele tempo, contavam-se nos dedos os poucos pós-graduandos desenvolvendo pesquisas sobre temas específicos dessa temática. Faço esse registro histórico, menos por saudosismo, e mais para destacar e valorizar o conjunto de autores que compõe essa coletânea. São muitos, com múltiplas formações, com percursos acadêmicos diversos e envolvidos na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão comunitária do campo da saúde. Os textos que cada um e todos apresentaram foram construídos de maneira empírica e reflexiva, a partir de interações entre quem cuida e quem recebe o cuidado, entre quem ensina e quem é ensinado, entre, enfim, todos os que se abrem para experimentar encontros de aprendizagem mútua.

No primeiro tomo da coletânea diferentes autores apresentam cada uma das 29 Práticas Integrativas e Complementares presentes no Sistema Único de Saúde. Seus textos, de caráter histórico-epistêmico sobre a criação de cada prática, deixam ver que o mais comum no conjunto das 29 práticas são as diferenças. Com isso identifica-se no primeiro volume o essencialismo estratégico adotado para fundamentar o conceito de Práticas Integrativas e Complementares no campo da saúde no Brasil. Em outras palavras, é possível identificar que as 29 práticas têm em comum, essencialmente, o fato de não serem biomédicas. Além desse traço comum, adotado como uma estratégia para efeito de distinção das práticas de cuidado desse conjunto em relação às práticas biomédicas, observa-se haver muito mais diferenças que comunalidades entre elas.

No balanço geral dessas três décadas é possível observar muito mais vantagens que desvantagens em relação a este essencialismo estratégico adotado. Porém, no contexto atual, quando o primeiro volume dessa coletânea perfila todas as 29 práticas, é possível observar o temário de pesquisa das próximas décadas, qual seja: mesmo apoiados no essencialismo estratégico do conceito de Práticas Integrativas e Complementares devemos explorar as

diferenças entre as 29 práticas para, por um lado, fundamentar sua melhor aplicabilidade nos distintos níveis de atenção do Sistema Único Brasileiro e, por outro, identificar quais os “método-lógicos” mais adequados para produzir evidências sobre as suas positivities para o cuidado, prevenção e promoção da saúde.

Percorrido o primeiro tomo alcança-se no segundo volume da coletânea uma coleção de textos sobre experiências de atenção, pesquisa, ensino e extensão, com muitas das 29 Práticas Integrativas e Complementares. No conjunto dos dois volumes, são apresentados seis capítulos sobre acupuntura; cinco sobre yoga; três sobre aromaterapia, arteterapia, plantas medicinais/fitoterapia, meditação e musicoterapia; dois sobre geoterapia; e um capítulo sobre antroposofia, apiterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, naturologia/naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, reflexologia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais e termalismo.

Se os capítulos histórico-epistêmicos do primeiro volume apresentam as 29 Práticas, os capítulos do segundo volume avançam na discussão sobre a implantação e implementação dessas Práticas nos diferentes cenários de ensino, pesquisa e extensão universitária no Brasil. Nesses capítulos são descritos contextos múltiplos e contingentes das Práticas Integrativas e Complementares nos diferentes polos de ensino e de assistência do Sistema Único de Saúde. Para construir o traço comum entre as diferentes práticas adotamos, como se viu, um essencialismo estratégico, porém para discutir crítico-reflexivamente o lugar dessas Práticas no sistema nacional de saúde brasileiro adotaram-se as contingências de cada território, cada nível de atenção, cada fim objetivo para o uso das Práticas Integrativas e Complementares.

De muitas maneiras os capítulos do segundo volume anunciam passos que já vêm sendo dados para refletir sobre os resultados do uso das Práticas Integrativas e Complementares no complexo formado pelo ensino-pesquisa-extensão no campo da saúde. Dada a multiversidade dos usos dessas Práticas anunciam-se resultados que podem ser esperados, mas, também, a perspectiva de que não se tem garantia de que tais resultados vão ocorrer da mesma forma em todos os territórios do campo da saúde.

Gostaria de encerrar esse prefácio celebrando o fato de que os dois volumes dessa coletânea são iniciados com capítulos escritos por Madel Luz, que forjou o constructo sociológico das Racionalidades Médicas e sustentou o movimento social das Práticas Integrativas e Complementares no campo da saúde no Brasil ao longo das últimas décadas. Essa SÁBIA MESTRA e muitos seguidores dela compuseram essa importante coletânea, que registra na cultura contemporânea alargamentos das fronteiras do cuidado e que deve ser lida por todos aqueles usuários, trabalhadores, gestores, estudantes, professores e pesquisadores interessados em cuidar mais e melhor de cada uma e todas as pessoas.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Professor Titular da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp)

Outono de 2023

PREFÁCIO II

Caro leitor,

É um enorme prazer prefaciá-la esta obra pioneira, composta de dois volumes, com enorme transferência de conhecimentos, de diversos autores e pesquisadores renomados, em mais de 15 estados, que contemplam o conceito e modelos de implementação das Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PICs), no que tange a prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e centrado na integralidade do indivíduo.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, preconizada nas Portarias Interministeriais nº 971 de 03 maio de 2006 e nº 1.600 de 17 de julho de 2006, contribuiu para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Foi mais um passo no processo de concretizar a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à Saúde no Brasil.

Os diversos temas e pesquisas apresentados nessa obra traduzem a importância, acesso e eficácia das práticas de Homeopatia / Aromaterapia / Arteterapia / Musicoterapia / Plantas Medicinas e Fitoterapia / Medicina Antroposófica / Ayrveda / Apiterapia / Acupuntura dentre outras.

A grandeza ao estimular as ações referentes ao controle e participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde, é um enorme avanço ao que chamamos de saúde.

A incorporação do tema nos currículos dos cursos de graduação, leva ao entendimento e compreensão de profissionais mais humanizados e empáticos. Demonstrando que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania.

Vocês encontrarão nessa coletânea, um universo de experiências e conhecimento.

Obrigada pela oportunidade!

Profª M.Sc. Denize Duarte Celento
Pró-Reitora de Saúde da Universidade de Vassouras

PREFÁCIO III

Cresce o número de pessoas nos consultórios médicos, nos hospitais e nos laboratórios clínicos. Nestes locais, e em vários outros do nosso cotidiano, discutir sobre o que é saúde virou um hábito. Pensar sobre o estado de normalidade de funcionamento do organismo humano e como viver com boa disposição física e mental tornou-se um elemento cultural que expressa as características da nossa sociedade. Neste sentido, tanto o conceito de saúde quanto suas representações, seus saberes e suas práticas passam a ser

formulados segundo nossos aspectos culturais, variando no tempo e no espaço e na ampla diversidade econômica e social que nos cerca.

O Sistema Único de Saúde (SUS) avança e se consolida cada vez mais, traçando importante rumo para as políticas públicas de saúde no Brasil. A aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, em 2006, trouxe redemocratização para a saúde numa perspectiva de fortalecimento de práticas e de ampliação do acesso a estas.

Este livro sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, organizado pelos professores Rafael Mocarzel e Carolina Coelho da Universidade de Vassouras (*campus Maricá*), mostra claramente a importância da pesquisa científica para a (re)construção da lógica terapêutica. Os trabalhos aqui apresentados, conduzidos sob o rigor do método científico, mostram que ciência e tecnologia são fatores-chave para melhorar a qualidade da saúde no país. Fica claro, também, que o futuro das pesquisas depende diretamente do incentivo e dos investimentos em projetos, tecnologias e recursos que suportem as demandas dos pesquisadores e garantam a qualidade das pesquisas e das publicações científicas.

Torna-se, portanto, gratificante apresentar a obra "Práticas Integrativas e Complementares em Saúde", fruto do trabalho de autores das cinco regiões do país. Este livro é um trabalho pioneiro e traz uma abordagem multidisciplinar sobre um tema que tem ganhado cada vez mais relevância no cenário mundial.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são reconhecidas como importantes alternativas para o tratamento e a prevenção de doenças. Estas práticas compreendem um conjunto de terapias que se utilizam do conhecimento tradicional, associadas aos conhecimentos científicos da medicina moderna. Estas têm sido cada vez mais utilizadas e procuradas pelos pacientes, que buscam uma abordagem mais integrada e holística em relação à sua saúde.

É preciso ressaltar que ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito à pesquisa acadêmica sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. É fundamental que haja um investimento maior das universidades brasileiras nesta área, para que possamos ampliar o conhecimento e aprimorar as práticas, com base em evidências científicas. A Universidade de Vassouras, atenta a estas questões, encoraja e apoia seus pesquisadores a pensarem estes recursos terapêuticos, buscando resolver

problemas na prevenção de doenças, na recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos indivíduos e da coletividade.

Este livro é um importante passo nessa direção, pois traz uma visão ampla e atualizada sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, por meio de uma abordagem multidisciplinar que envolve profissionais de diversas áreas. Os capítulos apresentam estudos e reflexões sobre diversas práticas, como a fitoterapia, a aromaterapia e a acupuntura, entre outras, e trazem importantes contribuições para a compreensão dessas terapias.

Espero que esta obra seja um estímulo para que mais pesquisas e estudos sejam realizados sobre este tema, contribuindo para o desenvolvimento de uma medicina mais integrada e efetiva, que possa beneficiar a população brasileira como um todo.

Parabenizo os autores e os organizadores por este importante trabalho, que certamente será uma referência na área.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade de Vassouras

APRESENTAÇÃO DA OBRA

A presente obra se debruça sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Surgiu da ideia de um projeto único sobre a temática que se desdobrou em dois volumes sobre a área diante da crescente procura por estas práticas na contemporaneidade e, ao mesmo tempo, pela carência de literatura robusta para sua fundamentação e como fonte de pesquisa.

Foram reunidos pesquisadores atuantes no campo das PICS que são referências em suas respectivas áreas de estudo e atuação de todas as cinco regiões brasileiras. Temos assim, uma obra que contempla e que representa os diversos profissionais de todo o país. Ressaltamos que dentre os participantes desta obra, encontram-se profissionais oriundos de diferentes áreas de formação, como Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, dentre outras, evidenciando a multi e interdisciplinaridade das PICS.

As PICS vêm ganhando destaque na sociedade e fazem parte da grade curricular de vários cursos superiores e pós-graduação da área da saúde. Estas são áreas de pesquisa e atuação reconhecidas pelo Sistema Único de Saúde do Brasil, mas talvez por uma forte tradição e cultura da medicação alopática no país, ainda carecem de maiores referenciais bibliográficos confiáveis, que por sua vez, propiciariam significativos suportes e alicerces acadêmico-científicos para as mesmas.

Neste volume I, uma PICS é apresentada a cada capítulo, bem como seus conceitos, históricos, formações e aplicações, sendo escrito por um ou mais autores, promovendo assim, uma obra de construção coletiva, atualizada e que se configura como uma referência sobre a temática, contribuindo para a divulgação, fundamentação destes saberes para a formação de profissionais.

As PICS compreendem diversas áreas integrantes do campo da saúde possibilitando uma atuação multi e interdisciplinar de maneira significativa na promoção da saúde e qualidade de vida da população brasileira, respeitando o entendimento salutar do *holos*. Entendimento este milenar e presente principalmente nas culturas orientais, o holismo pontua a visão do ser integrado, não devendo ser observado de forma avulsa e fragmentada, envolvendo assim seu corpo, mente, relações sociais, emoções e afins.

Esta obra se faz relevante ao dar luz, visibilidade e voz a diferentes campos da saúde e aos diferentes saberes que constituem as PICS e se encontra na vanguarda sobre a temática, como uma obra pioneira sobre o assunto no país.

Sumário

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUALIDADE DO TEMA PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES AOS SISTEMAS MÉDICOS DE SAÚDE.....	15
Madel Therezinha Luz.....	15
ACUPUNTURA COMO RECURSO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA PARA REABILITAÇÃO..	22
Arthur de Sá Ferreira.....	22
Sileyda Christina maia Costa.....	22
ANTROPOSOFIA: UMA ESCOLHA TERAPÊUTICA PARA O CORPO, MENTE E ESPÍRITO.....	34
Yolanda Flores e Silva.....	34
APITERAPIA.....	49
Cassia Regina Alves Pereira.....	49
Carlos Tadeu Portugal Costa.....	49
AROMATERAPIA: O OLFATO COMO CAMINHO PARA O OLHAR INTEGRAL DO SER HUMANO... 63	
Fabiana de Oliveira Biazão.....	63
Eleine Aparecida Penha Martins.....	63
ARTETERAPIA: CORPO, EXPRESSÃO E SAÚDE.....	81
Jefferson Pessoa Hemerly.....	81
Magda Ribeiro de Castro.....	81
PRINCÍPIOS DO AYURVEDA PARA A SAÚDE HUMANA.....	98
Diéssica Roggia Piexak.....	98
Anaíse Rodrigues Andrade Shigue.....	98
BIODANZA: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	111
Maria Angelina Pereira.....	111
Marina Borges Silveira.....	111
Zulmira Áurea Cruz Bomfim.....	111
ANÁLISE BIOENERGÉTICA, SAÚDE, CORPO E RECONEXÃO NUMA SÍNTESE MULTIRREFERENCIADA.....	127
André René Barboni.....	127
Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni.....	127
Viviana Graziela de Almeida Vasconcelos Barboni.....	127
CONSTELAÇÃO FAMILIAR – <i>FAMILIENSTELLEN</i>	140
Eleine Aparecida Penha Martins.....	140
CROMOTERAPIA.....	158
Carlos Tadeu Portugal Costa.....	158
Cassia Regina Alves Pereira.....	158

DANÇAS CIRCULARES: UM ESTÍMULO AO CORPO FÍSICO E EMOCIONAL.....	170
Yolanda Flores e Silva.....	170
FITOTERAPIA, AROMATERAPIA E AROMACOLOGIA: SABERES E FAZERES NA SAÚDE COM AS PLANTAS MEDICINAIS.....	181
Maria Teresa Brito Mariotti de Santana.....	181
Vinicius Pereira de Carvalho.....	181
FLORAIS DE BACH.....	199
Luana Borges Dutra.....	199
Raphael Neves Barreiros.....	199
ARGILAS MEDICINAIS PARA GEOTERAPIA: UMA ABORDAGEM CONCEITUAL.....	213
Graciela Mendonça da Silva Medeiros.....	213
Roberto Gutterres Marimon.....	213
Carina Cerati.....	213
HIPNOTERAPIA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM SAÚDE.....	227
Osmar Ribeiro Colás.....	227
HOMEOPATIA: VOCÊ “ACREDITA”?.....	243
Françoise Carmignan.....	243
IMPOSIÇÃO DE MÃOS.....	253
Ana Cristina de Sá.....	253
MEDITAÇÃO: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	264
Magda Ribeiro de Castro.....	264
Carlos Cerqueira Magalhães.....	264
Marina Médici Loureiro Subtil.....	264
Clay Graziotti Assef.....	264
MUSICOTERAPIA E (COMO) PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR PARA UMA SAÚDE INTEGRAL: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	280
Sandra Rocha do Nascimento.....	280
Mayara Kelly Alves Ribeiro.....	280
NATUROLOGIA: BASES CONCEITUAIS, HISTORICIDADE E PRÁTICA CLÍNICA.....	297
Alan Kornin.....	297
Alan da Silva Menezes de Assis.....	297
Fabiana Figueredo Molin De Barba.....	297
HISTÓRIA E APLICABILIDADE DA OSTEOPATIA COMO INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR DE SAÚDE.....	312
Frederico de Oliveira Meirelles.....	312
Júlio Cesar de Oliveira Muniz Cunha.....	312
Alexandre Gonçalves de Meirelles.....	312

Estêvão Rios Monteiro.....	312
BEM-VINDO AO MUNDO DO OZÔNIO.....	322
Carlos Alberto Vieira de Melo.....	322
QUIROPAXIA – UMA PROFISSÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	340
Carolina Kolberg.....	340
Daniel Facchini.....	340
Iã Ferreira Miranda.....	340
Paulo Gomes de Oliveira Neto.....	340
REFLEXOLOGIA PODAL: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	354
Natália Chantal Magalhães da Silva.....	354
REIKI USUI: DEFINIÇÃO, HISTÓRIA, APLICAÇÃO PRÁTICA E BENEFÍCIOS.....	365
Diéssica Roggia Piexak.....	365
Aline Cristina Calçada de Oliveira.....	365
UM BREVE HISTÓRICO DA SHANTALA.....	377
Telma Vitorina Ribeiro-Lima.....	377
Angélica Homobono Machado.....	377
Luana Aparecida Silva Gomes.....	377
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: VIVÊNCIAS NO TERRITÓRIO.....	390
Adriana Prestes do Nascimento Palú.....	390
Maria Regina Melo Santos.....	390
Maria Solange de Oliveira Lima.....	390
Ubiraci Silva Matos.....	390
TERMALISMO: ÁGUAS TERMAIS COMO FONTE DE SAÚDE E VIGOR FÍSICO.....	407
Yolanda Flores e Silva.....	407
YOGA: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E FORMAS DE APROPRIAÇÃO NO TEMPO PRESENTE.....	419
Priscilla de Cesaro Antunes.....	419
Cristiane Ker de Melo.....	419

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUALIDADE DO TEMA PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES AOS SISTEMAS MÉDICOS DE SAÚDE

Madel Therezinha Luz

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, abreviadamente PICS, têm uma história sociocultural e organizacional de mais de meio século. Deve ser notado em primeiro lugar, que o solo de onde emergem tais práticas é o da saúde pública, terreno institucional do combate às doenças epidêmicas e endêmicas, que atingem geralmente populações vulneráveis, seja por pobreza material ou cultural, geralmente por ambas.

No final da segunda guerra mundial a situação de saúde dos povos estava exangue, erodida seja pela miséria, seja pelo massacre direto causado pelos ataques bélicos, e o modelo de saúde pública voltado para a economia agroexportadora do período pré-guerra, ainda colonial em alguns países e continentes, como a África, por exemplo, e geralmente, em países do continente americano, como o Brasil, era insuficiente para controlar as questões de saúde pública instaladas na população trabalhadora com a emergência do regime capitalista industrial dependente dos pólos de desenvolvimento no Ocidente, tanto nos Estados Unidos como na Europa. Não são propriamente epidemias, geralmente episódicas, ou endemias rurais, fruto de disfunções das relações homem/meio ambiente, mas formas urbanas crescentes de adoecimento permanente de grandes grupos populacionais e indivíduos, fragilizados em função das condições do regime social de trabalho, exaustivo e com remuneração insuficiente (LUZ, 2007).

Pode-se dizer que uma outra demanda em saúde pública se põe então em evidência, embora existisse já, sobretudo na Europa, desde o século XIX: a do atendimento a coletividades cronicamente adoecidas por condições de vida evitáveis, nos planos social e econômico. Doenças oriundas do regime social e econômico de produção, cujo enfrentamento precisa ir além do combate às epidemias e endemias, porque se trata de grupos de indivíduos doentes, ou melhor, de pessoas adoecidas na população. E essa população demanda um modelo distinto de atenção do da saúde pública. Necessita de cuidado médico. Um cuidado destinado às coletividades de pessoas adoecidas. Acredito que a ciência médica, organizada institucionalmente nos hospitais, não estava preparada ou voltada para este tipo de atenção. Como não está até o presente, pois não está voltada para o cuidado.

A demanda por saúde coletiva e práticas de atenção e cuidado em saúde

Assim definida, a demanda por práticas alternativas de cuidado à população está posta desde esse momento. Não encontrando abrigo institucional na Biomedicina, tenderá a enraizar-se progressivamente no setor da saúde pública, onde práticas de atendimento tradicionais, alternativas à medicina científica, eram – e continuam a ser – exercidas por profissionais de saúde não necessariamente médicos, como enfermeiros, fisioterapeutas etc., sendo acolhidas no setor em função de resultados positivos face a doenças crônicas, endêmicas e mesmo epidêmicas. As assim chamadas “medicinas alternativas” encontraram abrigo inicial no solo da saúde pública, nele tomando raízes.

Nesse contexto, elas passam, em décadas distintas, a serem denominadas Alternative Medicines, ou Complementary Medicines, depois Complementary and Alternative Medicines (CAM), desde a segunda metade do século findo. Sempre ligadas umbilicalmente às organizações de saúde pública, sua aceitação nas instituições médicas tradicionais (clínicas, hospitais) fez-se lentamente, ao longo do século XX, geralmente em unidades hospitalares de baixa especialidade, ou em clínicas gerais ligadas aos sistemas sociais de cuidado (Medical Care) ligados à Previdência, instalados na Europa depois da segunda guerra mundial, e ainda hoje em funcionamento. No Brasil, esses sistemas de atendimento médico previdenciário estavam ligados, até os anos da década de 1960, aos diversos institutos de aposentadoria e pensões de profissões e categorias de trabalhadores (LUZ, 2014, 1982, 2007).

Nessas unidades podia-se ver, por vezes, a presença de sistemas médicos alternativos à biomedicina, como a homeopatia, principalmente, mas é somente a partir dos anos 80, fruto de movimento crescente na sociedade civil por medicinas alternativas, que se pode constatar a presença de práticas terapêuticas de sistemas complexos como a Medicina Chinesa, isto é, a acupuntura e o chi kung, e, na ayurveda, a presença de alguns de seus aspectos terapêuticos, como a dietoterapia, e as massagens. Isto acontece em serviços privados de classe médias, geralmente em clínicas, raramente em hospitais.

Entretanto, práticas como a yoga, a meditação, as massagens terapêuticas, as atividades corporais, as dietas, assim como certas práticas artísticas - ou expressivas - sobretudo no campo da saúde mental - somente nos anos noventa começam a se fazer presentes em serviços de saúde, fruto do advento do Sistema Único de Saúde em 1988, com sua centralidade organizacional em unidades municipais de atendimento à população.

Isto não significa que as práticas ditas integrativas e complementares em saúde - PICS (ou, se quisermos manter o termo internacional, as CAM) - tenham se oficializado em nossos serviços de saúde, ou que tenham tido melhor acolhimento nas grandes unidades institucionais da medicina, nos hospitais altamente especializados, como sucede em sistemas médicos oficiais europeus: Inglaterra, Itália, Espanha e outros, mesmo França.

As oposições entre a ciência médica, representada pelas grandes unidades de especialização em nível terciário, e os serviços públicos de saúde, que tendem a integrar em sua base de atendimento as PICS, tornam-se muitas vezes agudas, ao invés de amenizarem-se, parecendo regredir ao século XIX, ao século da medicina heroica. Deste ponto de vista não se pode dizer, apesar do contínuo avanço das PICS nos serviços básicos de atenção à saúde, nas duas últimas décadas, inclusive, na última década, no plano normativo e organizacional, que esses modos de cuidado em saúde tenham sido aceitos pelas instituições centrais da medicina, que continuam a voltar-lhes as costas.

Mas vale a pena refletir, para além dos aspectos histórico institucionais até aqui tratados, sobre as práticas integrativas e complementares em saúde em sua racionalidade, tecendo alguns comentários de natureza conceitual e organizacional sobre as mesmas. Em poucas páginas, tentarei resumir o que designei no título como “comentários”, esperando contribuir para o debate presente – e crescente - do tema, e para posicionar-me ao mesmo tempo como agente pesquisadora e professora das questões envolvidas no tema, da perspectiva das ciências sociais em saúde, função exercida por três décadas. Também, se possível, mencionar a experiência pessoal e grupal acumulada.

Creio que algumas considerações sobre o “lugar de onde falo” e “para quem falo” é importante, para estabelecer identidades não apenas práticas como disciplinares e teóricas, não somente minhas, mas também de outros agentes do campo, sejam eles pesquisadores (incluindo alunos de pós-graduação), docentes, profissionais ou gestores.

Em primeiro lugar, e como primeiro comentário nesta área, creio que falar sobre qualquer tema incluído no imenso e pluridisciplinar campo da saúde coletiva implica necessariamente em procurar diálogo com o outro, ou com outros, com respeito ao cuidado em saúde das populações, e das pessoas nelas implicadas, considerada a diversidade que caracteriza este campo em seus vários sentidos. Principais sentidos destacáveis: teórico-conceitual, terapêutico, profissional e, certamente, político e ético.

Ou não. Pode tratar-se apenas, como ocorreu por vezes em minha trajetória- não apenas neste campo- de defrontar-me com o não diálogo, da parte do outro, ou de outros, no seu afã de se impor, ou de “fazer-se passar” individualmente ou em grupo, com sua “teoria”, ou posição institucional, ou projeto terapêutico, no qual se crê profundamente, ou ainda no plano político, visando obter privilégios e exclusividades, tornando-se neste caso a discussão muitas vezes apenas uma via de ascensão social para pessoas e grupos.

Afinal, nenhum campo disciplinar ligado às ciências modernas esteve historicamente, ou está, atualmente, isento de interesses pessoais, grupais, corporativos, políticos e financeiros. É a marca histórica da ciência moderna, desde suas origens, na passagem dos séculos XVI-XVII. Poderíamos afirmar que a ambição

política e a competição estão no DNA originário das ciências na modernidade, desde Descartes (e seu interlocutor David Hume), prosseguindo com Da Vinci, Newton (primeiro Diretor do Banco da Inglaterra), e seus sucessores (LUZ, 1988). Dos gênios individuais originários, às equipes laboratoriais transdisciplinares internacionais contemporâneas, essas marcas permanecem, sendo mesmo um dos motores do avanço das ciências (LUZ 1988).

Por isso ousou também comentar, a partir de minha experiência de ensino e pesquisa, que a rubrica práticas integrativas e complementares (aos sistemas) de saúde, ao inserir-se no campo do que denominamos no Brasil saúde coletiva, passa a designar antes de mais nada um imenso assemblage de práticas, para empregar o termo francês, um grande conjunto reunido, não necessariamente coerente, de práticas de intervenção, de técnicas terapêuticas - por vezes diagnósticas, de teorias preventivas ou curativas face ao adoecimento e à cura de pessoas. Conjunto caracterizado por diversidade originária histórica e etnológica considerável, muitas vezes fusionado em bricolage no campo.

Pode-se falar da presença atuante no campo, também, acrescento como um comentário conceitual, de distintas racionalidades médicas, coetâneas em nossa cultura, embora com origens históricas, epistemológicas e culturais diversas, opondo-se entre si às vezes tanto teórica como praticamente, mas em contínua transformação na sociedade, como acentuei em meus trabalhos de pesquisa, construídos ora individualmente, ora associada com alunos e colaboradores e associados por mais de duas décadas.

Aqui é importante salientar uma importante distinção teórica: as racionalidades médicas não podem nem devem ser confundidas com as práticas integrativas e complementares em saúde. É fácil perceber os termos nesta distinção: racionalidades são modos específicos de compreensão, interpretação, explicação conceitual: são modos de entendimento de fenômenos – muitas vezes de práticas - sociais. Portanto, as racionalidades médicas são modos de designar, compreender, interpretar, explicar e comparar sistemas médicos complexos. Apenas sistemas médicos. Não se aplica, este conceito, um operador teórico, a práticas diversas em saúde, sejam elas estruturadas culturalmente em maior ou menor grau, deslocadas de uma racionalidade médica (um sistema médico complexo) ou não. Para nós, pesquisadores da área, é uma contínua perplexidade perceber que a área polidisciplinar da saúde, sobretudo da saúde coletiva, onde se tem que intervir em busca de eficácia face ao adoecimento de populações, grupos e indivíduos, isto é, em última instância, onde a prática é o supremo critério de atribuição de verdade, esta área, justamente, tem grande dificuldade de assimilar a categoria racionalidade médica, isto é, o conceito de R.M.

Esta confusão funciona, a meu ver, como evidência que a histórica dicotomia ocidental entre teoria e prática, entre compreensão/interpretação e intervenção/modificação opera como um elemento de confusão – ou mais frequentemente de competição – entre o pensar e o agir, e isto atua geralmente contra a simplicidade teórica do conceito RM, que visa apenas compreender e

comparar distintos sistemas médicos complexos na cultura atual, buscando pontos de encontro em suas cinco dimensões operatórias. (morfologia, dinâmica vital, diagnose terapêutica, doutrina médica).

Buscamos, através das comparações possíveis, dimensão a dimensão, de sistemas distintos, a superação de dicotomias médicas na nossa cultura, entre os sistemas complexos que perduram ainda hoje, através da possibilidade de refundação do sistema médico ocidental, ou biomedicina. Objetivo mais ambicioso que o de legitimar institucionalmente práticas terapêuticas ou diagnósticas no Sistema Único de Saúde, mesmo considerando-se a urgência de modos alternativos no cuidado às pessoas.

Objetivo que pode parecer uma ambição desmedida, possivelmente utópica, sobretudo quando vemos que a biomedicina caminha atualmente em sentido diametralmente oposto: sempre mais no sentido de diagnoses de patologias, agora em micro nível biológico, preferencialmente em perspectiva preventiva, visando a estabelecer a probabilidade genética, ou mesmo social, de surgimento desta ou daquela patologia, da expansão deste ou daquele vírus, nesta ou naquela pessoa, neste ou naquele grupo, com a finalidade de contê-la. Não há proposta de combate a essas ameaças que não envolva testes/aprovação de drogas de laboratórios internacionais em amostras de populações.

Conclusão

A preocupação com as práticas terapêuticas, isto é, a clássica medicina hipocrática voltada para a cura das pessoas doentes (sendo cura atualmente considerada uma categoria metafísica) inexistente na biomedicina, pois o objetivo da medicina atual não está centrado no doente – ou mesmo na saúde humana - mas numa ciência crescentemente exata das patologias. Mesmo a intervenção corretiva da doença, entregue à cirurgia há dois séculos, tenderá progressivamente, ousado dizer, à ortopedia pós-mecânica dos corpos, com substituição crescente de órgãos, músculos (como os cardíacos) ossos, e sistemas, como o circulatório, o neurológico etc. – ou trechos deles. Caminhamos assim, com a medicina atual, em busca da expansão da duração da vida - de alguns, certamente - no sentido do cyber man, fruto da alta tecnologia médica. Será um belo triunfo, se acontecer.

Entretanto, cabe aos herdeiros da clínica hipocrática, que se encontram nas profissões ligadas a saúde coletiva, geralmente, desenvolvendo a cada dia novas práticas e técnicas de atenção e cuidado à pessoa humana, como as já conhecidas PICS, muitas vezes desprestigiadas e vivendo sob condições de trabalho desumanas, uma grande responsabilidade: a de perguntar aos estudantes das carreiras da área da saúde se ali estão por sentirem em si o chamado milenar de Hipócrates, ou se pretendem ser

futuros cientistas do cyberman. A resposta a esta pergunta pode fazer baixar o número de suicídios entre estudantes dessas carreiras.

Referências

LUZ Madel Therezinha. Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil. Textos escolhidos. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2007.

LUZ, Madel Therezinha. Medicina e Ordem Política Brasileira. Rio de Janeiro Graal, 1982.

LUZ, Madel Therezinha. As Instituições Médicas no Brasil. Porto Alegre, Rede Unida, 2014. (Primeira edição R.J. Graal, 1979, 259 pp.)

LUZ, Madel Therezinha. Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro, 1988 (Primeira edição)

Algumas referências básicas para o estudo de RM e PICS

BARROS, N. F.; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades Médicas, Práticas "Complementares" de Saúde e novas profissões terapêuticas. In: Fátima Alves; Luisa Ferreira da Silva; Breno Fontes; Madel Therezinha Luz; (Org.). Saúde Medicina e Sociedade - Uma visão sociológica. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, 2013, v. 247, p. 161-170.

LUZ, Madel Therezinha. A arte de curar x a ciência das doenças - História da Homeopatia no Brasil. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LUZ, M. T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva - Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. v. 1. 174p.

LUZ, Madel Therezinha. Natural Racional Social, razão médica e racionalidade científica moderna. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. 203p.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.) Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC - Instituto de Medicina Social, 2012. v. 01. 452p.

LUZ, M. T. Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas em instituições de saúde (1850 - 1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982. v. 1. 218p.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: Madel Therezinha Luz. (Org.). A medicina antroposófica como racionalidade médica e prática integral de cuidado à saúde. Juiz de Fora: UFJF, 2014, v. 01, p. 73-101.

LUZ, M. T. Estudo comparativo das Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: PELIZZOLI, MARCELO. (Org.). Saúde em novo paradigma. RECIFE: EDUFPE, 2011a, v. 1, p. 151-175.

LUZ, M. T. Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualidade: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços. In: PINHEIRO, ROSENI.; SILVA Jr. ALUIZO GOMES. (Org.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC.IMS-UERJ. ABRASCO, 2011b, v. 01, p. 295-303.

LUZ, M. T. Racionalidade Científica no Ensino Médico. Ser Médico, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 17-19, 2000.

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

LUZ, M. T. Comentários ao Manifesto Convivialista. Saúde em Redes, v. 1, 2015

NASCIMENTO, Marilene Cabral Do; BARROS, N. F.; LUZ, Madel Therezinha. 1385/2012 - A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 1, p. 1, 2012.

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

Sobre a autora:

Madel Therezinha Luz

Doutora em Ciências Políticas (USP)

Docente e pesquisadora da UFRGS, FIOCRUZ e UFF

madelluzz@gmail.com

Possui graduação em Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1962), mestrado em Sociologia - Université Catholique de Louvain (1969) e doutorado em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (1978). Professora titular aposentada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atualmente é colaboradora da UFRGS e colaboradora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFF. Tem experiência na área de Sociologia da Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando nos seguintes temas: racionalidades médicas, práticas integrativas e complementares em saúde, corpo e práticas de saúde, instituições de saúde, regime de trabalho, produção científica e saúde, biociências e cultura. É líder do Grupo CNPq Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos complexos e Práticas Complementares e integrativas, atualmente sediado no Instituto de Saúde da Comunidade da UFF.

ACUPUNTURA COMO RECURSO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA PARA REABILITAÇÃO

Arthur de Sá Ferreira

Sileyda Christina maia Costa

Medicina Tradicional Chinesa como prática integrativa e complementar no Brasil e no Mundo

A história da medicina mostra diferentes modelos do cuidado em saúde de acordo com bases culturais e tecnológicas de cada época e sociedade, denominadas medicina tradicional. Ao longo dos anos, a medicina vem abrindo espaço para abordagens terapêuticas complementares serem integradas à prática médica corrente. Sua característica holística vai ao encontro à definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de completo bem-estar físico, mental e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948).

A OMS criou na década de 1970 o Programa de Medicina Tradicional, incentivando a implementação de políticas públicas para o uso das diferentes formas de medicina tradicional e o desenvolvimento de estudos científicos sobre sua segurança e eficácia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Em 1988, a OMS reconheceu a acupuntura como um procedimento válido na saúde com influência do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (National Institute of Health, NIH) com a criação do Centro de Medicina Alternativa e Complementar (Center for Complementary and Alternative Medicine), assim ampliando sua aceitação na comunidade médica, integrando os métodos de validação da ciência moderna (LIN; HSING; PAI, 2006). No fim da década de 1990 foi criada a expressão “medicina integrativa” para descrever um modelo de saúde com integração dos diversos modelos terapêuticos, incluindo a acupuntura (OTANI; BARROS, 2011).

A integralidade em saúde tem sido discutida no Brasil, sendo o princípio normativo do Sistema Único de Saúde. Tem objetivo de prover atenção à saúde de boa qualidade nos serviços públicos, considerando as múltiplas dimensões e os riscos da vida contemporânea. Espera-se assim, uma abordagem ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva por parte dos profissionais da saúde (TESSER; LUZ, 2008). Surge, então, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006), que visa garantir a integralidade na atenção à saúde nos campos de prevenção de agravos, da promoção, manutenção e recuperação da saúde, humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BARROS, 2006). A PNPIC inclui diversas práticas que preferencialmente seriam ofertadas na atenção básica (BARROS, 2006; BRASIL, 2006). Em 2006 eram ofertadas 5 atividades. Entre 2017 e 2018, a procura pelas atividades coletivas aumentou em 46% e por este motivo o Ministério da

Saúde ampliou o rol de atividades ofertadas para 29, contemplando o atendimento individual e coletivo.

Do ponto de vista da medicina tradicional chinesa, dados mostram o crescimento do número de países a integrar as medicinas tradicionais e complementares ao seu sistema nacional de saúde. O início de registro destes dados parte de 1999 e o avanço é mostrado pelo número de países que mantém um escritório para administrar as práticas, partindo de 49 e atingindo 107 em 2018 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Como membro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Região das Américas, o Brasil, além de manter um escritório, também integra o grupo de 61 países em que há financiamento público para pesquisas do que por aqui são conhecidas como práticas integrativas e complementares (PIC). As PIC compreendem intervenções que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir e tratar doenças, ou utilizadas em tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas.

A medicina tradicional chinesa (MTC) integra o conjunto de medicinas tradicionais e complementares reconhecidas pela OMS e está integrada aos sistemas de saúde de 170 estados membros da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Atualmente, a MTC é praticada por profissionais de saúde de várias áreas de atuação, como intervenção complementar ou única para prevenção, tratamento ou reabilitação (FERREIRA, 2012).

Fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa

A MTC é considerada uma forma de cuidado à saúde desde que o homem massageou seu próprio corpo instintivamente ao sentir alguma dor, sendo logo tão antiga, quanto à civilização chinesa. O conhecimento foi acumulado e ensinado oralmente até a Dinastia Han (206 a.C. a 220 d.C.), quando foi escrito um dos livros mais antigos existentes até a atualidade: Huang Di Nei Jing.

A MTC é um sistema de saúde filosófico e sistemático desenvolvido na China através de quase cinco milênios (FERREIRA, 2012). Apresenta uma mistura entre o conhecimento médico adquirido à beira do leito com teorias filosóficas, influenciadas pelo confucionismo, taoísmo e depois ainda pelo budismo o que associou à MTC a uma imagem esotérica. Difundindo-se inicialmente na região asiática pela expansão territorial e cultural da China, expandindo para o ocidente, primeiramente pela Europa, passando para as Américas, incluindo o Brasil. Sua prática vem sendo sistematizada desde 500 a.C. e seu ensino padronizado e taxonomia padronizados pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Grande parte da terminologia da MTC não se assemelha à nomenclatura ocidental, o que dificulta a sua compreensão e aceitação no meio científico (LIN; HSING;

PAI, 2006). Há, portanto, a necessidade de uma linguagem comum para facilitar o ensino, a pesquisa, a prática e a troca global de informações. Com esse propósito, a OMS criou uma nomenclatura internacional padronizada (WEN, 1990). Em 1989, na cidade de Genebra (Suíça), um grupo científico reuniu-se para adotar uma nomenclatura internacional dos pontos de acupuntura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Em Tóquio, no ano de 1995, houve o I Congresso Mundial de Acupuntura, neste, estabeleceram uma nomenclatura internacional para os acupontos.

Em 2005 surgiu uma terminologia mais abrangente com outros termos relacionados à MTC relativos à anatomia, fisiologia, fisiopatologia e terapêuticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

O que embasa a MTC é o princípio da unidade, com interligação de forma holística, enfatizando a integridade do corpo humano e sua íntima relação entre ser humano e seu ambiente natural e social além de estar em permanente mutação, buscando a integração do indivíduo com a natureza (DE MEDEIROS; SAAD, 2009). O estado de saúde representa o balanço de energia vital do organismo (qi), que circula pelo sistema de canais e colaterais (jingluo) e alcança os sistemas internos de órgãos e vísceras (zangfu).

Do ponto de vista tradicional, a saúde do indivíduo resulta de equilíbrio entre dois aspectos mutuamente opostos e complementares – o yin e o yang. Para atuar sob esses aspectos, o especialista recorre às técnicas como a acupuntura, trabalhando nos acupontos. As alterações de saúde (doenças) são denominadas de padrões. Estes podem ser definidos por um conjunto de manifestações que apresentam início, duração, localização, progressão e gravidade. Dependem das condições individuais, ambientais e sociais, incluem características do corpo e forma, estados psicológicos, emocionais e comportamentais. Neste contexto, uma mesma doença pode ser associada a vários padrões, assim como um mesmo padrão pode ser observado em várias doenças (MACIOCIA, 1996). Diversos fatores são causadores desses padrões, como por exemplo: padrões de alimentação; excesso de trabalho; excesso ou falta de atividade física e/ou de sexo; condições climáticas externas; emoções; dentre outros (MACIOCIA, 1996).

A quantidade de padrões não é vasta quanto às doenças biomédicas. Os padrões dos órgãos e vísceras são denominados por combinação do mecanismo patogênico (exemplos: interior/exterior, calor/frio, excesso/deficiência, yin/yang), dos fatores patogênicos (exemplos: vento, umidade, frio, calor, secura e fogo) e substâncias vitais afetadas (exemplos: energia vital, sangue e fluidos corpóreos), indicando tipo e local do padrão. Observa-se um número de padrões limitados. Por exemplo, foram descritos 69 padrões em tabela de estudos anteriores (SÁ FERREIRA, 2011).

O diagnóstico do padrão é realizado com base em uma avaliação constituída por quatro exames: inspeção, ausculta-olfação, interrogação e palpação (MACIOCIA, 1996). O processo diagnóstico é diferenciado do biomédico: classificam-se as manifestações clínicas usando as teorias da MTC e o diagnóstico é estabelecido através

de uma diferenciação de padrão, processo pelo qual um padrão deve ser identificado a partir do perfil de manifestações obtido do paciente (FERREIRA; LOPES, 2011). Cada pessoa apresenta um subconjunto de todas as manifestações possíveis de um padrão sendo chamado de: “perfil de manifestação”, assim os doentes, mesmo apresentando diferente manifestação e diferente perfil, ainda pode ter o mesmo padrão como um diagnóstico (FERREIRA, 2012).

A MTC utiliza recursos tais como acupuntura e moxabustão (zhengjiu), dietética, massagens, fitoterapia, exercícios físicos (taijiquan) e meditação-respiração (qigong) (DE SÁ FERREIRA, 2013).

Acupuntura como recurso da Medicina Tradicional Chinesa

A palavra “acupuntura” origina-se do latim, a partir de acus (agulha) e punctura (puncionar). A acupuntura refere-se, portanto, à inserção de agulhas através da pele, nos tecidos subjacentes, em diferentes profundidades e em pontos estratégicos do corpo, para produzir o efeito terapêutico desejado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

A acupuntura pode ser aplicada por diversos estímulos, tais como agulha, calor, pressão e ventosa. A técnica mais utilizada emprega a inserção através da pele de agulhas estéreis e descartáveis, filiformes (aproximadamente 0,2 a 0,3 mm de diâmetro) de aço inoxidável, com comprimentos diversos. A inserção da agulha provoca uma gama de sensações como calor e dormência, dentre outras, as quais tendem a irradiar para longe do ponto de inserção da agulha ao longo dos canais (BENSOUSSAN, 1994a, 1994b). As inserções ocorrem em pontos específicos, nomeados acupontos, podendo também utilizar os estímulos supracitados.

Estudos mostram a acupuntura sob duas abordagens: uma tradicional, relacionada aos conceitos filosófico-sistemáticos, e uma ocidental, relacionada à anatomia e fisiologia (BENSOUSSAN, 1994a, 1994b; LUPINACCI; CUTOLO, 2011) Porém, devido à diferença da terminologia e por ser técnica específica e individualizada, os estudos em acupuntura ainda são restritos, com necessidade de melhorias metodológicas (LIN; HSING; PAI, 2006).

Sob a ótica da MTC, os acupontos são regiões de pele, distribuídos em diferentes partes do corpo humano, em que o qi dos órgãos internos e dos canais e colaterais podem ser estimulados, comunicando o interior do corpo com o exterior, estimulam os órgãos internos pelo canal ou colateral. Cada acuponto reflete as condições dos órgãos que correspondem e, sob estimulação, proporcionariam o retorno do funcionamento anterior ao problema desses órgãos. O sistema de canais e colaterais apresenta-se como trajeto virtual com sequência de acupontos distribuídas de forma ampla pelo corpo humano, com objetivo de conexão e integração de todo o

organismo. Esses canais principais são em número de 12 bilateralmente, com um total de 361 acupontos (Tabela 1).

Tabela 1: Lista de equivalência dos códigos alfanuméricos com o nome dos canais.

Nome do canal	Código Padrão*	Códigos
Pulmão	LU	LU-1 a LU-11
Intestino Grosso	LI	LI-1 a LI-20
Estômago	ST	ST-1 a ST-45
Baço	SP	SP-1 a SP-21
Coração	HT	HT-1 a HT-9
Intestino Delgado	SI	SI-1 a SI-19
Bexiga	BL	BL-1 a BL-67
Rim	KI	KI-1 a KI-27
Pericárdio	PC	PC-1 a PC-9
Triplo Aquecedor	TE	TE-1 a TE-23
Vesícula Biliar	GB	GB-1 a GB-44
Fígado	LR	LR-1 a LR-14
Vaso Governador	GV	GV-1 a GV-28
Vaso Concepção	CV	CV-1 a CV-24

*Nomenclatura padrão internacional para acupuntura adotada a partir de 1989 pela Organização Mundial de Saúde

Os pontos de acupuntura (acupontos) e suas combinações são descritos na literatura tradicional como a melhor forma de tratamento de padrões ou síndromes (MACIOCIA, 1996). Porém, a maioria dos estudos não cita como foram escolhidos os acupontos, se de forma tradicional ou outro método utilizado para tal escolha.

Após a identificação dos padrões, procede-se à seleção dos acupontos, os quais podem ser selecionados de acordo com sua ação isolada ou combinada de acordo com a teoria da MTC (MACIOCIA, 1996). Do ponto de vista tradicional, a combinação de acupontos é fundamental para a observação dos efeitos da acupuntura. A combinação tradicional dos acupontos considera sua localização (pontos locais; pontos adjacentes à área afetada; pontos distais) e ação tradicional esperada (ação específica). A escolha de pontos envolve ainda a determinação de quais regiões do corpo – direita/esquerda, superior/inferior, anterior/posterior– onde serão inseridas as agulhas, mantendo um balanço entre essas regiões. Existem combinações descritas na literatura tradicional

para uso de um tratamento mais abrangente, na qual cada acuponto possui uma função e é utilizado de acordo com o padrão identificado (ROSS, 2011).

A existência e a natureza dos canais (JIANG; CUI; YU, 2013) e dos pontos dos canais (RAMEY, 2001) ainda são controversas, mas suas localizações anatômicas são bem descritas desde os tempos antigos – usando textos escritos, bem como esquemas visuais (por exemplo, corpo gráficos) – e os pontos do canal possivelmente parecem ter nomes de características anatômicas gerais (SHAW; MCLENNAN, 2016). Diversas características têm sido utilizadas para descrever estruturalmente acupontos do ponto de vista moderno/científico.

Niboyet em 1963 foi um dos primeiros a engajar nesse estudo da resistência elétrica do acuponto, mostrando que sua impedância elétrica é inferior à da pele (PEARSON et al., 2007). O aumento da densidade das papilas dérmicas com capilares e terminações nervosas parece explicar o aumento da condutividade na pele sob os acupontos. Uma revisão sistemática sobre as propriedades elétricas dos pontos de acupuntura, reafirmou esses achados, porém os estudos não se apresentaram de boa qualidade metodológica, com amostras pequenas e limitadas à avaliação na extremidade superior de indivíduos saudáveis (AHN et al., 2008).

O estudo de Melzack em 1977 mostrou que mais que 70% acupontos corresponde aos pontos gatilhos (áreas de fibras de tecido muscular palpáveis, localizadas e hiperalgésicas) (BOYLES et al., 2015). Similarmente, Ramey descreveu que os acupontos tendem a localizar-se nas proximidades de regiões anatômicas e correlações com pontos motores ou pontos gatilhos (RAMEY, 2001).

A literatura relata que acupontos possuem conexões neurofisiológicas com pontos anatômicos de grande importância. Dois estudos realizados separadamente no Shanghai College of Medicine concluíram que os acupontos possuem íntima ligação com nervos e vasos sanguíneos, sendo que 309 dos acupontos avaliados apresentam-se perto ou mesmo sobre nervos e 286 estão localizados próximos a grandes vasos sanguíneos e rodeados por pequenos feixes nervosos (CHAN, 1984). Estudos observam a relação dos meridianos com estruturas anatômicas (BENSOUSSAN, 1994b; FLECK, 1975). Sugere-se que os acupontos estão bem perto das áreas de grande distribuição de nervos periféricos, vasos sanguíneos, tendões, perióstios e cápsulas articulares. A estimulação destes possibilitaria uma comunicação mais eficiente com o sistema nervoso central (ZHOU; BENHARASH, 2014). Existem ainda estudos sugerindo a semelhança dos acupontos com os dermatômos e suas relações com órgãos (FERREIRA; LUIZ, 2013). Um recente estudo com dissecação de cadáveres revelou semelhanças notáveis entre as estruturas anatômicas macroscópicas e a nomenclatura usada na MTC, oferecendo um novo paradigma de questionamento dos mecanismos pelos quais a acupuntura exerceria seus efeitos terapêuticos (SHAW; MCLENNAN, 2016).

Abordagem terapêutica com práticas integrativas e complementares

A acupuntura não se limita à aplicação de agulhas, dentre as técnicas utilizadas, destacam-se: a acupuntura sistêmica, sendo a mais comum, com o uso de agulhas em pontos específicos do corpo; a inserção através da pele de agulhas estéreis e descartáveis, filiformes (aproximadamente 0,2 a 0,3 mm de diâmetro) de aço inoxidável, com comprimentos diversos, tais como ainda, calor, pressão ou laser. A inserção da agulha provoca uma série de sensações como calor e dormência, dentre outras, as quais tendem a irradiar para longe do ponto de inserção da agulha ao longo dos canais meridianos – correspondentes a órgãos e vísceras do corpo (DORIA; LIPP; SILVA, 2012).

Os órgãos e vísceras do corpo humano correspondem a canais de energia que se associam às funções energéticas. O objetivo da estimulação por acupuntura no sistema jingluo, o conjunto dos canais e colaterais que transportam qi e xue por todo o corpo e fazem a comunicação com os órgãos e vísceras (zangfu) – com agulhas, com o intuito de restaurar ou manter a saúde (MACIOCIA, 1996; YAMAMURA, 2003).

Teorias têm sido elaboradas como a liberação de substâncias analgésicas e anti-inflamatórias e manutenção e melhora da imunidade (LIN; HSING; PAI, 2006).

O estímulo da inserção e manipulação da agulha transmite-se por via nervosa e a estimulação se transmite por via humoral. Os processos neurofisiológicos ativados pela acupuntura causam analgesia e outros efeitos clínicos, incluindo: (i) estimulação das fibras A delta na pele e no músculo, conduzindo impulsos para a substância cinzenta espinhal, inibindo assim estímulos dolorosos da periferia e reduzindo a percepção da dor, (ii) ativação de interneurônios contendo encefalina na substância gelatinosa da substância cinzenta espinhal, resultando na inibição da condução dos sinais de dor para o cérebro, (iii) liberação de betaendorfina e metencefalina no cérebro, (iv) ativação de dois sistemas descendentes de controle da dor no mesencéfalo, e (v) efeitos modulatórios na rede central da dor no hipotálamo e no sistema límbico (NAPADOW et al., 2005).

A ativação de estímulos provoca a liberação dos diversos neurotransmissores endógenos responsáveis pela promoção da analgesia por acupuntura provocando estímulo nas fibras nervosas do tipo A delta para produzir um impulso inibitório descendente após a inserção e manipulação de agulhas, causando efeito imunomodulador com a ativação de fatores mediadores da inflamação, a elevação de hormônio adrenocorticotrófico e de corticosteroides endógenos de forma que os três principais grupos de opioides endógenos – β -endorinas, encefalinas e dinorinas – e os seus respectivos receptores específicos – Mu (μ), Delta (δ) e Kappa (κ) – que estão distribuídos por todo o sistema nervoso central (SNC) e periférico, envolvem os terminais aferentes periféricos e áreas encefálicas relacionadas à percepção sensorial e interpretação da dor. A manipulação de agulhas nos pontos de acupuntura ativa as fibras aferentes A delta e C dos músculos associados a estes pontos, estimulando o

envio de sinais nervosos via medula para os centros superiores no cérebro. (LUIZ; BABINSKI; SA FERREIRA, 2012).

A escolha dos pontos de acupuntura é um problema que ainda requer investigação. Como os pontos de acupuntura são selecionados de acordo com o padrão de MTC subjacente, podem diferir entre pacientes na linha de base e no decurso do tratamento (DE SÁ FERREIRA, 2013; DONG, 2013). A escolha dos pontos de acupuntura também precisa de considerar uma avaliação do risco-benefício. A acupuntura é considerada um procedimento seguro com poucos eventos adversos (ZHAO et al., 2011), embora possam ocorrer eventos adversos menores e graves durante intervenções de acupuntura como náuseas, sonolência, indisposição, dentre outros (CHAN et al., 2017). Estudos têm mostrado a variabilidade na prescrição de pontos de acupuntura e a concordância entre profissionais nessa prescrição para acidente vascular cerebral (FRAGOSO; FERREIRA, 2012), epicondilalgia (ALVIM; FERREIRA, 2018), e diversos padrões tradicionais (OLIVEIRA; DE SÁ FERREIRA, 2015).

Formação

A Organização Mundial de Saúde disponibiliza documentos sobre requisitos para: formação em MTC (WORLD HEALTH ORGANIZATION (HS), 2010); formação em acupuntura (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020); e prática em acupuntura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, a PNPIC garante a realização de acupuntura no SUS a diversos profissionais de saúde – fisioterapeutas, farmacêuticos, biomédicos, biólogos, enfermeiros e psicólogos – no país (BRASIL, 2006). Por meio da resolução COFFITO-60, publicada no Diário Oficial da União No. 207 de 29 de outubro de 1985, Seção I, página 15.744, o fisioterapeuta foi o primeiro profissional da área de saúde a possuir um instrumento normativo sobre a prática da acupuntura no Brasil. O Projeto de Lei 1549/2003 que disciplina o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências encontra-se aguardando apreciação pelo Senado Federal.

Financiamento

Este estudo foi financiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ, No. E-26/211.104/2021) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES, Código Financeiro 001; No. 88881.708719/2022-01, e No. 88887.708718/2022-00).

Referências

AHN, A. C. et al. Electrical properties of acupuncture points and meridians: A systematic review. *Bioelectromagnetics*, v. 29, n. 4, p. 245–256, 2008.

ALVIM, D. T.; FERREIRA, A. S. Pragmatic Combinations of Acupuncture Points for Lateral Epicondylalgia are Unreliable in the Physiotherapy Setting. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, v. 11, n. 6, p. 367–374, 2018.

BARROS, N. F. DE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 850–850, 2006.

BENSOUSSAN, A. Part 1: Acupuncture meridians — myth or reality? *Complementary Therapies in Medicine*, v. 2, n. 1, p. 21–26, jan. 1994a.

BENSOUSSAN, A. Part 2: Acupuncture meridians — myth or reality? *Complementary Therapies in Medicine*, v. 2, n. 2, p. 80–85, abr. 1994b.

BOYLES, R. et al. Effectiveness of trigger point dry needling for multiple body regions: a systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, v. 23, n. 5, p. 276–293, 20 out. 2015.

BRASIL. Portaria no 971 de 03 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 2 set. 2020.

CHAN, M. W. C. et al. Safety of Acupuncture: Overview of Systematic Reviews. *Scientific Reports*, v. 7, n. 1, p. 3369, 13 dez. 2017.

CHAN, S. H. H. What is being stimulated in acupuncture: Evaluation of the existence of a specific substrate. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 8, n. 1, p. 25–33, mar. 1984.

DE MEDEIROS, R.; SAAD, M. Acupuntura: efeitos fisiológicos além do efeito placebo. *O Mundo da Saúde*, v. 33, n. 1, p. 69–72, 2009.

DE SÁ FERREIRA, A. Evidence-based practice of Chinese medicine in physical rehabilitation science. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, v. 19, n. 10, p. 723–729, 2013.

DONG, J. The Relationship between Traditional Chinese Medicine and Modern Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2013, p. 1–10, 2013.

DORIA, M. C. DA S.; LIPP, M. E. N.; SILVA, D. F. DA. O uso da acupuntura na sintomatologia do stress. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 1, p. 34–51, 2012.

FERREIRA, A. DE S. Advances in Chinese Medicine Diagnosis: From Traditional Methods to Computational Models. In: KUANG, H. (Ed.). *Recent Advances in Theories and practice of Chinese Medicine*. London: InTech, 2012. p. 137–158.

FERREIRA, A. S.; LOPES, A. J. Chinese medicine pattern differentiation and its implications for clinical practice. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, v. 17, n. 11, p. 818–823, 2011.

FERREIRA, A. S.; LUIZ, A. B. Role of dermatomes in the determination of therapeutic characteristics of channel acupoints: a similarity-based analysis of data compiled from literature. *Chinese medicine*, v. 8, n. 1, p. 24, 2013.

FLECK, H. Acupuncture and neurophysiology. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 51, n. 8, p. 903-913, set. 1975.

FRAGOSO, A. P. DE S.; FERREIRA, A. DE S. Statistical distribution of acupoint prescriptions for sensory-motor impairments in post-stroke subjects. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, p. 1-6, 2012.

JIANG, H. R.; CUI, X. J.; YU, Z. Meridian essence: Modern thought. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, v. 19, n. 6, p. 471–474, 2013.

LIN, C. A.; HSING, W. T.; PAI, H. J. Acupuntura: uma modalidade terapêutica validada no arsenal terapêutico do médico atual Acupuncture: a validated therapeutic modality in updated physician therapeutic arsenal. *Rev. Med.*, v. 85, n. 3, p. 110-113, 2006.

LUIZ, A.; BABINSKI, M.; SA FERREIRA, A. Neurobiologia da analgesia induzida por acupuntura manual e eletroacupuntura: revisão de literatura. *UNISUL*, p. 143, 2012.

LUPINACCI, N.; CUTOLO, L. R. A. Estilos de pensamento em Acupuntura: uma análise epistemológica. *Saúde & Transformação Social*, v. 1, n. 3, p. 47–58, 2011.

MACIOCIA, G. *Fundamentos da medicina chinesa*. 1. ed. São Paulo: ROCA, 1996.

NAPADOW, V. et al. Effects of electroacupuncture versus manual acupuncture on the human brain as measured by fMRI. *Human Brain Mapping*, v. 24, n. 3, p. 193–205, mar. 2005.

OLIVEIRA, I. J. D. A. S.; DE SÁ FERREIRA, A. Effects of diagnostic errors in pattern differentiation and acupuncture prescription: A single-blinded, interrater agreement study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2015, p. 12–16, 2015.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. DE. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011.

PEARSON, S. et al. Electrical Skin Impedance at Acupuncture Points. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v. 13, n. 4, p. 409-418, maio 2007.

RAMEY, D. W. Acupuncture points and meridians do not exist. *The Scientific Review of Alternative Medicine*, v. 5, n. 3, p. 143–148, 2001.

ROSS, J. *Combinações dos pontos de acupuntura: A chave para o êxito clínico*. São Paulo: ROCA, 2011.

SÁ FERREIRA, A. Misdiagnosis and undiagnosis due to pattern similarity in Chinese medicine: A stochastic simulation study using pattern differentiation algorithm. *Chinese Medicine*, v. 6, n. 1, p. 1, 2011.

SHAW, V.; MCLENNAN, A. K. Was acupuncture developed by Han Dynasty Chinese anatomists? *Anatomical Record*, v. 299, n. 5, p. 643-659, 2016.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 195–206, fev. 2008.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Benchmarks for the Training of Acupuncture. Geneva: World Health Organization, 2020.

WEN, S. A standard international acupuncture nomenclature: memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 68, n. 2, p. 165-169, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution. Switzerland: World Health Organization, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Standard Acupuncture Nomenclature: a brief explanation of 361 classical acupuncture point names and their multilingual comparative list. Geneva: World Health Organization, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO benchmarks for the practice of acupuncture. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO international standard terminologies on traditional Chinese medicine. Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (HS). Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: Benchmarks for Training in Osteopathy. Geneva: World Health Organization, 2010.

YAMAMURA, Y. *Acupuntura tradicional: a arte de inserir*. São Paulo: Editora Roca, 2003.

ZHAO, L. et al. Adverse events associated with acupuncture: three multicentre randomized controlled trials of 1968 cases in China. *Trials*, v. 12, n. 1, p. 87, 24 dez. 2011.

ZHOU, W.; BENHARASH, P. Effects and Mechanisms of Acupuncture Based on the Principle of Meridians. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, v. 7, n. 4, p. 190-193, ago. 2014.

Sobre os autores:

Arthur de Sá Ferreira

Doutor, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Centro Universitário Augusto Motta

arthur_sf@icloud.com

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999), mestrado em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002) e doutorado em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006). Atualmente é membro efetivo da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (ABRAPG-FT), do Committee on Publication Ethics (COPE) e da Royal Statistical Society (RSS). Atua como professor adjunto do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) e pesquisador no Laboratório de Simulação Computacional e Modelagem em Reabilitação dos Programas de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da UNISUAM. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, atuando principalmente nos seguintes temas: movimento funcional humano, processamento de sinais biomédicos, modelagem computacional, bioestatística, fisioterapia musculoesquelética e cardiovascular e medicina tradicional (chinesa).

Sileyda Christina maia Costa

Bacharel, Faculdade Santa Terezinha

Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Centro Universitário Augusto Motta

sileyda2015@gmail.com

Graduada em Licenciatura em Educação Física pela UFMA (2002), Bacharel em Fisioterapia - CEST/MA. Pós-graduada em Fisiologia do exercício pela UNIFOA/RJ e pós-graduada em Acupuntura INCISA/MG. Professora de Educação Física do Instituto Federal do Maranhão (IFMA). Mestranda em Ciências da Reabilitação (UNISUAM/RJ)

ANTROPOSOFIA: UMA ESCOLHA TERAPÊUTICA PARA O CORPO, MENTE E ESPÍRITO

Yolanda Flores e Silva

Contexto inicial da Medicina Antroposófica como PIC

Neste texto apresenta-se um pouco acerca da Antroposofia e mais especificamente da Medicina Antroposófica (MA) e segmentos terapêuticos antroposóficos, aceitos pelo Ministério da Saúde no cuidado e atendimento a pessoas enfermas ou em situação vulnerável com relação ao processo saúde e doença.

É importante esclarecer que entre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) oferecidas no Sistema Único de Saúde (SUS), das possibilidades de atendimento colocadas à disposição dos usuários, metade destas são de outros países (BRASIL, 2018). Aquelas oriundas do continente europeu, a semelhança das que vieram de continentes como o asiático, foram moldadas a partir de abordagens culturais muito diferentes das culturas existentes no Brasil. Entre elas, está a MA organizada com base em uma ciência com arcabouço teórico espiritual denominada 'Antroposofia'. A aceitação da MA no SUS ocorreu em 2006. Mesmo que parte da sua prática tenha por base o modelo 'biomédico', seus profissionais trabalham considerando a espiritualidade como parte de seu 'lócus' de atendimento (BASTOS; MERCANTE; PEREIRA, 2021).

O bojo espiritual da Antroposofia se mostra como uma ciência espiritual sem bases religiosas, ainda que o arcabouço cristão se faça presente na formação dos profissionais seja na educação ou na saúde, bem como na oferta de cuidados terapêuticos destinados ao corpo, à alma e ao espírito (MORAES, 2007).

A MA nasceu no campo das Ciências Humanas com fundamentação filosófica a partir das obras de Goethe e Rudolf Steiner. Contudo, foi Ita Wegman (1876-1943) médica e fisioterapeuta que ajudou a incorporar os trabalhos de Steiner na medicina. Esta holandesa nascida em Java (quando esta ainda era colônia da Holanda), em uma época de muita discriminação as mulheres médicas, conseguiu em 1923 escrever, em conjunto com Rudolf Steiner, um livro fundamental para a Medicina Antroposófica, cuja primeira edição foi publicada após a morte dele. Em 1925 funda uma Escola de Enfermagem e em 1926 cria a primeira revista de Medicina Antroposófica, a Revista Natura. Em 1931 abre o Centro de Estudos Médicos em Berlim e funda o Instituto de Pedagogia Curativa em Hamborn, também na Alemanha. Em 1932 abre um Centro de Estudos Médicos em Londres. Em 1936-1937 funda a "Casa de Cura Andréa Cristóforo" em Ascona, Suíça – uma instituição dedicada a pessoas convalescentes ou que procuravam por um local para se restabelecer. Também criou o Instituto La Motta, em Brissago, Suíça, para crianças excepcionais e em 1936 abre uma Escola de Pedagogia Curativa em Paris (MORAES, 2007; STEINER; WEGMAN, 2007; KIENLE et al., 2015).

Todo o trabalho pensado por Steiner e Ita Wegman tornou possível o desenvolvimento da Antroposofia na saúde. E importante: a aplicabilidade prática da MA tem uma relação complementar com a biomedicina sem confrontos ou oposição. Trata-se de um sistema de tratamento que utiliza os recursos da medicina convencional associados aos recursos humanistas da Antroposofia, isso significa trabalhar com a noção de que o foco de todas as ações é a pessoa doente em suas dimensões espirituais e existenciais (STEINER; WEGMAN, 2007).

No Brasil a MA teve seu início em 1956 na cidade de São Paulo (SP) com a atuação da médica generalista Gudrun Buckard, filha de alemães nascida no Brasil, mas, que fez sua formação antroposófica na Europa. Graças a Gudrun, as formações em MA aconteceram no Brasil em 1976. A partir dos anos de 1990, a MA era ministrada como especialização com carga horária compatível com cursos de pós-graduação lato sensu regularizados pelo Ministério da Educação. Ainda nos anos de 1990 se iniciaram os pedidos de reconhecimento junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) (BENEVIDES, 2014).

Entretanto, a trajetória da MA no Brasil aconteceu muito antes, nos anos de 1970, na favela Monte Azul em São Paulo (SP), quando um grupo de profissionais que estudaram na Europa, realizavam ações de atenção primária à saúde (APS) no ambulatório médico terapêutico da Associação Comunitária Monte Azul. Os profissionais que ali atuavam eram em sua maioria médicos e enfermeiros. Esta experiência e outras iniciadas em outras regiões do país, ajudaram na aproximação formal da MA com o SUS em 1994, em Belo Horizonte através da Secretaria Municipal de Saúde. Embora as experiências de MA ainda tenham uma procura limitada no SUS, assim como outras PICs, percebe-se um esforço diário dos profissionais em manter seus espaços de atendimento ainda que estejam quase sempre com muitas limitações e contextos desfavoráveis (BENEVIDES; CAZARIN; LIMA, 2017).

Nos tópicos a seguir uma apresentação da Antroposofia mostrando uma síntese das suas bases cognitivas e científicas, métodos de tratamento, assim como sua efetividade e segurança enquanto recurso terapêutico.

O que é Medicina Antroposófica

A MA nasce quase que concomitante com o trabalho do filósofo e cientista austríaco Rudolf Steiner (1861-1925). Nos anos de 1920, Steiner desenvolveu na Suíça, uma série de encontros com estudantes de medicina e médicos em que apresentava as bases antroposóficas do que se passou a se chamar de 'Medicina Antroposófica'. Nesses encontros ministrou palestras sobre como a Antroposofia concebia doença, saúde e os tratamentos que podiam levar a cura, numa perspectiva holística observando como atuar nos corpos físico, emocional e espiritual. Ita Wegman, inicialmente como fisioterapeuta e posteriormente já como médica, foi que construiu

e organizou as bases da MA. Também foi a partir do seu trabalho que no mesmo período, 1921, se criaram os laboratórios farmacêuticos Weleda e Wala. Todas essas iniciativas não ficaram apenas na Europa, mas, circulam em todo o mundo levando a filosofia antroposófica para as áreas da saúde, educação, agricultura, farmácia, psicologia, entre outras áreas do conhecimento (FOLLADOR, 2013).

Embora a preparação para o exercício da MA seja realizada por médicos com formação convencional, que podem fazê-lo após sua residência médica, durante três anos, segundo Kienle e colaboradores (2015, p. 8), a MA pode também ser:

Praticada por médicos, terapeutas e enfermeiros e provê tratamentos e terapias específicos que incluem medicamentos, arte, movimento, massagens e técnicas específicas de enfermagem. Há opções de tratamento para todo o espectro de doenças agudas e crônicas, com foco nas doenças infantis, medicina de família e especialmente nas doenças crônicas que necessitam de tratamentos longos e complexos.

Ao mesmo tempo que luta para mostrar que possui uma base científica, a Antroposofia possui uma visão holística muito forte sobre o ser humano e a sua natureza espiritual. Para Steiner, a Antroposofia seja na sua vertente médica ou na educacional, é um modelo de pensamento avançado e evoluído. É importante frisar que a Antroposofia possui três tradições integradas à sua base de conhecimento: a tradição empírica da ciência moderna, iniciada por Copérnico, Kepler e Galileu; a tradição cognitiva da filosofia, iniciada por Platão e Aristóteles e trazida a um apogeu durante o idealismo alemão de Hegel, Fichte, Schelling, Schiller e Goethe; e, por fim a tradição esotérica de base cristã (STEINER, 2008b).

Como dito anteriormente, a MA tem sua prática com bases holísticas, isso significa ir além da doença. Na prática se buscam formas de fortalecer as pessoas com problemas em sua saúde, levando em consideração todas as suas dimensões: física, emocional, mental, espiritual e social. Nesse contexto, os cuidados e tratamentos são adequados ou estabelecidos segundo o ambiente em que vive o doente, sua família e o que pensa sobre o processo que está vivenciando. O tratamento visa restaurar a condição prévia de saúde e ao mesmo tempo mostrar a responsabilidade que cada pessoa tem consigo e que a doença pode trazer força interior a pessoa doente e até um novo recomeçar (KIENLE et al., 2015). Mas, qualquer que seja o tratamento, antes de tudo se faz necessário se obter um diagnóstico, que na MA ocorre seguindo o seguinte processo:

Diagnosticar, portanto, na medicina antroposófica é, antes de tudo: f realizar exame físico e anamnese completos do indivíduo; f demandar exames complementares laboratoriais em caso de necessidade; f traçar os processos de desarmonia – dinâmica contração/expansão entre os sistemas constitutivos das dimensões do sujeito individual (trimembração); f analisar os períodos de vida (setênios) do sujeito como elementos úteis na avaliação de eventos e disfunções significativos no seu processo saúde-adoecimento; f identificar estagnação ou aceleração nos fluxos dos elementos terra, água,

ar e fogo, presentes na quadrimembração do sujeito (LUZ; WENCESLAU, 2012, p. 207).

Após essa etapa, é que a MA oferece um indicativo das terapias antroposóficas que podem auxiliar de forma conjunta e independente as pessoas que buscam cuidados de saúde antroposóficos. Além dos tratamentos convencionais, a MA utiliza medicamentos especiais de seus laboratórios e procedimentos terapêuticos especiais tais como a eurtmia terapêutica, a massagem rítmica, a terapia artística antroposófica e/ou o aconselhamento biográfico. Além disso, existem vários procedimentos de enfermagem antroposófica para situações especiais tais como as aplicações externas de fricções, compressas, hidroterapia e banhos medicinais, usados como cuidados terapêuticos e de enfermagem para estimular, fortalecer, ou regular os processos higiênicos. Com esse propósito são utilizados óleos essenciais, ácidos graxos, tinturas, unguentos e o dióxido de carbono em banhos. Todos estes elementos oriundos dos laboratórios Weleda, assim como os medicamentos para uso interno, externo ou parenteral (GARDIN; SCHLEIER, 2009).

A farmácia antroposófica tem concepções holísticas e segundo seus praticantes, são concebidos de acordo com o conhecimento antroposófico do ser humano, através do uso de elementos dinamizados que podem estar como tinturas, extratos secos ou chás (IAAP, 2017).

Partindo do princípio que todos os processos normais ou doentes que ocorrem no organismo humano encontram na natureza algum processo correlato ou oposto, indica-se o medicamento antroposófico na tentativa de estimular no indivíduo uma reação que o levará a cura ou alívio da enfermidade atuando nas forças autocurativas do organismo, proporcionando um modelo orientador para o órgão ou sistema doente (...) Os medicamentos podem agir baseados em três modos: estimulando um processo contrário à doença – ação alopática que atua de acordo com o princípio dos contrários; agindo de modo semelhante à doença – ação homeopática que atua de acordo com o princípio dos semelhantes; ou proporcionando um princípio orientador para o órgão ou sistema doente (MAGALHÃES; NARDIN; NAKAMURA, 2018, p. 72).

Como colocado anteriormente, a base do cuidado e tratamento antroposófico não se limita ao uso de medicamentos. A terapêutica antroposófica, após o diagnóstico, pode utilizar vários outros recursos, a medicação pode ser uma delas. Sobre estes recursos é que se fará uma apresentação e descrição a seguir.

A Antroposofia e a MA como recurso terapêutico segundo Steiner

Para se pensar a MA como uma Prática Integrativa Complementar (PIC) os profissionais devem tentar compreender e estudar os princípios básicos filosóficos antroposóficos. No final do século XIX e início do século XX, período que Steiner escrevia e dava cursos e palestras sobre o papel da Antroposofia para a saúde humana, muitos materialistas defendiam o conhecimento científico médico fundamentado em investigações apenas de natureza física. Por outro lado, o que Steiner e muitos idealistas propunham, era que a compreensão do processo saúde e doença, bem como os cuidados as pessoas, necessitavam do conhecimento das “experiências do espírito humano e sua compreensão autêntica só seria possível por um estudo não empírico, reflexivo e filosófico deste universo subjetivo humano” (WENCESLAU; RÖHR; TESSER, 2014, p. 129) visto que mesmo em situação de enfermidade, a doença não poderia ser algo verificável apenas a partir dos sentidos físicos.

Apesar desse olhar diferenciado, a MA para Steiner e Ita Wegman, não se colocava como uma opositora ao modelo biomédico. Para ambos, os conhecimentos biomédicos convencionais eram apenas insuficientes para o acompanhamento terapêutico de uma pessoa vulnerável do ponto de vista físico, mas, não deveria ser desprezado. Nesse sentido, eles podiam adotar ações conjuntas, mas, sempre aliando a oferta de tratamentos da MA, visto que esta vai muito além da perspectiva do cuidado da ‘doença’ física, já que para a Antroposofia, todo ser humano tem uma dimensão espiritual que não pode ser esquecida ou deixada de lado. Os fundamentos antroposóficos acerca das condições de saúde e adoecimento devem ser vistos considerando que:

Na visão antroposófica, o ser humano é constituído por quatro corpos: o corpo físico, que traduz a materialidade e pelo qual estamos submetidos às leis da física e da química; o corpo etérico, que responde pela condição de sermos um organismo vivo e pelos processos relacionados à vida, como crescimento e reprodução; o corpo astral, que é responsável pelo estado de vigília, pela formação de um universo singular de sensações e reações que interage com o mundo ao seu redor; e a organização do eu, que propicia, ao ser humano, a experiência de autoconsciência e de poder agir de forma não condicionada, isto é, livre (STEINER, 2004 apud WENCESLAU, RÖHR; TESSER, 2014, p. 130).

Seguindo a perspectiva dos quatro corpos que um ser humano possui, a saúde no olhar da Antroposofia ocorre quando existe um equilíbrio dinâmico dos três sistemas antroposóficos (trimembração¹, quatro corpos e quadrimembração²) que dão

¹ Trimembração: vincula o funcionamento dos diversos órgãos do corpo humano a três sistemas: o sistema neurossensorial, (atividades neurofisiológicas de percepção e consciência);

vida aos seres humanos. A doença se torna presente quando há um desequilíbrio nesses sistemas e portanto, desarmonia (STEINER, 2008a).

Para o profissional que atua de acordo com a racionalidade biomédica, a ampliação de seus conhecimentos com a incorporação deste modelo de racionalidade médica complementar, pode ampliar as estratégias e instrumentos de tratamento e cuidado as pessoas enfermas. É possível incorporar as ações da MA aos protocolos biomédicos, como por exemplo, a avaliação biográfica dos setênios, a massagem rítmica, uma alimentação especial direcionada aos pontos de desequilíbrio dos três sistemas apresentados por Steiner, entre muitas outras possibilidades terapêuticas. E nesse sentido, o profissional médico percebe que não vai poder trabalhar sozinho, ele necessitará de outros profissionais antroposóficos não médicos, para junto com ele acompanhar o processo de cura do paciente (LUZ; WENCESLAU, 2012).

Na prática observa-se o quanto a MA pode ser utilizada de forma ampla, associando ações da medicina com enfermeiras(os), odontólogas(os), nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogas(os), entre outras linhas de atuação da saúde. Estes profissionais poderão ter especialidades ligadas as práticas terapêuticas antroposóficas, tais como a massagem rítmica, a euritmia, o aconselhamento biográfico, as artes e a musicoterapia antroposófica, em um modelo de atuação multiprofissional de modo a integrar os recursos terapêuticos da Antroposofia com aqueles do sistema biomédico (BENEVIDES, 2012). Sobre algumas destas práticas é que se farão os subtópicos a frente.

A Medicação Antroposófica

Uma característica dos medicamentos antroposóficos é a sua obtenção de substâncias minerais, vegetais ou animais. A matéria prima cujas bases sejam vegetais não pode ser geneticamente modificada e têm cultivo orgânico ou biodinâmico, sem uso de agrotóxicos, fertilizantes químicos ou herbicidas sintéticos (GARDIN; SCHLEIER, 2009). Nesse sentido, profissionais ligados a agricultura biodinâmica, bem como farmacêuticos e químicos com formação antroposófica são imprescindíveis.

No Brasil, os medicamentos classificados como antroposóficos são preparados seguindo os princípios da farmacotécnica antroposófica e conceitos da MA, ainda que suas indicações sejam baseadas em matérias médicas homeopáticas (BRASIL, 2007). Mesmo que a homeopatia venha de um modelo diferente no Brasil e em muitos outros países, algumas legislações enquadram os medicamentos antroposóficos na categoria

o sistema metabólico-motor, (movimento e à digestão de nutrientes); e o sistema rítmico, (possui características dos dois outros sistemas) (STEINER, 2007)

² Quadrimembração: reúne padrões qualitativos da realidade - corpos, organizações ou níveis (STEINER, 1999)

de medicamentos homeopáticos ou justificam seu uso pela matéria médica homeopática, o que demonstra que os medicamentos pela MA não são totalmente regulados na legislação, pois não levam em consideração as diferenças entre o uso de medicação antroposófica e medicação homeopática (IVVA, 2017).

Importante referir que desde os anos iniciais de 1900, por volta de 1904, Steiner já fazia referência a uma planta semiparasita chamada de *Viscum album*, que segundo ele poderia ser uma grande aliada no tratamento de alguns tipos de câncer.

Trata-se então de uma planta que não cresce diretamente na terra, mas em meio da copa de árvores, num ambiente totalmente aeriforme. Como a planta carece de raízes, para o seu desenvolvimento depende da árvore na qual cresce, em cujos galhos ela penetra através de pseudorraízes (haustório) até atingir o câmbio, onde entrará em contato com a água do hospedeiro (KALIKS, 2017, p. 61).

A partir de um encontro de Rudolf Steiner com uma naturopata em 1908, é que a Antroposofia iniciou os primeiros medicamentos preparados com extratos de *Viscum album* para uso oral em tratamentos de pessoas com câncer. Contudo, foi Ita Wegman, quem estudou e iniciou os tratamentos injetáveis com o *Viscum*, observando seus resultados e efeitos positivos no controle de alguns cânceres.

No final de 1916, Steiner tratou em duas palestras em Zurique (Suíça), e pela primeira vez, de aspectos essenciais do *Viscum album* do ponto de vista de suas propriedades terapêuticas e nessas palestras ele fez também considerações sobre o câncer. Muito possivelmente imediatamente após estas palestras, Ita Wegman, que tinha estudado medicina em Zurique entre 1905 e 1912, especializando-se depois em ginecologia, falou com Steiner sobre o tratamento do câncer e aí ele indicou a necessidade de que o preparado de *Viscum* fosse injetável, que atuasse diretamente no sistema circulatório. E em 1917, ano em que ela fundou sua própria clínica nessa cidade, Ita Wegman, com a ajuda de um farmacêutico de Zurique, preparou os primeiros injetáveis à base desta planta para tratar pacientes com câncer (KALIKS, 2017, p. 58).

Este interesse de Wegman e Steiner associados a perícia do químico e farmacêutico Oskar Schmiedel, fundador do primeiro laboratório antroposófico, é que tornaram possíveis também a fundação da Medicina Antroposófica e se fizesse todo um estudo para a produção de medicamentos antroposóficos, capazes de atender as demandas conceituais da Antroposofia e a prática médica iniciada não apenas por Steiner, mas, também por Ita Wegman (SELG, 2016). A planta aqui citada é apenas uma das utilizadas para a elaboração de fórmulas farmacêuticas antroposóficas que os laboratórios Weleda dinamizam. Lembrando também que por conta da necessidade de ter plantas saudáveis, as Associações Antroposóficas ligadas a estes laboratórios, incentivam a organização de fazendas com cultivos de natureza Biodinâmica.

O cultivo biodinâmico se difere dos demais cultivos, incluindo o orgânico, porque faz uso de preparados biodinâmicos, dinamizados segundo os princípios da

homeopatia (altas diluições), que são aplicados no solo, nas plantas e nos compostos que as adubam. Nesse modelo de agricultura, o marco conceitual presente preconiza práticas onde existe uma grande interação entre animais e vegetais, associando o ciclo animal e vegetal a um calendário astrológico biodinâmico. Todas as práticas visam o uso dos produtos minerais, animais e vegetais em preparados biodinâmicos que possam proteger o meio ambiente e as pessoas. Destes cultivos é que são gerados os medicamentos, os alimentos e outros produtos utilizados e/ou indicados pela MA (LEITE; POLLI, 2020).

Aconselhamento Biográfico

O aconselhamento biográfico tem por base o estudo da 'Biografia' da pessoa em tratamento antroposófico a partir de seus 'setênios':

O Método do trabalho biográfico foi criado pela médica Gudrun Burkhard a partir da Antroposofia de Rudolf Steiner e tem suas bases na observação goethianística dos acontecimentos da vida humana. Desta forma, a vida apresenta ciclos de sete anos, chamados de setênios, que são permeados de crises de desenvolvimento que impulsionam a pessoa a ir ao encontro da sua missão de vida. O trabalho biográfico é complexo, pois compreende três pilares de observação: a cognição imaginativa, a cognição inspirativa e a cognição intuitiva e que, respectivamente, correspondem, em um primeiro momento, enxergar a vida por meio de imagens e cores, depois a observação dos atos praticados e encontros que influenciaram a trajetória e, por último, os ritmos, espelhamentos e metamorfoses, oriundos do Cosmo, que afetam a vida humana (VIEIRA, 2022, p. 82).

Quando se faz um aconselhamento biográfico, todo o processo considera três elementos da história de vida de uma pessoa: passado, presente e futuro. A atenção na construção desta linha biográfica é observar como a pessoa viveu e se relaciona com cada fase de sua vida a cada sete anos. Buscam-se as particularidades e as experiências que foram marcantes (seja pela alegria ou pela dor), assim como o cotidiano trivial, o que se esperava sem surpresas. Para a Antroposofia e a MA, tudo tem uma razão de ser e faz sentido, naquilo que é marcante no processo saúde e doença, naquilo que se refere às instâncias do ser humano: o aspecto biológico, o aspecto emocional ou anímico, e o aspecto espiritual (ONEIL, 2014).

Terapias Externas Antroposóficas (TEA): alguns exemplos

Pugliesi e Ghelman (2017) consideram como TEA as aplicações realizadas na pele e/ou mucosa com substâncias naturais oleosas ou aquosas ou toques especiais que podem ser quentes, mornos, frios e até mesmo gelados. Para Miglio (2010) a utilização das terapias externas pela enfermagem na atenção primária em saúde enquanto uma proposta de intervenção segundo os pressupostos da medicina antroposófica, são práticas ancestrais resgatadas por Steiner e Ita Wegman.

Estas aplicações podem ser de distintos tipos, tais como as compressas, cataplasmas ou emplastos, escalda-pés ou pedilúvios, envoltórios ou enfaixamentos. O problema diagnosticado e o que é apresentado pelo paciente é que irão determinar o tipo de TEA, local de aplicação e temperatura, bem como a substância que será incorporada à terapia escolhida. Pode ser uma pomada, um vegetal (legume ou erva aromática) ou um mineral (argila) (RIBEIRO, 2013).

Massagem Rítmica

A Massagem Rítmica (MR) é uma TEA que segue os princípios holísticos da MA. É um recurso terapêutico desenvolvido segundo os conceitos teóricos e práticos da massagem clássica sueca, mas, que depois foi continuamente adaptada e modificada por Ita Wegman, conforme o paciente e os novos aprendizados sobre como trabalhar o toque corporal terapêuticamente. Ita Wegman estudou a massagem sueca e a hidroterapia em Amsterdã, na escola de Mezger. O Brasil, onde esta massagem inicialmente era realizada apenas por Enfermeiras (os), teve em 1991 o primeiro curso de formação em Massagem Rítmica segundo os princípios da Escola Margarethe Hauschka de Terapia Artística e Massagem Rítmica em Boll-Alemanha, sob a direção de Imrgard Marbach, professora e coordenadora dessa formação em vários países. Atualmente a massagem rítmica é mais realizada por fisioterapeutas com treinamento entre 1 a 3 anos em MR (NIARID; NIARIDI, 2021).

O ritmo adequado a cada paciente está presente no toque da MR e esta é uma das principais diferenças entre este tipo de massagem e a massagem clássica sueca. Ou seja, a massagem não é igual para todas as pessoas, o tocar cada pessoa tem a ver com o diagnóstico e a necessidade de quem é massageado. A ideia de Ita Wegman era que a MR fosse uma massagem mais suave e leve do que a massagem sueca, compreendendo técnicas de deslizamento, amassamento em movimentos circulares, fricção, percussão e vibração com uso de pomadas e óleos contendo substâncias fitoterápicas ou metais como cobre e ferro, geralmente prescritos pelos médicos de acordo com o objetivo do tratamento (VEGEDES et al., 2019).

Óleos de lavanda, rosmarinho e bétula são bastante utilizados para ampliar o efeito relaxante da massagem em todos o corpo, já as pomadas normalmente são aplicadas em órgãos específicos como coração, fígado, rim ou baço. Em situações bem específicas, como no tratamento da hérnia de disco, alguns profissionais aplicam injetáveis dinamizados segundo os preceitos antroposóficos como forma de diminuir a dor, associando estes medicamentos injetáveis com a massagem rítmica (SEIFERT et al., 2018).

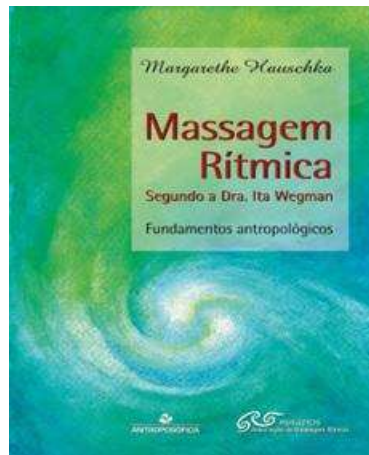


Figura 03: Livro de Massagem Rítmica de Margarethe Hauschka¹

Banhos Medicinais

Para a MA, os efeitos dos banhos medicinais e/ou terapêuticos, ajudam no equilíbrio do sistema rítmico das pessoas porque permite o aprofundar da respiração e ao mesmo tempo induz a um relaxamento dos músculos e do peso da pessoa. Para os profissionais antroposóficos, o banho com ou sem óleos relaxantes, conforme a temperatura da água, pode estimular a circulação, aumentar a diurese e a vasodilatação. Na Nova Zelândia, muitas enfermeiras de formação antroposófica, relatam que os banhos associados as massagens e emplastros quentes com gengibre, diminuem as dores de portadores de osteoartrite o que a médio e longo prazo aumentam a independência e proporcionam autonomia a quem faz o tratamento diariamente (MIGLIO, 2010; THERKLESON, 2010).

Terapia Artística ou Arteterapia Antroposófica

Foi desenvolvida principalmente por Margareth Hauschka que fundou em 1962 a primeira instituição de treinamento nessa modalidade de terapia. Esta terapia envolve o uso de técnicas de escultura, pintura, música e articulação da fala. Pode ser realizada como uma terapia individual, ou individual em pequenos grupos, ou como terapia de grupo com um maior número de pessoas. Para atuar nessa área faz-se necessário uma graduação universitária de quatro anos e mais de dois anos de experiência profissional sob a supervisão de um mentor. Na Alemanha, Holanda e Suíça os formandos não são considerados apenas terapeutas, em sua maioria estes são artistas plásticos. No Brasil, a formação desses terapeutas é totalmente vinculada à

¹ Margarethe Hauschka (1896-1980) foi médica, terapeuta artística e massagista antroposófica, segundo os preceitos antroposóficos de Steiner e Wegman.

saúde sem necessariamente o profissional desenvolver ou atuar como artista (BASTOS; MERCANTE; PEREIRA, 2022).

Outras terapias podem ser estudadas por quem tem interesse em MA, mas, é fundamental que os profissionais que se interessam pelos estudos na área da saúde com base antroposófica, que estes vejam junto as associações específicas, como se prepararem para atuar com este referencial.

Algumas considerações finais sobre a Medicina Antroposófica

Embora poucas pessoas conheçam os pressupostos da MA porque no SUS a existência de profissionais com formação na área ainda é bastante limitada, percebe-se, que onde ela foi implementada, que esta é uma proposta de cuidado e tratamento onde o processo educativo é contínuo entre o profissional e o paciente. Cada terapia ofertada como parte de um tratamento parece levar ao autoconhecimento, por isso ela induz a pensar na mesma como uma terapêutica educacional para profissionais e usuários que buscam cuidados a sua saúde.

Intervenções como o Biográfico por exemplo, representam um caminho para o conhecimento que cada pessoa pode ter de si, através de sua trajetória, dos embates e impactos positivos e negativos da história que cada pessoa carrega como parte de sua vida. Nesse contexto, cada terapia antroposófica, pode se tornar uma tecnologia educacional, voltada a orientação do processo saúde e doença das pessoas, mostrando a ligação existente entre os valores e crenças que acompanham os processos que podem induzir a doença, ao caos físico espiritual e a falta de controle sobre o corpo, a mente e o espírito ou ao equilíbrio.

A MA, como toda e qualquer PICs pode ser um indutor de vivências mais saudáveis que podem levar a libertação das pessoas ou pelo menos a torná-las mais proativas quando doentes e em tratamento. Vale destacar que a MA pode melhorar a qualidade de vida e o bem-estar físico, emocional e espiritual seja do paciente ou mesmo do profissional que o atende. Isso significa ser possível afirmar que os impactos da MA junto aos profissionais de saúde são tão importantes quanto aqueles relacionados aos pacientes que cuidam. E o que se percebe é que aqueles com atuação antroposófica, aparentam ter estratégias de regulação emocional e espiritual que servem de apoio a eles próprios durante os trabalhos que realizam em condições estressoras.

Lamentavelmente a oferta dessas práticas ainda é tímida mesmo no SUS das grandes cidades / capitais. O acesso as PICs, e em particular a MA, é limitado, o que indica que se tem pela frente uma caminhada desafiadora que envolve a capacitação dos profissionais, empregabilidade nos serviços públicos e privados e parcerias com os gestores municipais e governamentais, de modo a tornar possível espaços adequados e profissionais atualizados e preparados para um atendimento de qualidade.

Referências

BASTOS, R. L. de; MERCANTE, M. S.; PEREIRA, P. P. G. A transnacionalidade terapêutica antroposófica Brasil-Suíça: uma Bildung decolonial? *Religião e Sociedade*, v. 42, n. 1, p. 201-219, 2022. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872021v42n1cap09> .

BENEVIDES, I. de A.; CAZARIN, G.; LIMA, S. J. F. de L. Antroposofia aplicada à saúde em dez anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: aspectos históricos e considerações para sua implementação. *J. Manag Prim Heal Care*, v. 8, n 2, p. 266- 277, 2017. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/532/577> .

BENEVIDES, I. de A. Resultado do estudo de campo: a medicina e o médico antroposófico nas vozes de quatro gerações brasileiras distintas. In: LUZ, M. T.; AFONSO, V. W. (Org.). *Medicina antroposófica como racionalidade médica e prática integral de cuidado à saúde: estudo teórico-analítico e empírico*. Juiz de Fora: UFJF, 2014. p. 103–64.

BENEVIDES, I. de A. Observatório dos serviços de medicina antroposófica no Sistema Único de Saúde: resultados parciais do monitoramento no período 2009-2011. *Arte Med Ampl*, v. 32, n. 1, p. 26 – 34, 2012. Disponível em: <http://www.abmanacional.com.br/arquivo/ce902d9c349d271e6a70bb0208844b871f179da9-32-1-ma-no-sus.pdf> .

BRASIL. *Práticas Integrativas e Complementares de Saúde - Glossário Temático*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossariotematico.pdf> .

BRASIL. Resolução n. 26, de 30 de março de 2007. Dispõe sobre o registro de medicamentos dinamizados industrializados homeopáticos, antroposóficos e anti-homotóxicos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; ANVISA, 2007 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/res0026_30_03_2007.html .

FOLLADOR, E. C. R. Medicina antroposófica: um novo paradigma para as questões da medicina moderna. *Rev Med*, v.92, n. 3, p. 166 – 172, jul.-set., 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79997/83917> .

GARDIN, N. E. & SCHLEIER, R. *Medicamentos antroposóficos: Vademecum*. São Paulo: João de Barro; 2009.

IAAP (International Association of Anthroposophic Pharmacists). *Anthroposophic Pharmaceutical Codex - APC*. Edition 4.2. Dornach/ Switzerland: IAAP, 2020. Disponível em: https://iaap-pharma.org/fileadmin/user_upload/pdf/apc/Anthroposophic_Pharmaceutical_Codex__APC__edition_4.2.pdf .

IVVA (International Federation of Anthroposophic Medical Associations). *Legal status of anthroposophic medicine*. January, 2017. Disponível em: <https://www.ivaa.info/> .

KALIKS, B. A indicação do *Viscum album* para tratar o câncer Os fundamentos antroposóficos do tratamento do câncer com medicamentos elaborados a partir do *Viscum album*. *Arte Médica Ampliada*, v. 37, n. 2, p. 57 – 64, abril/junho, 2017. Disponível em: <http://abma.com.br/wp-content/uploads/2017/09/37-2-Viscum-album-Fundamentos-antropos%C3%B3ficos.pdf> .

KIENLE, G. S. et al. Medicina antroposófica: um sistema de medicina integrativa originado na Europa. *Arte Médica Ampliada*, v.35, n.1, p. 7 – . 19,jan./fev., 2015. Disponível em: <http://abmanacional.com.br/arquivo/3af69e67216a9d42e17dfef8ab7c00a3294af8be-35-1-medicina-antroposofica.pdf> .

LEITE, A. B. & POLLI, H. Q. Agricultura orgânica no Brasil com enfoque na agricultura biodinâmica. *Interface Tecnológica*, v. 17 n. 1, p. 417 – 430, 2020. Disponível em: <https://revista.fatectq.edu.br/interfacetecnologica/article/view/787/481> .

LUZ, M.T.; WENCESLAU, L.D. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: LUZ, M. T. & BARROS, N. F. (Org.) Racionalidades e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.185-216.MAGALHÃES, J.; GARDIN, N. E. & NAKAMURA, M. U. Medicamentos antroposóficos e homeopáticos: semelhanças e diferenças. *Arte Médica Ampliada*, v. 38, n. 32, p. 67 – 75, abril/junho, 2018. Disponível em: <http://abmanacional.com.br/wp-content/uploads/2019/01/38-2-Medicamentos-antropos%C3%B3ficos-e-homeop%C3%A1ticos.pdf> .

MIGLIO, A. A. A utilização de terapias externas pela enfermagem na atenção primária em saúde: uma proposta de intervenção segundo os pressupostos da medicina antroposófica. 50f. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva). Escola de Enfermagem/Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DSGK4/1/monografia_ana_miglio_2_.pdf ,

MORAES, W. A. de. *Medicina Antroposófica: um paradigma para o século XXI*. São Paulo: ABMA, 2007.

NIARADI, F. dos S. L.; NIARADI, M. Massagem Rítmica: uma prática integrativa e complementar de enfoque holístico na Fisioterapia. *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA*, v. 12, n. 1, p. 15-30, janeiro/julho. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/12318> .

ONEIL, G. *A vida humana: fundamentos antroposóficos para a compreensão da biografia individual*. São Paulo: Antroposófica: AdVerum Editorial, 2014.

PUGLIESI, V. E. M.; GHELMAN, R. Terapias externas antroposóficas: Definições e revisão literária. *Arte Médica Ampliada*, v. 37, n. 3, p. 100-106, jul./set. 2017. Disponível em: <http://abmanacional.com.br/wp-content/uploads/2019/01/37-3-Terapias-externas-antroposo%CC%81ficas.pdf> .

RIBEIRO, R. M. O Cuidado ampliado pela antroposofia: Um estudo de caso sobre a prática da enfermagem antroposófica. 123f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Juiz de Fora: Universidade de Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2405/1/rubiamararibeiro.pdf> .

SEIFERT, G. et al. Rhythmical massage improves autonomic nervous system function: a single-blind randomized controlled trial. *J Integr Med*, v. 16, n. 3, p. 172-177, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095496418300372>

SELG, P. Mensch und Mistel. Berlin: Salumed, 2016.

STEINER, R. Pontos de vista da ciência espiritual para a medicina: 2º curso para médicos e estudantes de medicina. São Paulo: João de Barro, 2008a.

STEINER, R. Goethe's theory of knowledge: an outline of the epistemology of his worldview (1886). Great Barrington (MA): SteinerBooks, 2008b.

STEINER, R.; WEGMAN, I. Elementos fundamentais para uma ampliação da arte de curar. 3a ed. São Paulo: Editora Antroposófica, 2007.

STEINER, R. Teosofia: introdução ao conhecimento suprasensível do mundo e do destino humano. 7a ed. São Paulo: Antroposófica, 2004.

STEINER, R. The healing process: spirit, nature and our bodies: lectures August 28, 1923 – August 29, 1924, in various cities. Hudson: Anthroposophic Press, 1999.

THERKLESON, T. Ginger compress therapy for adults with osteoarthritis. *J Adv Nurs*, v. 66, n. 10, p. 2225 – 2233, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20626491/> .

WENCESLAU, L. D; RÖHR, F.; TESSER, C. D. Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 18, n. 48, p. 127 – 138, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SgLqW6dwGSCCPmVNcWC4VzQ/?format=pdf&lang=pt> .

VAGEDES J, et al. Efficacy of rhythmical massage in comparison to heart rate variability biofeedback in patients with dysmenorrhea - A randomized, controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 2019; 42: 438-444. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965229918302991>.

VIEIRA, K. C. As estações da vida de Elton Mayo a visão da sua biografia ampliada pela Antroposofia. *Revista Jataí*, v. 4, p. 82 – 106, 2022. Disponível em: <https://frs.edu.br/wp-content/uploads/2022/10/Revista-Jatai-online-final-1-03-10-2022.pdf#page=81> .

Sobre a autora:**Yolanda Flores e Silva**

Docente / Investigadora – Escola de Artes, Comunicação e Hospitalidade/ Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Vale do Itajaí

E-mail: floresesilva.yolanda907@gmail.com / yolanda@univali.br

Doutora em Enfermagem (Linha de Pesquisa: Filosofia da Saúde) em 1999, Mestrado em Antropologia Social (Linha de Pesquisa: Antropologia da Saúde) em 1991, Bacharelado em Enfermagem Generalista em 1986, todos pela Universidade Federal de Santa Catarina. Realizou estudos pós-doutorais na Faculdade de Economia (Área de Pesquisa: Turismo) pela Universidade do Algarve (UALg) em Portugal, onde desde então atua junto a QRER - Cooperativa para o Desenvolvimento dos Territórios de Baixa Densidade do Algarve. É Professora e Investigadora na Universidade do Vale do Itajaí nas áreas de Ciências Sociais com ênfase em Antropologia, Economia e Gestão Local e Ciências da Saúde com ênfase em Saúde Comunitária. Na área da saúde os termos mais frequentes em seus trabalhos são: bem-estar, comunidades tradicionais, desenvolvimento local, itinerários terapêuticos, vida saudável e vida de qualidade.

APITERAPIA

Cassia Regina Alves Pereira

Carlos Tadeu Portugal Costa

Introdução

Embora muitos acreditem que a apiterapia - Apis é uma palavra latina que significa abelha - seja o tratamento através da inoculação do veneno da abelha por picadas, essa é apenas uma num vasto terreno terapêutico que as abelhas nos proporcionam e que são inclusas nessa antiga prática. Logo, a apiterapia é a ciência (e a arte) do uso de produtos apícolas a fim de manter a saúde e ajudar o indivíduo a recuperá-la quando uma doença ou acidente interfere na função orgânica humana ou animal.

Hoje, a apiterapia compõe o rol das terapias apresentadas nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que fazem parte do SUS. Desse contexto, utilizam-se vários produtos extraídos da natureza, produzidos pelas abelhas e biotransformados por suas enzimas digestivas, gerando mel, própolis, pólen (pão das abelhas), cera, geleia real, apilarnil (larvas de zangão), ar da colmeia e, por fim, a famosa apitoxina os quais serão descritos a seguir.

Histórico

Estima-se que este inseto (*Apis mellifera*) esteja sobre a face da Terra desde sempre. No passado, os produtos de apiterapia eram frequentemente utilizados como remédios naturais para a manutenção da saúde. Em muitos países, os produtos apícolas fazem parte da medicina tradicional (HELLNER et al., 2007; AJIBOLA et al., 2012; WEHBE et al., 2019).



Imagem 1: *Apis mellifera*

(<https://ncbiinsights.ncbi.nlm.nih.gov/2018/11/09/october-2018-refseq-annotations/>)

As raízes da apiterapia remontam há mais de 6.000 anos de medicina no Egito antigo. Gregos e romanos também usavam produtos apícolas para fins medicinais. Há, além disso, evidências de que o mel fazia parte da medicina tradicional chinesa: o famoso livro de receitas antigas com cinquenta e duas prescrições datadas do século III a.C., encontrado em Changsha, província de Hunan, contém duas prescrições envolvendo abelhas, uma das quais usa-se mel para tratar doenças, compondo a milenar Medicina Tradicional Chinesa (MTC) (HELLNER et al., 2007).

Hipócrates, há cerca de 400 anos antes de Cristo, aceitava o uso de produtos apícolas de forma terapêutica, inclusive a apitoxina, por ele denominada Arcanum. O famoso erudito romano Plínio afirmou em seus escritos que a própolis reduz inchaços, alivia a dor e cura feridas. Há uma referência no Alcorão sobre as propriedades medicinais de um líquido produzido pelas abelhas, o qual também é citado em muitos textos religiosos, incluindo o Veda e a Bíblia (WEHBE et al., 2019; RANNEH et al., 2021).

Nos EUA, a apiterapia foi praticada há quase 100 anos pelo médico Dr. Bodog Beck, que começou a tratar pessoas em seu consultório na cidade de Nova York no final da década de 1920. Beck escreveu o livro *Bee Venom Therapy*, o qual tem sido um texto clássico faz 60 anos (PARK et al., 2015).

Produtos usados na Apiterapia

Mel

A composição do mel é principalmente açúcares e água, além de vitaminas e minerais, incluindo ácido ascórbico, ácido pantotênico, niacina e riboflavina; juntamente com minerais como cálcio, cobre, ferro, magnésio, manganês, fósforo, potássio e zinco. Os outros constituintes são: aminoácidos, inibina rica em antibióticos, proteínas, antioxidantes fenólicos e micronutrientes. O açúcar mais abundante no mel é a frutose (AJIBOLA et al., 2012; CORNARA et al., 2017; RANNEH et al., 2021).

A composição qualitativa e quantitativa do mel - incluindo os constituintes antioxidantes e outras substâncias fitoquímicas - se dá como um reflexo da fonte floral, bem como reflexo da variedade do mel em particular. A coloração também influencia no seu teor de antioxidantes, visto que méis mais escuros possuem maior quantidade comparado aos mais claros (RANNEH et al., 2021). Méis naturais possuem importantes concentrações de fenólicos, flavonoides e carotenóides com alta capacidade antioxidante que estão biodisponíveis e aumentam a atividade antioxidante no plasma sanguíneo humano (BOGDANOV et al., 2008; AJIBOLA et al., 2012).

Tabela 1: Elementos químicos encontrados no Mel.

Minerais	Quantidade (mg/100 g)	Vitaminas	Quantidade (mg/100 g)
Sódio (Na)	1,6 – 17	Tiamina (B ₁)	0,00 – 0,01
Cálcio (Ca)	3 – 31	Riboflavina (B ₂)	0,01 – 0,02
Potássio (K)	40 – 3500	Niacina (B ₃)	0,10 – 0,20
Magnésio (Mg)	0,7 – 13	Ácido Pantotênico (B ₅)	0,02 – 0,11
Fósforo (P)	2 – 15	Piridoxina (B ₆)	0,01 – 0,32
Selênio (Se)	0,002 – 0,01	Ácido fólico (B ₉)	0,002 – 0,01
Cobre (Cu) ^a	0,02 – 0,6	Ácido ascórbico (C)	2,2 – 2,5
Ferro (Fe) ^a	0,03 – 4	Filoquinona (K)	0,025
Manganês (Mn) ^a	0,02 – 2		
Cromo (Cr) ^a	0,01 – 0,3		
Zinco (Zn) ^a	0,05 – 2		

(adaptado de AJIBOLA et al, 2012)

O alto perfil nutricional do mel natural, com ampla gama de nutrientes (embora em quantidades mínimas), incentiva seu uso como alimento. Devido às baixas quantidades de alguns dos nutrientes essenciais do mel natural, é aconselhável que adultos ingiram grandes porções (70 – 95 g por dia), para que seja possível obter todos os benefícios desejáveis. Dessa forma, é notável a propriedade nutritiva e nutracêutica, pois o mel natural é uma fonte eficaz de carboidratos e um melhor substituto da glicose para exercícios para o desempenho atlético (BOGDANOV et al., 2008; CORNARA et al., 2017; AL-KAFAWEEN et al., 2023).

A frutose possui menor índice glicêmico que a glicose, demonstrando que a sua substituição em indivíduos atletas e em pacientes diabéticos tem efeitos benéficos. A glicose é rapidamente metabolizada na absorção no sistema sanguíneo para fornecimento de energia. Por outro lado, a absorção da frutose é lenta e continuará a sustentar o indivíduo com energia enquanto, simultaneamente, a fração de glicose se esgota. Os vários constituintes fitoquímicos do mel também contribuem para a lenta taxa progressiva do metabolismo da frutose (BOGDANOV et al., 2008; RANNEH et al., 2021).

Os prebióticos são substâncias que facilitam o crescimento e a atividade biológica das populações de bifidobactérias no trato gastrointestinal (CORNARA et al., 2017). O consumo de mel é importante para a digestão humana e esse efeito é produzido pelos oligossacarídeos constituintes nele. Vários ensaios experimentais in

vitru e in vivu registraram a importância da suplementação alimentar com mel natural no crescimento de bactérias benéficas (bifidobactérias e lactobacilos) e seus efeitos prebióticos. Um estudo comparativo sobre açúcares naturais (mel) e artificiais (sacarose) mostra que o mel aumentou in vitru as bactérias benéficas, lactobacilos, bem como in vivu (experimentais dentro do intestino delgado e grosso de ratos), enquanto a sacarose não teve efeito. Em alguns casos, o consumo de quantidades relativamente grandes de mel natural (70-95g/dia) pode produzir um leve efeito laxante em pessoas com má absorção de frutose ou absorção inadequada (RANNEH et al., 2021; AL-KAFAWEEN et al., 2023).

No aspecto hematológico e imunológico, o mel usado como alimentação restrita em cobaias demonstrou uma resposta positiva na linfocitose, assim como maior atividade fagocítica de neutrófilos e contagem aumentada de eritrócitos demonstrada em hematócrito, atribuindo, assim, um papel notável na recuperação de quadros anêmicos (AJIBOLA et al., 2012; RANNEH et al., 2021).

Outra função nutracêutica do mel é o fornecimento de cálcio. Esse é facilmente absorvido pelo organismo e fortalece o desenvolvimento da massa óssea, auxiliando a redução do risco de osteoporose e baixa massa óssea, agente causador de fraturas em indivíduos idosos. Pesquisas em modelos animais mostram que a absorção de cálcio aumentou proporcionalmente com o aumento da ingestão de mel (CORNARA et al., 2017; AL-KAFAWEEN et al., 2023).

Por fim, o início do processo inflamatório descontrolado juntamente com a presença de estresse oxidativo desempenha um papel fundamental na incidência fisiopatológica de distúrbios crônicos, como doenças psiquiátricas, cardiovasculares, traumáticas, metabólicas e autoimunes (RANNEH et al., 2021). Recentemente, há evidências crescentes indicando que o mel pode ter efeito inibitório na inflamação crônica, estresse oxidativo e em sua expressão gênica relativa. Além disso, um grupo de fatores de transcrição como Nrf2, ERK1/2, NF- κ B, c-Jun e AP-1 foram implicados às propriedades anti-inflamatórias do mel, sendo esses fatores de transcrição responsáveis por numerosos processos biológicos, principalmente a produção de compostos antioxidantes e citocinas inflamatórias (AJIBOLA et al., 2012; AL-KAFAWEEN et al., 2023).

Dessa forma, o mel tem sido sugerido como um agente imunomodulador com dupla função: (1) atividades anti-inflamatórias através da regulação negativa dos fatores de transcrição inflamatórios (NF- κ B e MAPK) e/ou supressão da produção de citocinas pró-inflamatórias; e (2) estímulo à produção de mediadores inflamatórios, como a prostaglandina E2 (PGE2) e a ciclooxigenase-2 (COX-2) (CORNARA et al., 2017; WEHBE et al., 2019; RANNEH et al., 2021; AL-KAFAWEEN et al., 2023).

Própolis

A própolis é um complexo produto da colmeia, produzido pelas abelhas *Apis mellifera* e obtido de resinas vegetais, as quais apresentam-se como um importante aliado no controle de microrganismos indesejáveis (CORNARA et al., 2017).

Embora a sua composição química e as atividades biológicas dependam da localidade onde as colmeias estejam alocadas, os compostos fenólicos extraídos da própolis bruta são semelhantes, ainda que a ela seja variável quanto as fontes vegetais, a espécie de abelha, a intensidade luminosa, a altitude e a disponibilidade de alimento (CORNARA et al., 2017).

Sua notável propriedade terapêutica se dá devido a ser o produto apícola que contém a maior quantidade de compostos fenólicos com atividade antioxidante e de eliminação de radicais, favorecendo a recuperação de tecidos lesionados (RANNEH et al., 2021).

Estudos científicos relatam ação antitripanossômica, antimicobacteriana, antiplasmódica, imunomoduladora, antioxidante, citotóxica e, principalmente, antimicrobiana (CORNARA et al., 2017; RANNEH et al., 2021).

Pólen (Pão das Abelhas)

O pólen de abelha é uma matéria-prima a partir da qual as abelhas produzem o pão de abelha. Elas recolhem o pólen das anteras das plantas, misturam-no com uma pequena dose da secreção das glândulas salivares ou néctar e colocam-no em cestos específicos (corbículas) que se situam nas tíbias das patas traseiras. Estes são chamados de cargas de pólen. As abelhas do campo coletam e transportam o pólen apícola para a colmeia (KOMOSINSKA-VASSEV et al., 2015).

Na colmeia, o pólen coletado, umedecido com saliva e fragmentado por abelhas que não voam e, então, é acondicionado em células alveolares. Em seguida, a superfície do pólen coletado é coberta com uma fina camada de mel e cera. A substância criada é o pão de abelha que sofre fermentação anaeróbica e é preservado graças ao ácido láctico resultante. O pão de abelha constitui a fonte básica de proteína para a colônia de abelhas. Além disso, é também fonte de substâncias nutricionais e minerais para a geleia real produzida pelas abelhas operárias (KOMOSINSKA-VASSEV et al., 2015).

Nos grãos de pólen de diferentes espécies vegetais foram encontradas mais de 200 substâncias. Este contém em média 22,7% de proteína, incluindo 10,4% de aminoácidos essenciais como metionina, lisina, treonina, histidina, leucina, isoleucina, valina, fenilalanina e triptofano. Além disso, no pólen existem quantidades significativas de ácidos nucléicos, principalmente o ribonucléico. Os carboidratos

digestíveis se apresentam na quantidade média de 30,8%, sendo os açúcares redutores (frutose e glicose) presentes neste produto em cerca de 25,7% (KOMOSINSKA-VASSEV et al., 2015).

O pólen é caracterizado por um conteúdo bastante significativo de ligações triterpênicas sendo os mais frequentes os: ácidos oleanólicos, ácido 3-ursólico e álcool betulínico. Além disso, o pólen é uma fonte bastante significativa de provitamina A e as vitaminas E e D; já as frações hidrossúveis correspondem as vitaminas B1, B2, B6 e C, e ácidos: pantotênico, nicotínico e fólico, biotina, rutina e inositol. Quanto aos componentes minerais, apresentam os macronutrientes: cálcio, fósforo, magnésio, sódio e potássio, e micronutrientes: ferro, cobre, zinco, manganês, silício e selênio) (KOMOSINSKA-VASSEV et al., 2015; CORNARA et al., 2017).

O pão de abelha possui uma atividade hipolipidêmica diminuindo o conteúdo de lipídios totais e triacilgliceróis plasmáticos. Além disso, a diminuição da concentração de lipídios no soro correlacionou-se com o conteúdo de hormônios como insulina, testosterona e tiroxina, que são responsáveis por um maior metabolismo lipídico (KOMOSINSKA-VASSEV et al., 2015).

Outra importante atividade é a desintoxicante em fenômenos como doenças ocupacionais, contaminação por metais pesados, gases e poeiras industriais além de drogas sendo utilizado em preparações anti-reumáticas, anti-inflamatórias e antibióticas (bactérias Gram-positivas como: *Staphylococcus aureus* e bactérias Gram-negativas: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e em fungos como *Candida albicans*) (AL-KAFAWEEN et al., 2023).

Por fim, as propriedades adaptogênicas do pólen os quais se baseiam no aumento da resistência a fatores físicos, químicos e biológicos nocivos, também são indicadas, aumentando a aptidão física do organismo em sobrecarga física excessiva, afetando o centro sistema nervoso, melhorando as funções cerebrais, como memória, aprendizado, compreensão, pensamento e capacidade de concentração e estimulando o sistema imunológico (KOMOSINSKA-VASSEV et al., 2015; CORNARA et al., 2017).

Cera

As abelhas operárias secretam cera de abelha por glândulas localizadas em segmentos abdominais. Essa substância geralmente é produzida em maior quantidade durante a fase de crescimento da colônia no final da primavera e é usada para fazer favos. A cera de abelha é sintetizada a partir dos açúcares do mel e possui uma estrutura cristalina adequada para a construção de colmeias (FRATINI et al., 2016).

A composição química varia entre as espécies de abelhas e zonas geográficas e inclui: hidrocarbonetos (heptacosano, nonacosano, hentriacontano, pentacosano e tricosano), ácidos graxos livres e álcoois graxos livres, monoésteres de cera linear,

hidroximonoésteres derivados de palmítico, 15-hidroxipalmítico, e ácidos oleicos, e ésteres cerosos complexos contendo ácido 15-hidroxipalmítico e dióis (FRATINI et al., 2016; CORNARA et al., 2017).

A cera de abelha é conhecida como um dos principais remédios ayurvédicos para inflamações, contusões, queimaduras e calcanhares rachados. Pomadas à base de cera de abelha são citadas como úteis em dores articulares, feridas e queimaduras, são relatadas em textos antigos da medicina tradicional chinesa e no histórico Papiro de Ebers médico greco-romano Galeno (FRATINI et al., 2016).

Graças aos seus efeitos irritantes e comedogênicos muito baixos, a cera de abelha é amplamente utilizada em cosméticos e maquiagens modernas como espessante, emoliente e emulsificante (FRATINI et al., 2016).

Geleia Real

Desde a antiguidade a geleia real tem sido utilizada na medicina tradicional, especialmente na apiterapia asiática e no antigo Egito, porém, ao longo dos últimos anos, a busca por produtos naturais saudáveis incrementou o seu uso. Ela é o principal nutriente utilizado para a transformação de uma abelha comum em rainha, assim como utilizada na nutrição de zangões durante os 7 primeiros dias de vida (COLLAZO et al., 2021).

A geleia real é uma mistura complexa de substâncias comumente utilizadas pela indústria nutracêutica e cosmética. Sua composição é formada principalmente por água, proteínas, carboidratos, lipídios e, em menor proporção, oligoelementos, vitaminas e fenóis (COLLAZO et al., 2021).

Dentre as principais proteínas da geleia real, os aminoácidos livres são os principais componentes essenciais. Em relação aos lipídios, o ácido 10-hidroxi-2-decenóico (10-had) é a substância mais importante por ser um composto ativo único. Compostos fenólicos e voláteis também podem ser importantes por suas propriedades biológicas e seu potencial uso como marcadores para diferenciar geleias reais de diferentes origens ou épocas de colheita (COLLAZO et al., 2021).

A composição da geleia real é altamente variável e, portanto, novas técnicas analíticas são essenciais para estudar e avaliar a autenticidade e a qualidade do produto. No que diz respeito às suas propriedades biológicas, apresentam propriedades antilipidêmicas, antioxidantes, efeitos antimicrobianos, anti-inflamatórios além de antienvelhecimento ou estrogênicas (este, principalmente, na indústria de cosméticos). Ela é consumida mundialmente de diversas formas, sendo seu principal uso como alimento funcional e como suplementos (CORNARA et al., 2017; COLLAZO et al., 2021).

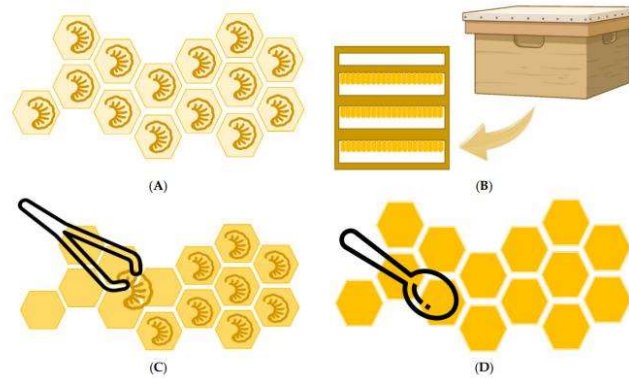


Imagem 3: Produção de geleia real em células reais dentro de uma colmeia. (A) Produção de geleia real em base de realeira, com larvas de abelhas operárias em seu interior. (B) Colmeia para criação de abelhas melíferas e abelhas rainhas para produção da geleia real. (C) Remoção de larvas de operárias das células reais. (D) Coleta de geleia real das células.

(Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7915653/>)

Apilarnil (Larvas de Zangão)

O homogeneizado de cria de zangões (conhecido como apilarnil ou menos apistimul) é um produto apícola obtido pela coleta das larvas a partir de células de zangões, entre 3 e 11 dias após sua eclosão. É definido como o equivalente masculino da geleia real, sendo obtido da criação de zangões e fornecido liofilizado. Foi descoberto pelo apiterapeuta romeno Nicolae V. Iliesiu. Etimologicamente, o termo se origina de “api” para abelha, “lar” para larva e “nil” para a forma abreviada do nome de seu descobridor (SIDOR; DŽUGAN, 2020).

Tabela 2: Propriedades físicas e composição química do homogeneizado cru de cria de zangões em comparação como produto apilarnil e geleia real.

Característica	Parâmetros de qualidade		
	Homogenado Cru, Homogenado Preservado	Liofilizado (Apilarnil)	geleia real fresca
Propriedades sensoriais	líquido denso, creme, de cor amarela e odor característico	pó amorfo de cor bege a amarelo com odor característico	textura cremosa, inodora, mas com sabor característico, amargo e azedo
Solubilidade	pouco solúvel em água e etanol	praticamente insolúvel em éter	dissolve-se bem em álcool etílico, acetona e éter
Composição química [%]			
Proteínas	7,2-10	9-12	14,6-18,3
Carboidratos	6,9-8,0	6-17	8,5-10,8
lipídios	3,1-5	5-8	3-8
Cinza	3,00	3,00	0,8-3,0
Teor de água	78,5	3,5	61,0-65,2
Matéria seca	25-29	25-35	32,6
pH	5,5-7,5	4,5-6,5	3,8-4,0
Acidez [M/l]	0,7-1,10	-	3,7-4,4
Condutividade [µS/cm]	144,0-178,0	-	194,0-219,0

(Fonte: adaptado de SIDOR; DŽUGAN, 2020)

As crias de zangões contêm dois tipos de hormônios: os que regulam o desenvolvimento das larvas, e os sexuais; sendo esses, tanto hormônios masculinos (testosterona), quanto femininos (estradiol, progesterona e prolactina). São amplamente utilizados em disfunções sexuais masculinas e atenuação dos efeitos da menopausa (SIDOR; DŽUGAN, 2020).

Possuem alto teor de colina e α -tocoferol, além de quantidades relativamente grandes de ácido pantotênico e calciferol. São ricos em sódio, potássio, cálcio, magnésio e fósforo, assim como também foi constatada a presença de ferro, zinco, cobre, cromo, iodo e selênio (CORNARA et al., 2017; SIDOR; DŽUGAN, 2020; COLLAZO et al., 2021).

Os suplementos alimentares patenteados são recomendados principalmente para a prevenção e tratamento de distúrbios hormonais em mulheres e homens, ou em um complexo com cálcio para osteoporose e artrite, sendo a administração proposta muito divergente: 10 a 1000 mg/dia (SIDOR; DŽUGAN, 2020; RANNEH et al., 2021).

Ar da Colmeia

O ar da colmeia é outro produto fascinante, muito suave, porém eficiente, que ajuda os apicultores e seus clientes a respirar mais facilmente (MÜNSTEDT et al., 2019; SZCZUREK; MACIEJEWSKA, 2021).

As primeiras reflexões sobre sua importância surgiram em 1920 na Rússia, depois na Hungria, em 1953. Contudo, o verdadeiro “boom” de seu uso começou na Áustria, em 1987, quando a família Hüttner inventou um método técnico de transporte do ar da colmeia para máscaras respiratórias, que podem ser utilizadas por pacientes humanos, além de animais, como cavalos (MÜNSTEDT et al., 2019).

Sua indicação terapêutica se dá pelo fato de as abelhas operárias revestirem todo o ambiente interno da colmeia com a própolis, selando todas as frestas e tornando esse ambiente ausente de interferências externas, devido suas propriedades antimicrobianas (MÜNSTEDT et al., 2019). O ar da colmeia possui, também, estabilidade quanto ao teor de umidade, pH e temperatura (SZCZUREK; MACIEJEWSKA, 2021).

Apitoxina

O veneno é produzido por abelhas operárias, o qual é conhecido por conter componentes ativos, sendo: peptídeos, enzimas, aminoácidos e compostos voláteis (PARK et al., 2015; WEHBE et al., 2019).

A apitoxina é um líquido inodoro e transparente que contém uma mistura hidrolítica de proteínas de pH ácido (4,5 a 5,5), usadas como instrumento de defesa contra predadores. Há cerca de 0,1 µg de extrato seco de veneno em uma gota de apitoxina diluídos em 88% de água (CORNARA et al., 2017; WEHBE et al., 2019).

O extrato seco do veneno é uma mistura extremamente complexa de peptídeos, incluindo melitina, adolapina, apamina e peptídeo degranulador de mastócitos. Ele também contém enzimas, principalmente PLA2, e compostos de baixo peso molecular, como aminas bioativas (por exemplo a histamina e epinefrina) e minerais (WEHBE et al., 2019).

A melitina, principal peptídeo encontrado no veneno da abelha, responde por 40-60% de sua composição. Sua propriedade anfipática torna-a solúvel em água e facilmente incorporada pelas membranas plasmáticas. A formação de poros induzida pela melitina é responsável por suas atividades hemolíticas, antimicrobianas, antifúngicas e antitumorais, além de produzir efeitos antinociceptivos, anti-inflamatórios e antiartríticos quando administrados em pontos de acupuntura no paciente. Outro importante aspecto demonstrado pela melitina foi o efeito citotóxico quase completo em muitos tipos de células cancerígenas (WEHBE et al., 2019).

A apamina é polipeptídeo capaz de atravessar a barreira hematoencefálica e, portanto, afeta o funcionamento do sistema nervoso central através de diferentes modos de ação. Ao bloquear os canais de potássio ativados pelo cálcio, a apamina também é capaz de afetar a permeabilidade da membrana celular aos íons de potássio. No músculo liso vascular, a toxina é capaz de inibir a proliferação e a migração de células musculares lisas vasculares através das vias de sinalização, destacando o potencial da apamina nas estratégias terapêuticas da aterosclerose (CORNARA et al., 2017; WEHBE et al., 2019).

O peptídeo degranulador de mastócitos possui ação biológica na liberação de histamina dos mastócitos. É uma neurotoxina epileptogênica e importante inibidor dos canais de potássio, podendo causar redução significativa na pressão arterial e podendo se tornar um agente anti-inflamatório (WEHBE et al., 2019).

A adolapina é um polipeptídeo básico que corresponde a 1% do peso seco do veneno da abelha. Possui efeitos anti-inflamatórios, antinociceptivos e antipiréticos, bloqueando a síntese de prostaglandinas e inibindo a atividade da ciclooxigenase, além de inibir a lipoxigenase das plaquetas humanas, podendo exercer um efeito analgésico (CORNARA et al., 2017; WEHBE et al., 2019).

A fosfolipase A2 é a enzima mais letal do veneno da abelha e pode atuar como um ligante para receptores específicos. É extremamente alcalino e possui ação hidrolítica, capaz de clivar especificamente a ligação sn-2acil de fosfolipídios na interface água/lipídeo; porém, sua atividade pode ser melhorada pela melitina. Estas demonstraram respostas imunes protetoras pela fosfolipase A2 do veneno de abelha contra uma ampla gama de doenças, como asma, doença de Alzheimer e doença de

Parkinson, desempenhando, dessa forma, um papel neuroprotetor que induz a desativação microglial e reduz a infiltração de células T CD4+ (WEHBE et al., 2019).

Por fim, há evidente papel anti-inflamatório pela ação da enzima hialuronidase que quebra o ácido hialurônico dos tecidos, como na bolsa sinovial na artrite reumatoide. A hialuronidase do veneno da abelha permite que os componentes ativos da apitoxina se difundam efetivamente no tecido do enfermo, afetando sua integridade estrutural e aumentando o fluxo sanguíneo na área (WEHBE et al., 2019).

Contraindicações

Como qualquer outro alimento natural, o mel e seus derivados podem ser expostos à contaminação por antibióticos, pesticidas, metais pesados e outros compostos tóxicos. Essas substâncias tóxicas podem resultar do controle de doenças, exposição acidental, riscos ambientais e práticas humanas hostis (BOGDANOV et al., 2008; CORNARA et al., 2017).

Foi relatado que as autoridades de saúde europeias encontraram chumbo (Pb) em mel comprado da Índia no início de 2010. (SCHNEIDER, 2011). A presença de contaminantes nos méis indianos e chineses foi confirmada um ano depois em um teste do Conselho de Inspeção de Exportações da Índia. Os resultados mostraram a presença de chumbo e de, pelo menos, dois antibióticos em quase 23% das 362 amostras de mel destinadas à exportação. Atribui-se a presença de antibióticos como efeito residual do tratamento e controle da infecção nas abelhas devido a epidemia da doença bacteriana “Loque” nas colmeias. A quantidade de cloranfenicol encontrada no mel natural, embora diminuta, de acordo com especialistas em saúde pública, pode causar uma reação grave e fatal, como anemia aplástica na proporção de 1/30.000 pessoas. Importante ressaltar que no Brasil a Loque das Abelhas é uma enfermidade exótica, tornando o produto brasileiro não exposto à utilização rotineira de antibióticos para esse controle (BRASIL, 2013).

O pólen de abelha derivado de *Echium vulgare*, *Symphytum officinale* e *Senecio jacobaea* pode conter níveis perigosos de alcaloides pirrolizidínicos com propriedades hepatotóxicas. Além disso, o pólen é altamente alergênico e, conseqüentemente, foram relatadas complicações ou anafilaxia devido ao seu uso, tornando os testes de sensibilidade individual altamente recomendáveis antes do uso (BOGDANOV et al., 2008; PARK et al., 2015).

Por fim, vale ressaltar que o estudo da Apiterapia no Brasil é livre, a qual não possui formação e regulamentação especial, sendo, então, considerada complementar à prática da Medicina Tradicional Chinesa.

Referências

AJIBOLA, A.; CHAMUNORWA, J. P.; ERLWANGER, K. H. Nutraceutical values of natural honey and its contribution to human health and wealth. *Nutr Metab (Lond)*. v.20, n.9, p. 1-12, Jun, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3583289/> Acesso em: 25 nov. 2022.

AL-KAFAWEEN, M. A; ALWAHSH, M.; MOHD HILMI, A.B.; ABULEBDAH, D.H. Physicochemical Characteristics and Bioactive Compounds of Different Types of Honey and Their Biological and Therapeutic Properties: A Comprehensive Review. *Antibiotics (Basel)*. v.12, n.2, p.337. Feb 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9952753/> Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Saúde Animal e Sanidade Vegetal. Instrução Normativa Nº 50 de 24 de setembro de 2013. Lista das doenças animais de notificação obrigatória ao Serviço Veterinário Oficial brasileiro. Disponível em: <http://www.agricultura.gov.br/assuntos/saude-animal-e-vegetal/saude-animal/arquivossisa/Listadedoencasanimaisdenotificaoobrigatoria.pdf/view> Acesso em: 18 nov. 2022.

BOGDANOV, S; JURENDIC, T; SIEBER, R; GALLMANN, P. Honey for nutrition and health: a review. *J Am Coll Nutr*. v.27, n.6, p.677-89. dez., 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19155427/> Acesso em: 28 set. 2022.

COLLAZO, N.; CARPENA, M.; NUÑEZ-ESTEVEZ, B.; OTERO, P.; SIMAL-GANDARA, J.; PRIETO, M. A. Health promoting properties of bee royal jelly: food of the queens. *Nutrients*. v. 13; n. 2, p.543. fev., 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7915653/> Acesso em: 18 nov. 2022.

CORNARA, L.; BIAGI, M.; XIAO, J.; BURLANDO, B.. Therapeutic properties of bioactive compounds from different honeybee products. *Front Pharmacol*. v. 28, n. 8, p. 1-25, jun, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28701955/> Acesso em: 28 set. 2022.

FRATINI, F.; CILIA, G.; TURCHI, B.; FELICIOLI, A. Beeswax: a minireview of its antimicrobial activity and its application in medicine. *Asian Pac J Trop Med*. v.9, n. 9, p. 839-843, set., 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27633295/> Acesso em: 05 ago. 2022.

HELLNER, M.; WINTER, D.; VON GEORGI, R.; MÜNSTEDT, K. Apitherapy: usage and experience in german beekeepers. *Evid Based Complement Alternat Med*. v.5, n.4, p.:475-9, dez., 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586305/> Acesso em: 28 set. 2022.

KOMOSINSKA-VASSEV, K.; OLCZYK, P.; KAŻMIERCZAK, J.; MENCNER, L.; OLCZYK, K. Bee pollen: chemical composition and therapeutic application. *Evid Based Complement Alternat Med*. v. 2015, article ID 297425, p. 1-6, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377380/> Acesso em: 05 ago. 2022.

MÜNSTEDT, K.; FUNK, D.; RIEPEN, T.; BERKES, E.; HÜBNER, J. Acceptance of apitherapeutic methods in patients consulting general physicians or gynaecologists. *Complement Ther Clin Pract.* v. 35, p.:154-157, mai. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31003651/> Acesso em 10 dez. 2022.

PARK, J. H.; YIM, B. K.; LEE, J. H.; LEE, S.; KIM, T. H. Risk associated with bee venom therapy: a systematic review and meta-analysis. *PLOS One.* v. 10, n. 5, p. 1-26, Maio, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25996493/> Acesso em: 28 set. 2022.

RANNEH, Y.; AKIM, A. M.; HAMID, H. A.; KHAZAAI, H.; FADEL, A.; ZAKARIA, Z. A.; ALBUJJA, M.; BAKAR, M. F. A. Honey and its nutritional and anti-inflammatory value. *BMC Complement Med Ther.* v. 14, n. 21, p. 1-17, Jan, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33441127/> Acesso em: Acesso em 10 dez. 2022.

SCHNEIDER, A. Asian honey, banned in Europe, is flooding U.S. grocery shelves. 7. *Food Safety News*, Seattle Washington; 2011. Disponível em: <https://www.foodsafetynews.com/2011/08/honey-laundering/> Acesso em: 14 ago. 2022.

SZCZUREK, A.; MACIEJEWSKA, M. Beehive Air Sampling and Sensing Device Operation in Apicultural Applications-Methodological and Technical Aspects. *Sensors (Basel).* v.21, n.12, p.: 4019. jun., 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8230472/> Acesso em 10 dez. 2022.

SIDOR, E.; DŽUGAN, M. Drone brood homogenate as natural remedy for treating health care problem: a scientific and practical approach. *Molecules.* v. 3, n. 25, p. 1-, dez., 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33287191/> Acesso em: 14 ago. 2022.

WEHBE, R.; FRANGIEH, J.; RIMA, M.; EL OBEID, D.; SABATIER, J. M.; FAJLOUN, Z. Bee venom: overview of main compounds and bioactivities for therapeutic interests. *Molecules.* v. 19, n. 24, p. 1-13, ago., 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6720840/> Acesso em 10 dez. 2022.

Sobre os autores:

Cassia Regina Alves Pereira

Doutora em Ciências da Saúde Pública e Meio Ambiente (ENSP/FIOCRUZ)

Membro Titular no Instituto Hahnemanniano do Brasil

crapvet@gmail.com

Médica Veterinária com formação em Homeopatia, Acupuntura e Sistemas Florais, atuante na área acadêmica e em produção animal orgânica.

Carlos Tadeu Portugal Costa

Pós graduado em Medicina Chinesa e Acupuntura

Médico Veterinário com formação em Cromoterapia e Metafísica da Saúde

tadeuportugal@gmail.com

Reikiano Nível 2

Terapeuta Integrativo

AROMATERAPIA: O OLFATO COMO CAMINHO PARA O OLHAR INTEGRAL DO SER HUMANO

Fabiana de Oliveira Biazão

Eleine Aparecida Penha Martins

Os aromas e o humano ao longo da história

A palavra Aromaterapia, consiste na união entre as palavras “aroma”, que significa perfume, do latim *aroma.atis*, pelo grego *ároma.atos* (AROMA, 2023) e “terapia” de origem latina *therapia*; pelo grego *therapeia.as*, que é definida como “tratamento que busca amenizar ou acabar com os efeitos de uma doença (física, psíquica, motora etc.)” (TERAPIA, 2023, n.p.).

Portanto, estamos diante de um recurso terapêutico que se utiliza dos perfumes dos óleos essenciais das plantas, em tratamentos medicinais naturais, complementares e alternativos, com o objetivo de ofertar óleos essenciais para melhorar o bem-estar integral do indivíduo, levando em consideração sua saúde física, emocional e espiritual. Este processo terapêutico se dá através da conexão entre os componentes químicos presentes nos óleos essenciais e os receptores olfatórios presentes na cavidade nasal, ativando o sistema límbico, sendo este o responsável pelo controle emocional do cérebro. (SÁ; SOUZA, 2022, p. 383).

Para Wolffenbüttel (2016, p. 9), aromaterapia “É uma prática terapêutica que utiliza óleos essenciais – 100% naturais, puros e completos – com suas propriedades específicas, de origem botânica conhecida e composição química completa (...)”.

Recebe a denominação de “Aromaterapia” a partir da publicação do livro ‘Aromaterapia: óleos essenciais harmônicos vegetais’, em 1937 pelo químico René-Maurice Gattefossé, nascido em 19 de dezembro de 1881 nos arredores de Lyon, na França (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 9). No Brasil, o Projeto de Lei nº 8.794/2017 (BRASIL, 2017 n.p.), instituiu o dia 19 de dezembro como o dia da aromaterapia e aromatology em homenagem a ele.

O médico francês Jean Valnet também foi um grande expoente dos primórdios da aromaterapia como recursos integrativos, tendo publicado em 1964 o livro ‘Aromaterapia, tratamento das doenças pela essência das plantas’. (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 9).

A aromaterapia vem recebendo relevância na área científica, sendo estudada à luz da bioquímica, fisiologia, neurologia e medicinas integrativas, mas como podemos perceber, trata-se de uma classificação contemporânea, de acordo com a datação das primeiras obras que definiram o termo, entretanto, o uso de plantas, óleos vegetais e defumações encontram registros desde a Antiguidade, sendo utilizadas para condimentar os alimentos, práticas aromáticas, perfumísticas, assim

como para fins terapêuticos (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 9). Tisserand (2017, p. 3) afirma que a aromaterapia tem uma linhagem de mais de 5 mil anos.

A autora do livro 'Aromaterapia', Patricia Davis (DAVIS, 1996), uma das fundadoras da Federação Internacional de Aromaterapia, define-a como a arte e a ciência do uso dos óleos essenciais de plantas em tratamentos, considerando-a uma verdadeira terapia holística, uma vez que pode interferir no estilo de vida do indivíduo, em seu padrão alimentar e até mesmo em seus relacionamentos. Davis (1996, p. 1) discorre sobre as raízes ancestrais desta prática de cura da humanidade, anteriormente às descobertas sobre os processos de destilação dos óleos essenciais das plantas, segundo ela foram encontrados em necrópoles e sítios arqueológicos vestígios de plantas, que foram identificadas a partir do sistema de análise de pólen fossilizado. É possível que o homem primitivo tenha notado empiricamente que fazer uso de algumas bagas e raízes faziam com que se sentissem melhor, além de utilizarem a defumação como recurso medicinal e religioso, que perdura até os dias de hoje. (DAVIS, 1996, p. 1-2).

Registros egípcios demonstraram que se utilizava substâncias aromáticas 3.000 mil anos antes de Cristo, com finalidades cosméticas, embalsamamentos e tratamentos medicinais, além de exibirem significativo apreço aos perfumes, com demonstrações de jovens escravos segurando cones contendo perfume sobre suas cabeças, enquanto dançavam, fazendo com que o ambiente se impregnasse com os aromas durante suas performances. Em se tratando de medicina, observou-se aplicação de grande variedade de plantas em forma de unguentos, pastas, torrões pílulas, supositórios e pós. Encontrou-se grandes quantidades de jarros e frascos de óleos com unguentos gordurosos ou pomadas viscosas com aromas de olíbano e estoraque, que mesmo após milênios, preservaram seu perfume. (DAVIS, 1996, p. 3).

Marguerite Maury, enfermeira pioneira na aplicação dos óleos essenciais em tratamentos clínicos, demonstra em suas obras a importância das substâncias aromáticas das plantas e suas aplicações terapêuticas ao longo da história humana, Maury afirma que a humanidade lutou contra epidemias na Grécia e Europa, as quais não atingiram perfumistas e curtidores. Da mesma forma, incas, maias e indígenas também tinham conhecimento do uso dos óleos essenciais. (MAURY, 2017. p. 66).

Na Europa, a aromaterapia é amplamente utilizada em maternidades e UTI. A enfermeira Florence Nightingale utilizou-se do óleo essencial de lavanda, na região frontal de soldados que lutavam na guerra da Criméia, mas foi a francesa Marguerite Maury, a enfermeira que integrou os princípios holísticos da aromaterapia às prescrições dos óleos essenciais. (COSTA, 2019, p. 257).

Numa análise histórica e sociológica, Ribeiro (2019) em seu estudo sob o tema "Um Nariz subversivo: a domesticação dos cheiros e das paixões", destaca os aspectos biopsicossociais e manipulação dos aromas para determinar comportamentos aceitáveis ou reprováveis na sociedade, além de servir também como uma ferramenta de divisão social, especialmente a partir do final do século XIX, juntamente com o

processo de industrialização, os aromas foram utilizados como forma de adestrar a sensorialidade e sensibilidade a partir de uma cartilha de civilidade, higiene, sanitário e padrões de beleza, que teria influenciado transformações comportamentais e culturais, sendo estes parâmetros de demarcação social. (RIBEIRO, 2019, p. 25).

Percebemos que os aromas fazem parte da trajetória humana e certamente é um dos aspectos fundamentais de sua saúde, entremeando seus aspectos culturais, estéticos, alimentares e sociais. Ao estabelecermos um olhar para as práticas integrativas e complementares, a aromaterapia mereceu lugar na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 702 de 21 de março de 2018 (BRASIL, 2018, s.p.), possibilitando o acesso a esta prática terapêutica aos cidadãos brasileiros em seu sistema público de saúde, cabendo à secretaria de saúde de cada município a implementação, capacitação da equipe de saúde, captação de recursos para oferta dos óleos essenciais e educação em saúde à população sobre o uso seguro das substâncias aromáticas.

A National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), no National Institute of Health (NIC), dos Estados Unidos da América, classificou a aromaterapia no grupo das terapias com base biológica, que se valem de substâncias naturais, tais como ervas (fitoterapia), dietoterapia e óleos vegetais para tratamentos terapêuticos, sendo a aromaterapia classificada como o uso de concentrados voláteis extraídos dos vegetais. (COSTA, 2019, p. 256-257).

Observar instituições de grande relevância em todo mundo apoiando a prática da aromaterapia como um recurso efetivo no que tange a saúde integral do indivíduo nos leva a aprofundar um pouco mais sobre as visões científicas sobre o tema, que se apresenta a seguir.

Os aromas e a fisiologia humana

Neste tópico apresenta-se uma visão voltada para a bioquímica dos óleos essenciais e a interação com o corpo humano. Segundo definição de Oliveira e Amaral (2019), a extração dos óleos essenciais pode ser feita a partir das flores, frutos, sementes, folhas, raízes e outras partes da planta por processos de vapor ou hidrodestilação usualmente. Suas propriedades vão desde a capacidade bactericida, fungicida, antimicrobiana, analgésica, sedativa, anti-inflamatória, espasmolítica, além de poderem ser utilizados na conservação e alimentos.

A aplicação dos óleos essenciais e seus derivados, bem como a utilização de substâncias sintéticas, classificadas como essências, exercem influência sobre o corpo, a psique e os sistemas metafísicos humanos, os campos de estudos da neurofisiologia, farmacologia, psicologia, bioquímica, agronomia, medicina integrativa e muitas outras

demonstram o amplo espectro de exploração do tema. (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 10). Apresenta-se algumas classificações para o estudo da aplicação dos aromas:

Aromaterapia: “(...)terapia derivada da medicina aromática associada às terapias naturais complementares e alternativas. (SÁ; SOUZA, 2022. p. 383).

Aromatologia: “o ramo da ciência que estuda os óleos essenciais e matérias aromáticas dentro de suas mais variadas práticas (...) gastronomia, psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing etc.” (WOLFFENBÜTTEL apud IBRA, 2016, p. 10).

Aromacologia: “estudo os efeitos dos aromas no organismo humano, não distinguindo os óleos essenciais puros das fragrâncias sintéticas. (...), pois eles proporcionam benefício do bem-estar, simplesmente por meio de seu aroma agradável”. (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 10).

Osmologia: “estuda o olfato e os odores naturais e sintéticos, compreensão do olfato e a interação e resposta entre os odores e os mecanismos fisiológicos e psicológicos”. (CRFSP, 2023, n.p.).

Se faz importante esclarecer as classificações no campo da química sobre a denominação dos óleos essenciais. A nomenclatura ‘óleo’ aplica-se a uma substância que por caráter físico-químico é capaz de solubilizar-se em fase oleosa, portanto é lipossolúvel. O termo ‘essencial’ indica o âmago, o cerne, a plenitude, essência do vegetal. Sendo a forma correta de grafá-la, o nome popular do óleo essencial (primeira letra maiúscula) seguido de seu nome botânico em itálico (em letras minúsculas). (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 5-6).

Oliveira e Amaral (2019) relatam que os óleos essenciais são substâncias voláteis, naturais, compostos complexos caracterizados por um forte odor e são formados por plantas aromáticas como metabólitos secundários.

Wolffebüttel (2016, p. 11) esclarece que o fitoterápico é produzido a partir da planta inteira, sem qualquer manipulação, já o fitofármaco é o medicamento elaborado a partir da manipulação dos princípios ativos das plantas. Desta forma, os óleos essenciais classificam-se como um fitofármaco, pois se compõem dos ativos hidrossolúveis (solúveis em água), extratos e soluções-mãe, tal como os óleos essenciais lipossolúveis (solúvel em gordura).

Festy (2021, p. 34-35) afirma que a aromaterapia é uma “superfitoterapia”, sendo esta uma ramificação da fitoterapia, uma vez que se trata de uma terapia com plantas, mas a aromaterapia interessa-se pela parte volátil e etérica da planta.

Os óleos vegetais, diferentemente dos óleos essenciais são classificados como ácidos graxos, ou seja, são gordurosos. (Wolffebüttel, 2016, p. 6). Observe a tabela comparativa entre as características do óleo essencial e óleo graxo:

Tabela 1: Óleo Essencial X Óleo graxo

	ÓLEO ESSENCIAL	ÓLEO GRAXO
Exemplo de estrutura molecular	Linalol (Álcool)	Ácido esteárico – C18:0 (Ácido graxo monocarboxílico)
Sensação tátil	Não viscoso	Altamente viscoso e lubrificante
Sensação aromática / odor	Aromático	Não aromático / odor característico de óleo
Volatilidade	Altamente volátil	Não volátil
Reações de degradação	Resinifica-se (torna-se resinoso, resina)	Rancifica-se (torna-se rançoso)

Fonte: Wolffenbüttel (2016, p. 6).

Os óleos essenciais são extraídos de diversas partes das plantas e desta forma, produzem produtos de composição química diferentes, mesmo que se utilize a mesma espécie vegetal. Os principais métodos de extração são: extração a vapor, extração por hidrodestilação, extração supercrítica, extração subcrítica, extração por gás refrigerante, extração por extrusão ou prensagem, extração a vácuo, extração por enfleurage (enfloração), extração por solvente e extração por óleo. (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 15).

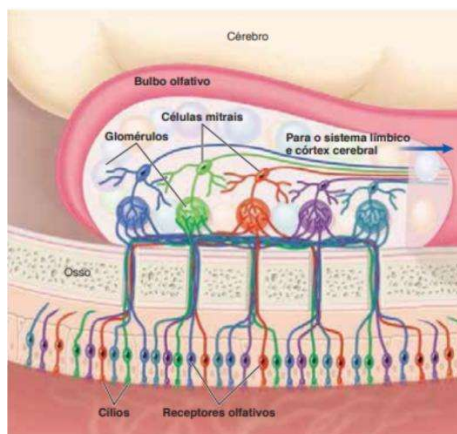
Até aqui compreendemos a origem da aromaterapia e a diferenciação das moléculas de óleos essenciais extraídas das plantas, a seguir vamos explorar a conexão desta preciosa molécula com a interface humana, de forma especial por meio da olfação, para isso, é ímpar compreender o mecanismo do olfato.

O sentido do olfato é considerado uma função do sistema nervoso periférico, na divisão de neurônio aferentes sendo, juntamente com o paladar, um sentido especial, um sentido químico. Portanto, os quimiorreceptores são responsáveis por gerarem sinais ao se associarem a substâncias químicas dispersas no ambiente. Estes estímulos influenciam o fluxo de sucos digestórios e afetam o apetite, além de estimular sensações agradáveis ou desagradáveis, servindo de sinalizadores de substâncias próprias ao consumo ou o afastamento de possíveis agentes tóxicos, servindo assim de “controle de qualidade”. (SHERWOOD, 2011, p. 227).

Fisiologicamente, as moléculas odorantes são captadas pelo epitélio olfatório (células de Bownan) e a informação sensorial é encaminhada pelos axônios para o

bulbo olfatório, onde as células receptoras olfativas fazem sinapse com as células mitrais, formando os glomérulos, que classificam e arquivam diversos componentes de uma molécula odorífera antes de transmitir o sinal de cheiro. (SHERWOOD, 2011, p. 231). Logo, no epitélio e no bulbo olfatório há mapas sensoriais que interpretam os odores e feixes de fibras neurais que se encarregam de levar a informação em direção ao córtex olfatório e sistema límbico, (PELAQUIM; SILVA; FORNAZIERI, 2022, p. 16), conforme demonstração na imagem apresentada:

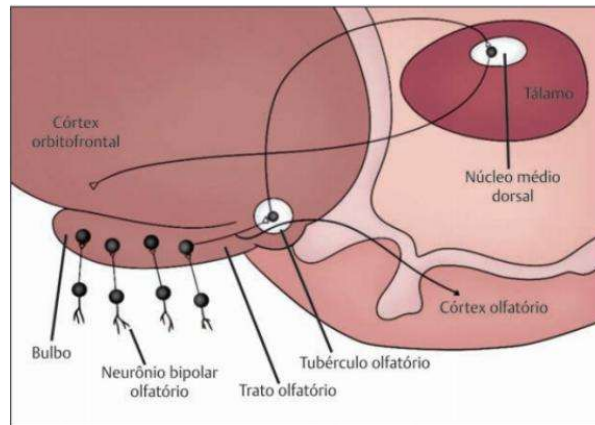
Imagem 1: Organização do neuroepitélio olfatório



Fonte: Sherwood (2011, p. 231)

A partir do córtex olfatório, as informações são recebidas pelo primeiro (I) par craniano (nervo olfatório), compostos por fibras do neurônio de segunda ordem, passando da região primitiva responsável pela autopreservação, reações instintivas, comportamentos repetitivos, reações involuntárias, controle das funções cardíacas, pulmonar e intestinal, a mensagem passa para os glomérulos, atingindo as células mitrais, as quais transmitem as informações sensoriais olfatórias para o tálamo, hipotálamo (acionando o sistema endócrino), glândulas pineal, hipófise (ou pituitária), ao sistema límbico (acionando a memória e as emoções), amígdalas e hipocampo, ativa também o tronco encefálico e neocórtex cerebral ou orbitofrontal (área racional, lógica ou pensamentos abstratos e simbólicos, de acordo com os hemisférios cerebrais) (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 58-60; PELQUIM; SILVA; FORNAZIERI, 2022, p. 18), demonstrado através da imagem a seguir:

Imagem 2: Córtex olfatório



Fonte: Pelaquim, Silva e Fornazieri (2022, p. 18).

O nariz humano possui mais um órgão sensorial, além da mucosa olfativa, ele é conhecido como órgão vomeronasal (OVM), ou ainda, órgão de Jacobson, organum vomeronasale, nervo vomeronasal ou sistema vomeronasal (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 61), localizado na porção inferior e interior do ducto nasal, uma polegada dentro do nariz, próximo ao osso vômer, justificando a origem de seu nome. Sherwood (2011, p. 232) afirma que o OVM tem a capacidade de detectar feromônios (sinais químicos, que passam de forma subconsciente entre pessoas). Os feromônios ou feromonas são substâncias fisiológicas capazes de serem captadas pelos seres da mesma espécie, sem a percepção de aroma, suscitando reconhecimento sexual, agregação, alarme, entre outros. (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 61). Embora ainda haja a necessidade de aprofundamento nos estudos sobre as funções deste órgão, é muito interessante conhecer um mecanismo de inter-relação hormonal, que poderia vir a explicar a simpatia ou antipatia diante de pessoas ou situações, e quem sabe, futuramente os cientistas possam descobrir a relação entre os hormônios vegetais e a interação com os órgãos do sentido olfatório humano.

Inegavelmente a natureza deve ter uma razão muito especial para manifestar tão precocemente a função olfativa nos mamíferos. No desenvolvimento intrauterino humano, a formação das fossas nasais e desenvolvimento dos nervos e bulbo olfatórios se iniciam a partir da 4ª semana de gestação, já a discriminação olfatória acontece entre a 28ª e 30ª semana gestacional, quando ainda não há total maturidade neuroanatômica e neurofisiológica e a experiência sensorial do bebê se dá a partir da dieta da mãe, que é transferida através do líquido amniótico. Após o parto, a experiência olfatória se intensifica e amplia a criação das memórias olfativas. (PELAQUIM; SILVA; FORNAZIERI, 2022, p. 16-17).

Os cientistas Richard Axel e Linda B Buck receberam o prêmio Nobel de Medicina em Fisiologia por suas descobertas sobre a organização do sistema olfativo e os receptores odoríferos, entre suas principais contribuições está a identificação da presença de receptores olfativos em quase todos os cromossomos e cerca de 2 a 3% do código genético corresponde a genes ligados ao olfato, podendo manifestar até mil genes para receptores odoríferos, o que explica a capacidade humana de identificar até 10 mil diferentes odores. Segundo seus estudos nossas células olfativas são altamente especializadas, podendo identificar um número limitado de aromas, entretanto por meio dos processos nervosos que atravessam o bulbo olfativo, a informação é lançada para outras partes do cérebro, onde os estímulos de outros receptores olfativos são combinados, formando um padrão (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 63-64). Podemos assim fazer uma analogia com um piano, que tem um número limitado de teclas, mas ao serem combinadas, geram inúmeras possibilidades de sons, assim funciona o nosso sistema olfatório.

O sentido olfatório por muitos anos foi subjugado em detrimento a outros órgãos do sentido, entretanto, a partir da pandemia de COVID-19, os sintomas evidenciados foram a anosmia (ausência de detecção de cheiros), hiposmia (diminuição da percepção de cheiros) ou parosmia (dificuldade na identificação dos cheiros), levando assim os especialistas a voltarem-se para a compreensão das funções do olfato, uma vez que ao ter este sentido afetado, os pacientes tiveram impacto em suas vidas sociais, não sentindo prazer ao saborear uma refeição, desfrutar os perfumes e aromas que gostam e assim alguns apresentaram quadros de distorções, alucinações, ansiedade e depressão. (ROMANO; LIMA; FORNAZIERI, 2022, p. vii). A anosmia pode gerar distúrbios comportamentais de medo, insegurança, depressão e falta de memória. (WOLFFENBÜTTEL, 2016, p. 62).

O olfato, este sentido tão pouco valorizado, começa a receber outro olhar da sociedade, quando este se ausentou. É inegável a sua força, especialmente ao se emocionar por sentir um cheiro de infância, inalar uma nota aromática do perfume da pessoa amada e assim ativar algo sublime no ser humano, a sua emoção, sua capacidade abstrair e acessar seu senso artístico, desta forma, classifica-se o olfato em um status além do aspecto neurológico-funcional, mas ampliamos seu uso para ajudar a psique a encontrar sua expansão, assim como afirma Ribeiro (2019, p. 23) “Interpretar o sentir dos cheiros como arte e processo de experimentação, retira a condição neurológica da sinestesia do patamar de doença ou desequilíbrio”.

Gümbel (2016, p. 247-249) faz uma linda reflexão acerca do significado e finalidade dos órgãos do sentido. A partir da embriogênese, os órgãos do sentido são produzidos pela ectoderme “interna” e externa”, sendo este tecido, o responsável pelo contato com o ambiente externo. Para ele, esta formação acontece em unidade, trazendo assim uma consciência que floresce, como uma percepção sensorial da consciência divina, desta forma é possível a conexão com o mundo externo.

Quanto incluímos desta forma a espiritualidade e a metafísica no contexto da integralidade humana, podemos concluir que através do estímulo dos óleos essenciais,

é possível cuidar do ser humano, a partir de seus sentidos, atuando deste a ação bioquímica dos óleos essenciais e suas propriedades medicinais, mas também, psicoemocionais, através de seus recursos olfativos, mas também através da vibração eletromagnética dos átomos das moléculas dos aromas, através da aromaterapia vibracional (MATIAS, 2021, p. 28-35).

Os aromas e o cuidado

A aromaterapia enquadra-se muito bem entre as práticas integrativas e complementares, uma vez que consegue ser utilizadas como ferramenta capaz de oferecer alívio e tratamento para problemas físicos, mentais, emocionais, sociais e espirituais, ajustando-se a forma de ministração e prescrições de acordo com a queixa do paciente, e também complementar, pois atua de forma excelente como uma terapia que pode dar suporte a outras técnicas, facilitando-as, seja em se tratando de aspectos fisiológicos, psicológicos, mentais e até mesmo espirituais. Oliveira e Amaral (2019) referem que a aromaterapia pode ter ação psicológica, fisiológica e farmacológica de óleos essenciais aplicados por meio da olfação, inalação ou aplicação dérmica; com o intuito de prevenção, cura e diminuição de sintomas. Vejamos a seguir, algumas indicações possíveis da aromaterapia.

Na tabela apresentada a seguir, a enfermeira Marguerite Maury discorre sobre inúmeras possibilidades de aplicações. Estas descrições foram feitas a partir da sua experimentação em diversas observações de evidências clínicas e aplicações práticas. Atualmente estas evidências de mais de cinquenta anos caminham para a comprovação científica (MAURY, 2017, p. 125).

Tabela 2: Uso da aromaterapia em diversas disciplinas terapêuticas

Especialidade	Aplicação
Cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> · aplicação nos cuidados pré-operatórios · ação nos tecidos subjacentes · cicatrizações · queimaduras
Radiologia	<ul style="list-style-type: none"> · velhas queimaduras por Raio-X / radioterapia · preservação da pele e tecidos durante o tratamento com radioterapia · proteção contra radiação ultravioleta e infravermelha; · a pele e sua sensibilidade

Dermatologia	<ul style="list-style-type: none"> · eczema · acne
Ginecologia	<ul style="list-style-type: none"> · tratamento local · trombose · erosão uterina
Clínica geral	<ul style="list-style-type: none"> · reconstrução muscular · gânglios em crianças · hematomas · tumores ósseos · tumores encapsulados · aromaterapia com tratamentos homeopáticos
Psiquiatria	<ul style="list-style-type: none"> · análises
Neuroses	<ul style="list-style-type: none"> · relaxamento · envelhecimento da emoção
Tratamentos em SPA e hidroterapia	<ul style="list-style-type: none"> · tratamentos termais · banhos de vapor · massagem subaquática
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> · massagem · após exposição à radiação ultravioleta · mobilização · distensões
Esportes	<ul style="list-style-type: none"> · vários
Cosmética	<ul style="list-style-type: none"> · vários

Fonte: MAURY, 2017, p. 119-120.

Festy (2021, p. 33) afirma que as principais propriedades dos óleos essenciais são seus efeitos anti-infecciosos, antissépticos e antiviróticos, tendo sua eficácia fartamente

comprovada, especialmente em relação às infecções respiratórias. Para ela, as vantagens do uso da aromaterapia são também suas funções analgésicas, cicatrizantes, anti-hemorragicas, digestivas, regulação do sistema imunológico e hormonal, como agente sobre depósitos de gorduras e fortalecimento de vasos sanguíneos. Oliveira e Amaral (2019) descrevem que a química da aromaterapia pode exercer funções no sistema límbico cerebral o qual é responsável pela fome, medo, excitação sexual, prazer, sono e memórias.

Em se tratando das vias de administração dos óleos essenciais as orientações de Giraud, (2018, p. 45-46) são as vias externas e internas.

Vias externas: podem ser cutânea e via aérea. Por meio da via cutânea os óleos essenciais atravessam as camadas dérmicas e atingem a corrente sanguínea, sendo a sua ação local e sistêmica. É importante ter cuidado e conhecimento sobre as substâncias, pois alguns óleos essenciais podem ser dermocáusticos, recomendando-se assim que se evite áreas sensíveis e mucosas.

Para uso tópico é fundamental que seja feita a diluição dos óleos essenciais em bases de óleo vegetal e sua aplicação direcionada para centros nervosos, como ao longo da coluna e regiões com grande vascularização como antebraços, coxas e plantas dos pés. Nascimento e Prade (2020) acrescentam a região do tórax. A exposição dos óleos por via cutânea pode acontecer através de massagens, compressas, banhos de banheira, chuveiro ou escalda-pés (AMARAL, 2015; FESTY, 2021, p. 106-117). Amaral (2015) acrescenta ainda os unguentos e a possível associação da aromaterapia com outras terapias naturais.

Wolffenbutte (2016) e Buckle (2019) citados por Nascimento e Prade (2020) recomendam que para as massagens, os óleos essenciais poderão ser diluídos de 2 a 5% e utilizado de 40 a 100 gotas de óleo essencial em 100 ml de óleo vegetal. Recomendam ainda realizarem “...fricções com movimentos calmos, com concentração, ou seja, totalmente presente e com as mãos quentes”.

Com a técnica do escalda pés, os pés devem ser aquecidos previamente se estiverem frios e mergulhados até a panturrilha. Envolver da cintura aos pés um lençol. A água deve ser em torno de 40 graus com a adição de cinco a dez gotas do óleo essencial diluídos no óleo vegetal ou no leite (apenas o suficiente para diluir o óleo). Permanecer por 15 minutos, após 5 minutos repor a água para manter na temperatura aquecida. Recomenda-se evitar o choque de temperaturas após o procedimento estabelecendo estratégia de cuidado (NASCIMENTO; PRADE, 2020).

A aplicação também pode ser por meio das vias aéreas de maneira individual ou coletiva. WOLFFENBUTTE (2016) referenciado por Nascimento, Prade (2020) recomendam no coletivo difundir os óleos por meio de sprays ou difusores ambientais. No spray, diluir 20 a 100 gotas (dependendo do óleo essencial ou sinergia na concentração de 1 a 5%), em 60 ml de álcool de cereais e 40 ml de água. No difusor elétrico de cerâmica ou plástico, utilizar sete (7) a dez (10) gotas do óleo essencial sem misturas. No difusor ultrassônico ambiental, a quantidade de gotas do óleo essencial

pode variar de acordo com a quantidade de água utilizada no aparelho. Pode-se pingar uma média de seis (6) a dez (10) gotas do óleo para cada 150 ml de água. Repita o procedimento duas ou três vezes ao dia, conforme a aceitação das pessoas presentes no ambiente. Para uso individual Amaral (2015) recomenda pingar uma (1) a três (3) gotas em qualquer um dos recursos seguintes: na palma das mãos, num lenço, no travesseiro, em um chumaço de algodão, num colar aromático, num inalador pessoal tipo aromastick, por vaporização úmida com água quente, entre outros. Para Giraud (2018, p. 46), a via olfatória apresenta grande vantagem, pois atua igualmente na psique e nível mental, produzindo através de seu perfume, um efeito calmante e reequilibrante sobre a psique a partir de seu perfume.

Via interna: por ingestão é utilizada somente em adultos. Os óleos essenciais podem ser irritativos de mucosas, sendo necessária a diluição em base oleosa, mel, xarope de agave, torrão de açúcar ou migalha de pão. Há a possibilidade da preparação de cápsulas oleosas ou bases alcoólicas. Outras vias internas são vaginais e retais em forma de óvulos, cremes ou supositórios.

Os óleos essenciais, são substâncias concentradas e por esta razão, exigem muito conhecimento para aplicação com segurança e efetividade, para conhecimento apresenta-se as vias possíveis de administração, reforçando a importância sobre a recomendação por profissionais qualificados. (GIRAUD, 2018, p. 45-46).

Wolffebüttel (2016, p. 156) destaca que a ingestão de óleos essenciais somente pode ser administrada por profissionais capacitados, que tenha profundo saber sobre o uso das substâncias aromáticas, dosagens, interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas no organismo.

Por meio de um compilado de vários autores, há algumas indicações de recomendação dos óleos essenciais, que sempre devem ser utilizados por orientação de profissional experiente. Há os relaxantes como a lavanda francesa, laranja doce, tangerina, cedro, os que ativam o metabolismo como tomilho, canela, cravo e anis e gengibre. O alecrim no período da manhã acalma, traz disposição e coragem. Alguns com propriedades anti-inflamatórias e imunomoduladoras: cravo-da-índia, verbena limão, niaouli, tomilho, lavanda, limão siciliano, camomila-alemã, bergamota, patchouli, entre outros. Para o equilíbrio emocional: lavanda francesa, laranja doce, tangerina e cedro. Para melhorar a imunidade e respiração: tea tree (melaleuca), eucalipto, niaouli, ravensara e hortelã pimenta. Dor e ansiedade em parturientes: de lavanda, laranja-azeda e os de rosa damascena. Dismenorreia: rosa, lavanda, hortelã pimenta, alecrim e gerânio (HOARE, 2010; AMARAL, 2015; WOLFFENBUTTE, 2016; GOEBEL; GLOCKLER, 2016; BUCKLE, 2019; OLIVEIRA; AMARAL, 2019; PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019; NAJARI et al., 2021; NASCIMENTO; PRADE, 2020).

Ainda segundo Oliveira e Amaral (2019) e Nascimento e Prade (2020), a Lavanda (*Lavandula angustifolia*) reduz a tensão, o cansaço e a depressão, além de acalmar e revigorar o ânimo. O Gerânio (*Perlagonium graviolens*) é sedativo e relaxante, é indicado para tratar ansiedade, agitação, debilidade, fadiga nervosa e

mental, raiva, medo, desequilíbrio nervoso, mudança de humor causada por alteração hormonal também para hidratação da pele, pois possui ação adstringente. Age também como regulador das glândulas sebáceas, diurético, antisséptico, antidepressivo, anti-inflamatório, entre outros (SARMENTO et al., 2019). A Bergamota (*Citrus x bergamia*) é relaxante e antidepressivo, com ações sedativas, antissépticas, analgésicas, digestivas e antibactericidas, quando associada ao Gengibre (*Zingiber officinalis*) atua no medo, e com a Sálvia (*Salvia sclarea*) na depressão. O Ylang-Ylang (*Cananga odorata*), além de diminuir a tensão, melhorar o humor e estimular os sentidos, é hipnótico e relaxante. Melhora a percepção da ansiedade e da autoestima e os parâmetros fisiológicos como pressão arterial e temperatura. A Sálvia Esclareia (*Salvia sclarea*) é relaxante, antidepressivo e sedativo; o Jasmim (*Jasminum officinalis*) é estimulante e relaxante. O Milfólio (*Achillea ligusticum*) é ansiolítico, sedativo e relaxante. A Rosa (*Rosa damascena*) reduz a tensão, a depressão e age contra dores de cabeça. O Sândalo (*Santalum album*) além de reduzir a insônia, é relaxante muscular e tem ação sedativa. O Tomilho (*Thymus officinalis*) reduz tensão, fadiga, ansiedade e age contra dores de cabeça, melhora a imunidade.

Nascimento e Prade (2020) ainda associam a sintomatologia ao óleo essencial com a forma de aplicação e os melhores locais. Recomendam para febre o Limão inteiro ou óleo essencial aplicados em forma de compressas nas panturrilhas; para cefaleia o óleo essencial de Hortelã pimenta, Lavanda ou Gengibre rizoma com fricção nas têmporas associado ao escalda-pés; para a tosse seca o Lavandim grosso, Anis por meio da inalação úmida e compressas no tórax; para a fadiga o Alecrim, Pinheiro, Hortelã pimenta com fricção local ou massagem; para a obstrução nasal o Hortelã, Eucalipto glóbulos por meio da inalação úmida; para dor na garganta o Louro, Cravo, Limão por meio de compressa no pescoço; para mialgia o Alecrim por meio de fricção local ou massagem; para a diarreia a Camomila com o uso de compressas abdominais ou massagem; para a anosmia e hiposmia o Alecrim em formato de inalação; para ansiedade e insônia a Lavanda, Laranjas em forma de inalação ou massagem no peito ou compressa na região do coração.

Karasek, Mata, Vaccari relatam o uso de óleos essenciais e aromaterapia durante o trabalho de parto para alívio de dor, ansiedade, náuseas e vômito. O conhecimento profundo sobre os óleos essenciais é fundamental para o sucesso do tratamento, assim como para evitar a iatrogenia. Por se tratar de concentrados bioquímicos, são substâncias extremamente poderosas, seu uso exige precauções. Por exemplo, o alecrim apesar de trazer disposição, energia e coragem, deve ser evitado em pessoas hipertensas e epiléticos (HOARE, 2010; GOEBEL, 2016). Veja a tabela a seguir com alguns exemplos de contraindicações dos óleos essenciais.

Tabela 3: Exemplos contraindicações de óleos essenciais

AUTORA	CONTRAINDICAÇÕES
GIRAUD (2018, p. 47)	Via intramuscular e intravenosa
	Óleo essencial a base de fenóis (ex. carvacrol), podem ser hepatotóxicos
	Óleos essenciais ricos em tuiona, pinocanfona, mentona podem ter toxicidade sobre tecidos imaturos ou frágeis, por isso, contraindicados para lactentes, gestantes e idosos. Efeitos neurotóxicos e abortivos.
GIRAUD (2018, p. 47)	Óleos essenciais como zimbro e sândalo estimulam atividade dos nefrônios, portanto contraindicado para pacientes com insuficiência renal.
	Os óleos essenciais de estragão (<i>Artemisia dracunculus</i>), sálvia esclareia (<i>Salvia sclarea</i>) e sálvia dalmaciana (<i>Salvia officinalis</i>), erva-doce (<i>Pimpinella anisum</i>), anis-estrelado (<i>Illicium verum</i>), Artemisia branca (<i>Artemisia herba-alba</i>) e cipreste-europeu (<i>Cupressus sempervirens</i>) são contraindicados em casos de câncer de mama, pois tem uma ação estrogênica ou “estrogen-like”.
	Óleo essencial de hortelã-pimenta (<i>Mentha piperita</i>) possui contraindicação absoluta em crianças menores de três anos e mulheres grávidas ou lactantes.
MELLO (2019, p. 81-82)	Óleos essenciais ricos em cânfora, tal como Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i>) e Cânfora podem desencadear crises epiléticas e neutralizar a ação de homeopáticos.
	Óleos essenciais ricos em bergapteno, como por exemplo cítricos, angélica, arruda, cominho e salsa podem ser fotossensíveis, causando manchas durante a exposição ao sol.
	Óleos essenciais ricos em citral e geraniol a exemplo da bergamota, capim-limão, citronela, gengibre, cardamomo, laranja, lima, limão, litsea cubeba, néroli, mandarina e verbena podem causar alergias ou reações cutâneas.
	Óleo essenciais ricos em eugenol, como canela, capim-limão, citronela, cravo, lavanda, louro, manjeriço, noz-moscada, rosa, ylang ylang podem também causar alergias e irritações na pele.
	Óleos essenciais ricos em metil-eugenol, sendo alguns exemplos a semente de cenoura, citronela, cravo, manjeriço, rosa e noz-moscada pode ser carcinogênicos
	Óleos essenciais ricos em miristicina ou tuiona a exemplo da noz-moscada, salsa, artemisia e sálvia, podem ser alucinógenos.

Fonte: adaptada de GIRAUD (2018, p. 47) e MELLO (2019, p. 81-82)

Para Giraud (2018, p. 47) a aromaterapia não se trata de uma medicina suave, doce, portanto, sem perigos, para ela é fundamental grande prudência, especialmente na automedicação.

Até o presente momento, no Brasil, os óleos essenciais não sofrem nenhum tipo de regulamentação para sua venda, por isso, podem ser adquiridos livremente pelo público leigo.

Da mesma forma, a profissão de Aromaterapeuta não tem uma regulamentação formal pela legislação brasileira. É possível atuar fazendo formação através de cursos livres. Para garantir a qualificação de profissionais e a segurança dos pacientes a ABRAROMA (Associação Brasileira de Aromaterapia e Aromatologia), oferece um processo de certificação (CertAroma – Certificado Nacional em Aromaterapia), que tem por finalidade atestar a competência do profissional na atuação como aromaterapeuta, implantada a partir de 2019. Para obter o certificado o profissional deverá apresentar comprovação de formação em cursos de aromaterapia e correlatos, com carga horária mínima de 260h, além de experiência comprovada de 500h na atuação prática como aromaterapeuta, submeter-se a uma avaliação formal, comprometer-se com o código de ética do aromaterapeuta e se manter filiado à instituição (ABRAROMA, 2020).

Como vimos, a aromaterapia oferece um amplo espectro de possibilidades terapêuticas aos pacientes e se bem aplicada, poderá proporcionar a eles equilíbrio integral, de forma prazerosa através de seus sentidos, especialmente pelo olfato. Evidentemente a formação adequada e estudos contínuos na área de aromaterapia são recomendados aos profissionais de saúde para que buscam uma formação séria e criteriosa para oferecer a seus pacientes um tratamento adequado e seguro.

Referências

ABRAROMA. Associação Brasileira de Aromaterapia e Aromatologia. CertAroma – A certificação nacional em aromaterapia, 2020. Disponível em <https://aromaterapia.org.br/certificacao> . Acesso em 03 de fev. 2023.

AMARAL, F. Técnica de aplicação de óleos essenciais. São Paulo: Cengage Learning, 2015. 256 p.

Oliveira CJR, Amaral F do. Estresse | ansiedade | aromaterapia: Pelo olhar da Osmologia, ciência do olfato e do odor. Brazilian Journal of Natural Sciences revista eletrônica ISSN: 2595-0584 - V.2 - N.2. Maio 2019 - pag. 92 - 101

AROMA. In. Dicionário online de português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/aroma/> . Acesso em 04 de jan. 2023.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, Comissões de Cultura e Constituição e Justiça de Cidadania. Projeto de Lei 8.794-A, DE 2017. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1633584&filename=Avulso%20-PL%208794/2017 . Acesso em: 04 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702. Inclusão de novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília. Ministério da Saúde, 21 de março de 2018.

BUCKLE, J. Aromaterapia clínica: Óleos essenciais no cuidado da saúde. Belo Horizonte: Laszlo. 2019. 680p.

COSTA, Joseane Rosenilda. Introdução à Aromaterapia: relato de experiência sobre uso e repercussão no contexto familiar. In: FREITAG, V. L.; BRADKE, M. R. (org.). Práticas Integrativas e Complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea. Curitiba: Nova Práxis, 2019.

DAVIS, Patricia. Aromaterapia. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

CRFSP -Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - GRUPO TÉCNICO DE TRABALHO DE OSMOLOGIA E ÓLEOS ESSENCIAIS. Disponível e: <http://www.crfsp.org.br/sobre-o-crf-sp/areas-de-atuacao.html?id=11633>. Acesso em 05 de janeiro de 2023.

FESTY, Danièle. A bíblia dos óleos essenciais. Belo Horizonte: Ed. Laszlo, 2021.

GIRAUD, Anne-Marie. Óleo essenciais e câncer: Abordagem terapêutica inovadora e natural. Belo Horizonte: Laszlo. 2018.

GOEBEL, W.; GLOCKLER, M. Consultório ObservaPICS | 22 www.observapics.fiocruz.br/covid-19 Cuidado integral na Covid-19 pediátrico: um conselheiro médico-pedagógico. 4 ed. São Paulo: Editora Antroposófica, 2016. 680 p.

GÜMBEL, Dietrich. Fundamentos da terapia holística com óleos essenciais das plantas. Belo Horizonte: Laszlo, 2016.

HOARE, J. Guia completo de aromaterapia: um curso estruturado para alcançar a excelência profissional. São Paulo: Ed. Pensamento, 2010. 256 p.

Karasek Karasek, Gisele; Mata, Júnia Aparecida Laia da; Vaccari, Alessandra. O uso de óleos essenciais e aromaterapia no trabalho de parto. Revista Cuidarte. 2022; vol.13, n. 2: e2318.

MATIAS, Maria Christina. In. Introdução: Uma vida mais S.U.A.V.I com o aval da física quântica e da biologia. SPIRI, Sandra. S.U.A.V.I. – Sistema Único de Aromaterapia Vibracional: o poder oculto dos óleos essenciais. Belo Horizonte; Laszlo, 2021.

NAJARI, Mona Najaf et al. The Effect of Aromatherapy Alone or in Combination with Massage on Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-analysis. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2021, v. 43, n. 12 pp. 968-979.

NASCIMENTO Alexandra, PRADE, Ana Carla koetz. Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2020. 1 recurso online (33 p.): PDF. — (Cuidado integral na Covid; n. 2)

MAURY, Marguerite. Alquimia dos aromas para a juventude. Belo Horizonte: Ed. Lazlo, 2017.

MELLO, Rosâne. In. Aromaterapia na infância: uso e precauções. (Org. FREITAG, Vera Lucia; BUENO, Lucimara De Castro; WAHBRINCK, Ilíria François.) Práticas integrativas e complementares no cuidado a criança e adolescentes: interface saúde & educação. Curitiba: Nova Práxis, 2019.

PAVIANI, Bibiana Amaral; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; GESSNER, Rafaela. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. Revista Mineira de Enfermagem, [S.l.], v. 23, p. 1-8, 2019.

PELAQUIM, Andressa; SILVA, José Lucas Barbosa, FORNAZIERI, Marco Aurélio. In. Embriologia da Olfacção. (Org. ROMANO, Fabrizio Ricci; LIMA, Wilma Anselmo, FORNAZIERI, Marco Aurélio). Olfato e Paladar: da Anatomofisiologia ao Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2022.

RIBEIRO, Palmira Margarida da Costa Ribeiro. Um nariz subversivo: a domesticação dos cheiros e das paixões. 2019. Tese de doutorado Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HCTE/UFRJ).

ROMANO, Fabrizio Ricci; LIMA, Wilma Anselmo, FORNAZIERI, Marco Aurélio. Olfato e Paladar: da Anatomofisiologia ao Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2022.

SÁ, Rita de Cássia da Silveira e; SOUZA, Damião Pergentino. In. Perspectivas terapêuticas no uso de óleos essenciais pela via inalatória. (Org. Damião Pergentino de Souza). Óleos essenciais: abordagem farmacêutica e clínica. Belo Horizonte: Ed. Laszlo, 2022.

SARMENTO, A. M. F.; OLIVEIRA, R. K. B. O uso dos óleos essenciais de gerânio e junípero no rejuvenescimento facial. Revista Diálogos em Saúde. v. 2, n. 1, 2019.

SHERWOOD, Lauralee. Fisiologia Humana: das células aos sistemas. São Paulo: Cengage Learning. 7ª ed., 2011, 817p.

TERAPIA. In. Dicionário online de português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/aroma/>. Acesso em 04 de jan. 2023.

TISSERAND, Robert. Aromaterapia para todos. Belo Horizonte: Ed. Laszlo, 2017.

WOLFFENBÜTTEL, Adriana Nunes. Base da química dos óleos essenciais e aromaterapia: abordagem técnica e científica. Belo Horizonte: Ed. Laszlo, 2016.

Sobre os autores:

Fabiana de Oliveira Biazão

Fisioterapeuta e Administradora. Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família – UNOPAR. Integrante do grupo de pesquisa NEEPICS (Núcleo de Estudos de Espiritualidade, Práticas Integrativas e Complementares e Conscienciologia), da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

E-mail: fabiazao@edu.unifil.br

Graduada em Fisioterapia pela UniFil e Administração pela UEL; Especialista Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNOPAR, Especialista em consultoria e gestão de pessoas pelo INBRAPE e Especialista em desenvolvimento de grupos pela SBDG; Técnica em Massoterapia pela UniFil. Professora de cursos de graduação, pós-graduação, cursos técnicos e cursos livres. Tutora de pós-graduação da Unopar/Anhanguera; atua como Fisioterapeuta através das Práticas Integrativas e Complementares, em Aromaterapia, Reprogramação Biológica, Renascimento e outras PICS.

<http://lattes.cnpq.br/3739626795657050>

Eleine Aparecida Penha Martins

Enfermeira. Doutora pela escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Líder do grupo de pesquisa cadastrado no diretório do CNPQ: Núcleo de estudos em espiritualidade, práticas integrativas e complementares e conscienciologia (NEEPICS) desde 2018 e na Grupo de Pesquisa Urgência e Emergência e Paciente Crítico (GUEPC).

Professora do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

E-mail: eleinemartins@uel.br

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0746187814964386>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6649-9340>

Graduada em enfermagem pela UEL, Mestrado pela Escola de Enfermagem da USP/SP e doutorado na EERP/USP. Docente da UEL, atua na graduação, programa de residência em enfermagem, mestrado e doutorado, residência e graduação área de urgência e emergência e paciente crítico e nas práticas integrativas e complementares à saúde. Formação em Reiki níveis: I, II e III; Parapsicologia e Terapias holísticas (regressão de memória, parapsicologia científica, psicoterapia holística, reprogramação mental, relaxamento mental, a mente humana, hipnose, radiestesia, radiônica, comportamento humano, cromoterapia, meditação, aconselhamento, ética terapêutica, Programação neurolinguística, florais de Bach; Terapia com cristais; Terapeuta e ativista quântico; Auriculoterapia e acupuntura auricular; especialização em Acupuntura; Especialização em Constelação familiar Hellinger; Facilitadora do Familienstellen e Formação em professora de meditação. Curso avançado multiprofissional em cuidados paliativo.

ARTETERAPIA: CORPO, EXPRESSÃO E SAÚDE

Jefferson Pessoa Hemerly

Magda Ribeiro de Castro

O movimento arteterapêutico e seus pioneiros

Os historiadores relatam que no início da pré-história, mais exatamente durante o Período Paleolítico, ou Idade da Pedra Lascada, período compreendido entre 2,6 milhões de anos atrás até, aproximadamente, 8.000 a.C., no qual ocorreu o desenvolvimento e evolução do homem e se encerra com o surgimento da escrita, que os hominídeos se organizavam em grupos e viviam como nômades em condições rústicas, sobrevivendo da caça de animais e da coleta de frutos e raízes. O homem paleolítico, além da produção de ferramentas a partir da pedra lascada, do conhecimento do fogo e da domesticação do cachorro, também produziu as primeiras manifestações artísticas, representações pictóricas (pinturas rupestres) em rochedos e nas paredes das cavernas que narravam a caça e a sua relação com o mundo sobrenatural. As expressões humanas antecedem à escrita e foram fundamentais para que a espécie humana se desenvolvesse apoiada e imersa na cultura por ele produzida, como modos materiais e espirituais nas quais os homens de um grupo conviviam e comunicavam sua experiência coletiva por vias simbólicas para as gerações futuras (CLARK, 1977).

O trabalho com imagens a partir de diferentes expressões humanas com a finalidade terapêutica dentro de um processo sistematizado se iniciou no século passado e ficou conhecido como Arteterapia. O movimento arteterapêutico no mundo e no Brasil propõe um novo modo de atuação no campo da saúde mental e bem-estar a partir da aglutinação de conceitos e métodos das psicologias, artes e filosofia; no caso brasileiro, mais estritamente, a Gestalt-terapia, a Psicologia Analítica (ou Junguiana), o Existencialismo e Teorias Corporais. Assim, a arteterapia através e além dessas teorias e disciplinas, estabeleceu seus paradigmas ao articular os princípios entre si, oferecendo uma nova visão da natureza e da realidade a partir da convergência entre a ciência moderna e a tradição sapiencial, integrando o saber ao ser (PHILIPPINI, 2013).

Destaca-se que o objeto de estudo da arteterapia é o ser humano. Assim, a arteterapia investiga o homem a partir de imagens sonoras, plásticas e/ou corporais produzidas por ele de modo expressivo, fazendo emergir conteúdos encobertos, que no processo arteterapêutico podem ser reconhecidos e amplificados para que ele possa, então, apropriar-se da sua realidade própria, e encontrar abertura suficiente para que os conteúdos, depois de trabalhados, construam nele um novo lugar e/ou um novo sentido (DUCHASTEL, 2010).

O principal método de trabalho da arteterapia é o fenomenológico, haja visto as infinitas singularidades humanas que se deseja conhecer e reconhecer e que contribuem para que as pessoas possam viver com a arteterapia uma certa possibilidade de abertura do modo mais próprio de serem, muitas vezes, um modo próprio que elas mesmo desconhecem. Este recurso visa à novidade, contrariando o esperado e, portanto, é distinto da ciência normal que tende a descobrir o que espera descobrir (BACHELARD, 2019).

O arteterapeuta, em seu silêncio, em sua escuta e em seu modo de se colocar em relação com o atendido, deverá ter, como caminho constante e permanente para se chegar ao lugar onde habita esse outro, uma abertura para entrar em contato com o diferente dele, e de o acolher, e procurar compreender esse diferente vivendo a originalidade própria daquele instante, constatando e fazendo com que o sentido do que percebe no outro esteja baseado na maneira de olhar para este outro e jamais se descuide, e não se esqueça, que sua maneira de olhar para o outro, não é o olhar, mais uma maneira de olhar, lembrando-o assim, do trabalho incessante de buscar se abrir para outras possibilidades de estar presente (BACHELARD, 2008).

Se houver um caminho genérico até o ser humano, fora da fenomenologia, ele tem pouca serventia ao arteterapeuta, mesmo que contribua com a compreensão de uma certa dimensão do ser humano. A fenomenologia é o método do arteterapeuta pois este necessita estar disponível, não previamente comprometido a não ser com o estar presente, sem uma finalidade previamente estabelecida, com a sensibilidade totalmente aberta, para se horrorizar ou se maravilhar com aquilo que chega até ele, ajudando seu atendido a realizar os desdobramentos e ampliações de sentido e de possibilidade de ser daquilo que o impactou (imagem). Não é apenas os filósofos e os poetas que se preocupam em se manterem fiéis ao fenômeno; os arteterapeutas também, pois sempre buscam colaborar no sentido de fortalecer seu atendido a se manter fiel ao que o impacta e o toca, quando se mostra e tal como se mostra.

O reconhecimento, desdobramentos e ampliações de sentido e de possibilidades do conteúdo expressivo do atendido não é apenas uma realização, é também um modo específico de modelar a prática do arteterapeuta. As realizações fundamentais reconhecidas e que fornecem problemas e soluções modelares para a comunidade de arteterapeutas praticantes são estabelecidas a partir das seguintes premissas:

- 1) O ser humano é indeterminado, está para além das determinações; e é, por sua natureza, aberto a tudo aquilo que não é ele mesmo.
- 2) A transformação pessoal é mediada por imagens via comunicação simbólica entre o conhecido e o desconhecido.

- 3) A atividade expressiva gera imagens; seu reconhecimento, amplificação e desdobramentos exigem disposição e comprometimento do atendido e do arteterapeuta.
- 4) As propriedades e a aplicabilidade dos materiais e/ou recursos técnicos, restringem ou dão abertura à expressão.
- 5) O atendido deve escolher livremente os materiais com os quais quer interagir e, também, decidir o que compartilhar, ao modo pessoal, de suas descobertas.

O pioneirismo no mundo no campo arteterapêutico ocorreu quando Rudolf Steiner, no resgate da medicina grega antiga, criou um movimento cultural que buscou integrar ciência, arte e espiritualidade, conhecido por Antroposofia (BURKHARD, 2016). Além da Antroposofia, Sigmund Freud em seus estudos destacou a comunicação simbólica como uma função catártica e Carl G. Jung, utilizou a arte no tratamento psicoterapêutico, como forma de tornar consciente o processo simbólico, com o propósito de liberar e transformar a energia psíquica (JUNG, 2016).

Foi a partir desses precursores que a consciência corporal, em especial a criatividade das mãos, em seu potencial criativo e imaginativo, mediado por atividades expressivas, permitindo a percepção simbólica e imaginária, a integração de sentimentos, emoções e afetos. Assim, o reconhecimento da arteterapia evoluiu de um modo de psicoterapia da arte e de uma arte como terapia para a arteterapia centrada sobre o processo (DUCHASTEL, 2010).

O emprego da Arte com objetivos terapêuticos ocorreu em diversas áreas. Na década de 40, nos EUA, a utilização da arte em psicoterapia foi, primeiramente, sistematizada pela educadora, artista, psicanalista freudiana e analista junguiana Margareth Naumburg que reconhecendo que o inconsciente se exprime, com frequência, por imagens, iniciou a integração entre a arte e seu trabalho de psicoterapia dinâmica. Para ela, a criação artística consistia um meio de estabelecer uma conexão entre o terapeuta e seu cliente que como na psicanálise também era encorajado a refletir sobre a imagem expressa e incentivado a descobrir seu significado inconsciente. Porém, em seu trabalho a comunicação verbal era vista como prioridade (RUBIN, 1987; DUCHASTEL, 2010).

Diferentemente, Edith Kramer, artista e professora de arte, em 1958, a partir de seu trabalho com crianças e adolescentes, foi a primeira a destacar que o objeto artístico não era importante, salientando que o fundamental era o que a obra era capaz de realizar por aquele que a produziu e propõe que a arte como terapia seria adjuvante à psicoterapia. Os defensores da arte como terapia salientam não ser necessário que o cliente seja sistematicamente incentivado a dar um sentido a suas imagens (DUCHASTEL, 2010).

Em 1971, buscando conciliar as perspectivas de Naumburg e de Kramer, Elinor Ulman, artista e psicanalista, afirmou que a psicoterapia pela arte e a arte como terapia poderiam coexistir e, portanto, a arte como meio de comunicação não verbal em um processo psicoterapêutico enfatizava nos produtos da arte o caminho imaginário para reconciliar forças conflitantes dentro do indivíduo e entre o indivíduo e o seu meio. Assim, a arteterapia centrada sobre o processo destaca a importância da experiência vivida no decorrer do processo de criação (DUCHASTEL, 2010).

No Brasil, a arte como terapia esteve presente no trabalho de Osório Cesar, psiquiatra, crítico de arte e músico paraibano, que em 1924 fundou a Escola Livre de Artes Plásticas do Juquery. Osório César empregou a arte como recurso terapêutico durante quatro décadas no Hospital Psiquiátrico do Juquery, na cidade de Franco da Rocha, na grande São Paulo. Além do propósito terapêutico, buscava ensinar o ofício artístico aos pacientes para que pudessem exercer uma atividade após deixarem o hospital (ANDRIOLO, 2003).

Em 1944, a psiquiatra alagoana Nise Magalhães da Silveira desafiando os preconceitos, e com ressalvas quanto ao uso exclusivo da psicofarmacoterapia como forma de tratamento focado na doença, iniciou seu trabalho empregando a expressão criativa como modalidade terapêutica com pacientes esquizofrênicos, na seção de terapêutica ocupacional no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, adotando a Psicologia Analítica e se opondo aos tratamentos traumáticos da época. Nise da Silveira, denominou sua prática de arte como terapia de a “emoção de lidar” (CARVALHO; AMPARO, 2006; SILVEIRA, 2015).

Maria Margarida Moreira Jorge de Carvalho, “Magui”, filósofa, participou da criação do primeiro curso de Psicologia no Brasil, na Universidade de São Paulo (USP) em 1957, e após um curso com Hanna Yaxa Kwiatkowska, em 1968, descobriu que a arte podia ser empregada como linguagem terapêutica. Magui foi a primeira arteterapeuta do Brasil, pensou na arteterapia centrada sobre o processo com potencial expressivo e criativo, busca de harmonia à personalidade e da realização do potencial humano de sentir, pensar e agir. Organizou vários grupos de terapia fundamentados na produção de material expressivo e atuou na ala masculina da Penitenciária do Estado de São Paulo e no Setor de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público de São Paulo. Em 1980, juntamente com Mônica Allende Serra, Bia O’Cougne, Norberto Abreu e Silva Netto, organizou o curso anual de Terapias Expressivas no Instituto Sedes Sapientiae. Já em 1990, participou como docente do curso de Arteterapia, também no Sedes, coordenado por Selma Ciornai (LAURENTIIS; DANTAS, 2020).

Em 1984, Angela Philippini, psicóloga e artista plástica, criou o 1º curso de formação para arteterapeutas no Rio de Janeiro, e, em 2004, iniciou o 1º curso de Pós-graduação Lato sensu em arteterapia do Rio de Janeiro na Clínica Pomar (PHILIPPINI, 2020).

Arteterapia na contemporaneidade: possibilidades e benefícios à saúde

A arteterapia oferece atenção e cuidado psicossocial ao cliente (paciente, usuário ou atendido), auxiliando-o a reconhecer e desenvolver oportunidades, explorar problemas e potencialidades humanas a partir da expressão verbal e não-verbal, desenvolvendo recursos físicos, cognitivos e emocionais, bem como a aprendizagem de competências e habilidades por meio de experiências terapêuticas com linguagens artísticas variadas, favorecendo para que um conteúdo inconsciente não assimilado, possa ser transformado e se torne consciente. Além disso, a terapia a partir de expressões artísticas reconhece tanto os processos artísticos como as formas, os conteúdos e as associações como reflexo de desenvolvimento, habilidades, personalidade, interesses e preocupações do cliente, no qual o processo criativo permite a reconciliação de conflitos emocionais, facilita a autopercepção e contribui para o desenvolvimento pessoal (PHILIPPINI, 2018a).

No campo da política de saúde pública, destaca-se no Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), lançada em 2006, contemplando sistemas médicos complexos (racionalidades médicas) e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e a recuperação da saúde por meio de tecnologias efetivas e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento de vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade a partir de uma visão ampliada do processo saúde doença e na promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que inicialmente a PNPIC abrangeu a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo/Crenoterapia (BRASIL, 2006). Contudo, em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 849 que incluiu a arteterapia à PNPIC, dentre uma das vinte e nove Práticas Integrativas oferecidas pelo SUS (BRASIL, 2017), considerando que a arte pode ser utilizada no cuidado à saúde em todas as idades, e que por meio da arte, é possível refletir sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com experiências estressantes e traumáticas (BRASIL, 2017).

Em uma revisão sobre as contribuições da arteterapia na promoção da saúde e na qualidade de vida de idosos, evidenciou “benefícios na redução dos fatores negativos de ordem afetiva, emocional e social” (JARDIM et al., 2020). Já em estudo realizado por Valladares e Silva (2011), resultados mostraram que as intervenções de arteterapia foram eficazes na promoção do desenvolvimento infantil, constituindo um meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança no contexto da hospitalização.

Evidenciou-se os benefícios da arteterapia em outros grupos estudados, como a pesquisa que possibilitou ao profissional de saúde de cuidado ambulatorial, a vivência de participar de um processo grupal de arteterapia, evidenciando que para esses

trabalhadores, “a oficina arteterapêutica constituiu-se em vivência surpreendente e gratificante, espaço de interação que lhes possibilitou conhecer-se melhor, respeitar e aprender com os colegas, relaxar, aliviar o estresse e expressar suas emoções” (DEPRET et al.; 2019, p. 1).

Essa vivência na área da saúde do trabalhador foi compreendida pelos participantes como uma “experiência terapêutica, promotora de saúde e bem estar”, trazendo à luz a possibilidade de recursos terapêuticos como suporte à saúde mental dos profissionais de saúde (op cit).

Outros estudos destacaram os benefícios da arteterapia na saúde mental como os de Coqueiro, Vieira e Freitas (2010) ao revelar que a arteterapia potencializa e valoriza processos de livre criação dos usuários, elevando a auto-estima, melhorando o equilíbrio emocional e minimizando os efeitos negativos da doença mental, proporcionando nos sujeitos implicados no processo, mudanças nos campos afetivos, interpessoal e relacional. Em estudo de Caldi e colaboradores (2021), os participantes tiveram a percepção de que a arteterapia se configurou como uma ferramenta capaz de promover a saúde mental.

Um estudo de revisão bibliográfica da arteterapia, sobre a eficácia da arteterapia com todas as idades e populações clínicas e não clínicas, limitada a estudos (de 1999-2007) que empregam a arteterapia como intervenção específica, sugerem que a arteterapia é eficaz no tratamento de atendidos de diversas idades, com uma variedade de sintomas, distúrbios e transtornos (SLAYTON, et al., 2010). Já uma revisão sistemática de estudos randomizado e controlado de Arteterapia, encontrou 8 ensaios clínicos randomizados (RCTs) conduzidos com populações adultas com efeitos benéficos da arteterapia (MAUJEAN et al., 2014).

Outra revisão de eficácia revisou estudos da arteterapia no atendimento a crianças, lidando com eventos traumáticos do passado; com deficiências e necessidades educativas especiais; com crianças que lidam com condições médicas; crianças sem nenhuma dificuldade específica diagnosticada; adolescentes infratores, e, mostrou benefícios em todas essas populações (COHEN-YATZIV; REGEV, 2019). Ainda com população pediátrica, outros dois trabalhos, um estudo da eficácia das intervenções da arteterapia na redução dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em paciente com trauma pediátrico, mostrou que as crianças que receberam a intervenção da arteterapia tiveram redução dos sintomas de estresse agudo (CHAPMAN et al., 2011) e outro que revisou as evidências empíricas da arteterapia a população com TEPT, resultante de violência sexual, um estudo exploratório de arteterapia com essa população, de duração de 10 semanas, utilizando como instrumento avaliativo para TEPT, o Trauma Symptom Child Checklist, mostrou que a arteterapia atuou na redução dos sintomas associados ao TEPT e ao abuso sexual infantil (PIFALO, 2002).

Estudo com população neurodiversa, como autismo, mostrou que a arteterapia é eficaz no desenvolvimento de habilidades sociais para crianças com transtorno do

espectro autista (TEA), e que elas melhoraram sua capacidade de se envolver e se afirmar em suas interações sociais, reduzindo a hiperatividade e a desatenção (D'AMICO; LALONDE, 2017). Um estudo de caso com emprego da arteterapia como tratamento dos sintomas do TEA demonstrou também melhoria de habilidades sociais e aumento de bem-estar psicoemocional (DURRANI, 2019).

Um estudo controlado randomizado de arteterapia com acompanhamento de 6 meses de população com depressão, mostrou que a arteterapia foi capaz de reduzir a depressão e melhorar a autoestima, indicando que a arteterapia com pacientes deprimidos contribui para uma recuperação mais rápida e sustentada ao longo do tempo (BLOMDAHL et al., 2021). Estudo quase-experimental sobre os benefícios da incorporação da arteterapia ao cuidado do trabalho social com população idosa em instituições de longa permanência, mostrou que a arteterapia tem efeitos positivos na depressão e autoestima de idosos institucionalizados (CHING-TENG et al., 2019). A experiência subjetiva de arteterapêutas que trabalharam com clientes enlutados e que são expostos a uma poderosa experiência emocional durante o atendimento também foi investigada, revelando que a arteterapia com enlutados favoreceu ao controle emocional e o processo de luto, contribuindo para resultados terapêuticos positivos (GARTI; BAT OR, 2019).

A arteterapia mostrou bons resultados com população adulta com esquizofrenia, a partir de intervenção individualizada, para ajudar os indivíduos a aprender habilidades interpessoais, papéis e suas tarefas subjacentes a partir de práticas criativas e intervenção do arteterapeuta (SCHINDLER; PLETNICK, 2011). Na população convivendo com HIV/AIDS, a arteterapia teve um impacto na redução da depressão e na melhoria na saúde mental e da qualidade de vida (FELDMAN et al., 2014). Um estudo controlado randomizado com mulheres submetidas a tratamento radioterápico para câncer de mama, mostrou que a arteterapia promoveu melhora geral nos aspectos de qualidade de vida experimentada entre essas mulheres (SVENSK et al., 2009).

Um estudo com população adulta controlado randomizado investigou os efeitos da facilitação artística no funcionamento social de pessoas com deficiência de desenvolvimento e os impactos na qualidade de vida, e apesar de não ter encontrado nenhum ganho subjetivo nos auto-relatos dos participantes, o relato dos pais e da equipe afirmam que houve melhoria da linguagem e das habilidades sociais (GOT, CHENG, 2011). Outros estudos sobre o benefício da arteterapia em população com demência, revelaram melhora do bem-estar psicológico e qualidade de vida, pois é capaz de abordar sintomas neuropsiquiátricos e contornar o declínio das capacidades cognitivas e verbais, afirmando que a Arteterapia deveria estar na linha de frente dos cuidados (KAHN-DENIS, 1997; GUSEVA, 2019).

A arteterapia foi empregada para promover a renderização à lembrança em pessoas com doença de Alzheimer, por oferecer um meio de auto-expressão e acolhimento das habilidades do atendido, mas também porque os processos criativos podem reforçar conexões sinápticas, modificando o funcionamento neuronal,

melhorando o comportamento e a qualidade de vida nesta população a partir da experiência multissensorial com práticas criativas (EHRESMAN, 2013). Ainda no trabalho com a população idosa, um estudo qualitativo analisou os efeitos da arteterapia nessa população e a arteterapia se encontra relacionada com mudanças significativas na aprendizagem e lazer, influenciando a qualidade de vida, com efeitos positivos sobre a saúde física e psicológica (MISLUK, 2022).

Um estudo piloto de arteterapia de método misto sobre protocolos de três e quatro desenhos para dor crônica, demonstrou resultados quantitativos significativos, resultando em mudanças positivas no funcionamento cognitivo e afetivo, nos níveis de estresse, na capacidade de elaboração da realidade e na representação de si mesmo e no enfrentamento da dor (HASS-COHEN et al., 2022). Outro trabalho que investigou o benefício de um grupo de arteterapia em dor crônica, concluiu que o grupo de arteterapia focado, de aplicação de curto prazo, para apoiar pessoas que vivem com dor crônica, resultou na mudança de um ambiente clínico para um artístico, melhorando a conexão social e a saúde mental, bem como apoiar estratégias de autogerenciamento e distração da dor dos atendidos (O'NEILL; MOSS, 2015). Outro estudo que trabalhou a relação resiliência e arte na dor crônica, explorou a experiência de um grupo de pessoas que vivem com dor crônica e que continuaram a produzir arte diante da dor; mostrando que este grupo apresentou melhora no impacto da dor, como limitação, perda, isolamento social, estigmatização e desenvolvendo resiliência para superar as adversidades e promovendo um crescimento em busca de um novo significado para experiência de viver com dor (LYNCH, 2013).

Os arteterapeutas defendem a ideia de que a produção artística reduz o estresse e eleva o humor, um estudo testou esta hipótese e descobriu que o ato de produção artística pode produzir melhoria no humor negativo, não como resultado da contemplação do produto artístico, mas pela vivência do processo criativo de produção (PETRILLO; WINNER, 2005; BELL; ROBBINS, 2011).

As intervenções em saúde mental por intermédio da arteterapia promovem oportunidades e novas possibilidades para transformar as condições e a maneira de viver, contribuindo para a construção de uma vida saudável e para a redução da medicalização social (CIASCA, 2017). A vida pode ter muitas formas de ser percebida, experimentada e vivida, por isso, é preciso olhar para o atendido em suas múltiplas dimensões, seus temores, desejos, escolhas e valores. Por meio de intervenções e ações cotidianas, como o suporte emocional aos atendidos em seus sofrimentos, nos quais profissionais e usuários se encontram buscando criar novas ferramentas e estratégias para elaborar e compartilhar o cuidado em saúde juntos (BRASIL, 2013).

Considerando a compreensão do conceito de arteterapia, expresso na portaria publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), com vistas a atender às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e avançar na institucionalização das PICS no SUS, destaca-se o entendimento de que a arteterapia consiste em uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica,

tecелagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e do mundo (BRASIL, 2017).

Arteterapia, Gestalt-terapia e Psicologia Analítica: interfaces

A Psicologia Analítica ou Junguiana, a Gestalt-terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa, são na história da arteterapia brasileira, as principais teorias psicológicas empregadas para nortear sua prática clínica.

Janie Rhyne emprega os conceitos da Gestalt-terapia em suas investigações e intervenções com seus clientes, utilizando seus métodos de fazer arte, enfatizando a percepção e apreensão do tempo presente, do aqui e agora, do fazer consciente, propondo experiências de contato, sensibilização e awareness. Como arteterapeuta, Janie, declarou que em seu trabalho busca por ressonância afetiva, atuando como facilitadora, que orienta caminhos e não os interpreta em hipótese alguma, pois acredita que toda e qualquer iniciativa deverá ser na busca do autoconhecimento do próprio assistido, cliente ou usuário (RHYNE, 2000).

Estudos gestálticos dedicados a arte, desenvolvem a ideia de arte como “percepção solicitada”, não apenas considerando os dois lados da “experiência estética”, – o subjetivo e o objetivo; mas, também, o seu sentido inerente, que não reside apenas nos estados psíquicos do sujeito, nem deriva dos objetos como consequência direta de suas qualidades físicas, pois a “experiência estética” tem um profundo caráter valorativo. A arte é entendida como fazer, como expressão, como conhecimento. E, embora a arte seja reveladora da verdadeira realidade das coisas e capaz de abrir as portas sobre a constituição da realidade, qualquer compreensão abrangente da arte deverá levar em conta a sua particularidade, sua historicidade, seu tempo e espaço (RHYNE, 2000).

“Qualquer coisa experimentada fora do corpo, num sonho, por exemplo, não é experimentada, a menos que a incorporamos, porque o corpo significa o aqui e o agora” (JUNG, 1930 apud ZIMMERMANN, 2011, p.7). A contribuição das práticas corporais e o lugar do corpo na arteterapia, como sujeito da sensação, da percepção, da intuição, do pensamento e do sentimento; tal qual uma corporalidade compreendida como o “espaço corpo próprio”, a partir de sua relação com o outro, permite ao atendido que se reconheça, se diferencie e aceite sua forma de ser ou que deseje mudá-la. A arteterapia aplica os princípios da Gestalt-terapia nos trabalhos com os seus atendidos, dando ênfase à percepção e apreensão da experiência presente, do

aqui e agora, do fazer consciente e do como, propondo experiências de contato, sensibilização, awareness e ajustamento criativo (ZINKER, 2007; STEVENS, 2013).

A Psicologia Analítica contribui com a arteterapia com sua visão de homem e de psique (alma) humana peculiar, reconhecendo na alma humana o espaço intermediário e mediador entre o mundo objetivo da matéria e o mundo subjetivo das ideias, da imaginação e da fantasia; observando, sobretudo, o inconsciente pessoal e coletivo, as questões simbólicas e arquetípicas na qual o fenômeno psíquico, compreendido como um processo ou como o equilíbrio de múltiplas forças em ação, surge num determinado momento. Todo fenômeno psicológico é visto como um símbolo, no sentido que ele enuncia ou significa algo que escapa ao nosso conhecimento atual (JUNG, 2016).

Os símbolos se baseiam em conteúdos arquetípicos presentes no inconsciente que se apresentam por meio de sonhos, fantasias e imagens, que convidam o homem para uma discussão, um diálogo. A atitude simbólica é considerada uma atitude de síntese, pois quanto mais nos aproximamos do simbolismo arquetípico, mais próximos estaremos de nossos conteúdos inconscientes e mais conscientes nos tornamos de quem somos (JUNG, 2016).

Assim, sob a luz da Psicologia Analítica, pode-se compreender o desempenho simbólico possível e contatar os pólos opostos existentes na psique e, a partir do diálogo, impedir as situações de unilateralidade, mediar os contrastes e transcender os opostos. Portanto, a terapia por meio de expressões artísticas permite que os processos em curso no inconsciente, possam ser apreendidos e moldados pela consciência, implicando num processo criativo capaz de reconciliar conflitos emocionais, facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal (GRINBERG, 2017).

Arteterapia: prática e profissão

A arteterapia é um processo que ressignifica velhos valores; motiva o comprometimento com a proposta existencial que seja mobilizadora e transformadora para o ser humano, respeitando a singularidade de cada um e aquilo que diz respeito a todos, posicionando-se de modo fenomenológico e não interpretativo em relação aos “produtos” do setting arteterapêutico, criando uma relação e maior integração entre a linguagem formal e a linguagem simbólica, para assim, alcançar sua meta como função terapêutica, auxiliando na passagem de um conteúdo inconsciente não assimilado, transformando-o em outro conteúdo, objetivo e conscientizado. A arteterapia emprega a arte ativa, o processo criativo fundamentado por teoria(s) psicológicas (PHILIPPINI, 2013).

Entende-se a arteterapia como uma profissão e uma racionalidade do cuidado, uma prática integrativa e complementar que busca: favorecer o autocuidado, a autoestima, a consciência de interdependência (relação ambiental); estimular a

participação social e alternativas sociais responsáveis que contribuam para o desenvolvimento da comunidade, enriquecendo diversos espaços (família, comunidade, escola, empresa, clínica) da vida do atendido, a partir da valorização da diversidade e das diferenças, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral da saúde. Também é uma profissão de saúde mental, que busca por meio do processo criativo em uma relação psicoterapêutica com práticas expressivas ativas, promover a melhoria das funções cognitivas, sensoriais, motoras, da autoestima, da autoconsciência. É uma atividade profissional regulada em muitos países; em outros, o reconhecimento profissional, os aspectos deontológicos e a regulamentação para atuação profissional, visando o uso racional, a segurança do atendido e a qualidade dos serviços prestados, estão em processo de implementação e consolidação (AATA, 2023; UBAAT, 2023).

Nos E.U.A., por exemplo, a partir de 1969, os arteterapeutas inscritos no American Art Therapy Association eram considerados clínicos em saúde mental com graduação ou mestrado, atuando em diferentes ambientes, como instituições escolares, centros de bem-estar e qualidade de vida, instituições médicas e centros de práticas independentes (SCHWARTZ et al., 2022; AATA, 2023). No Canadá e Europa, as práticas e a regulação, não são tão diferentes. O Brasil, segue a tendência geral, habilita ao exercício da função de arteterapeuta portadores de diploma de curso superior (área da saúde e outras áreas afins) com pós-graduação *Lato sensu* em Arteterapia inscritos nas associações da sua região, atuando, principalmente, na área escolar, clínica, comunitária, jurídica e comercial (AARTES, 2023; UBAAT, 2023).

O processo arteterapêutico possui 4 (quatro) elementos fundamentais: 1) relação arteterapeuta-atendido/cliente; 2) a qualidade do vínculo terapêutico; 3) as características de como o arteterapeuta conduz o trabalho terapêutico (formação, estilo de trabalho, comprometimento, entre outros); 4) as expectativas e o envolvimento do atendido/cliente em relação ao processo arteterapêutico. O que se pretende com o processo arteterapêutico, o reconhecimento da racionalidade vivida (elaboração da realidade) e a construção de uma nova racionalidade na qual o atendido/cliente possa produzir um novo olhar para pensar seus desafios e oportunidades (BACHELARD, 2008).

A partir do referencial teórico da Psicologia Analítica, da Gestalt-terapia, das psicoterapias corporais, de pesquisa específica e em atenção à consigna a ser trabalhada, as sessões, vivências e intervenções em arteterapia são planejadas para permitir a leitura da expressividade, de modo individual ou coletivo. A consigna, ou necessidade premente, poderá ser reconhecida na oralidade, no comportamento observado e a partir de método associativo e da amplificação simbólica através da produção de imagens, processo criativo por meio das artes e da inter-relação do atendido com a obra criada (DUCHASTEL, 2010).

Assim, no processo arteterapêutico, o cliente poderá experimentar como ele verdadeiramente é, poderá conhecer mais sobre seus potenciais, seus limites, interrupções, possibilidades e poderá aceitar e viver plenamente sua singularidade,

compreender como funciona e, assim, tornar-se consciente de sua forma de contato com o outro. O homem percebe sua existência de maneira indivisa, com a totalidade do ser e é capaz de perceber o conjunto, um todo, uma organização. Esta percepção é natural e em função do grau de presença, percepção e consciência, torna-se possível a integração de questões emocionais, cinestésicas, simbólicas, arquetípicas e fenomenológicas (RHYNE, 2000).

O trabalho com histórias no trabalho arteterapêutico se baseia no fato de que essas narrativas são transdisciplinares e transculturais, e fornecem nutrição anímica, e sua escuta propõe alternativas simbólicas para o confronto e a superação de desafios. Assim, por meio delas nos educamos, nos informamos, nos aproximamos uns dos outros e nos transformamos, já que por meio delas que nós aprendemos noções de afetividade, ética, justiça, solidariedade, partilha, amizade e tantos outros valores fundamentais à existência humana e a vida em sociedade. Os contos e os mitos, semelhante aos conteúdos oníricos presentes nos sonhos, são empregados como instrumentos terapêuticos, capaz de representarem narrativas de fenômenos universais, que podem funcionar como fonte de sabedoria, comunicação, entendimento e compreensão do universo incomensurável do inconsciente, oferecendo a possibilidade de movimentar, transformar e harmonizar a energia psíquica de quem ouve (PHILIPPINI, 2018b).

A história, seu tipo, duração e potenciais consígnias devem ser condizentes com o público-alvo, e ser narrada com clareza, intensidade e entonação adequada da voz, em um ambiente preparado para a narração da história empregada pelo terapeuta como um fio condutor para o propósito final de seu trabalho, por meio das artes plásticas (seleção da linguagem e recursos materiais). É possível que antes da narrativa possa existir algum tipo de diálogo (rapport, acolhimento) com os participantes, bem como a utilização de recursos diversos, tais como, gravuras, desenhos, flanelógrafo, fantoches, bonecos; intervenções do narrador e dos ouvintes, inclusive uma performance (teatralização) para a apresentação da história.

As estruturas simbólicas contidas nesses relatos expressam fenômenos universais do inconsciente coletivo, além de estimular o imaginário, favorecer o autoconhecimento, motivar e desenvolver a comunicação oral. O trabalho com histórias, tais como com contos e mitos, é uma das possibilidades de se trabalhar a amplificação simbólica, na qual por meio de várias formas expressivas se torna possível o aprofundamento do conteúdo simbólico investigado e trabalhado terapeuticamente (BRANCO, 2019).

Os principais recursos técnicos aplicados em arteterapia são as artes plásticas (papéis, tintas, colas, argilas, fios, contas, semente, sucata e outros), música e sonoridade, teatro e o psicodrama (jogo dramático), histórias, filmes, fotografia, contos de fadas, jogos, imagens, mitologia, danças, técnicas corporais, técnicas de associação e imaginação. Os recursos são inesgotáveis, podendo ser multiplicados de acordo com a criatividade e de um estudo apurado das propriedades e aplicabilidade terapêutica como um caminho imaginário para se desenvolver a criatividade, a

sensibilidade, a ética, a concentração e a espiritualidade, contribuindo, portanto, para uma sociedade melhor (PAÍN, 2009; PHILIPPINI, 2013).

Pretendemos com este capítulo, dar visibilidade à arteterapia enquanto um processo terapêutico que utiliza a arte como expressão para o autoconhecimento, para a promoção da saúde, enquanto um recurso terapêutico que absorve saberes de diversas áreas do conhecimento, resgatando o indivíduo em sua integralidade. Não temos a pretensão de esgotar o tema, e sim, trazer à reflexão as múltiplas possibilidades que a arteterapia oferece, se desdobrando em um cenário promissor para o cuidado humano.

Referências

AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION, AATA. Sobre arteterapia. Alexandria, VA. Disponível em: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>.

ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO ESPÍRITO SANTO, AARTES. Informes e Regulamentação. Vitória, ES. Disponível em: <https://www.aartes.org/conteudos>.

ANDRIOLO, Arley. A “psicologia da arte” no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. Psicologia Ciência e Profissão, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 74-81, dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400011>.

BACHELARD, Gaston. A Poética do Espaço. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

BACHELARD, Gaston. A Terra e os Devaneios do Repouso. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

BELL, Chloe; ROBBINS, Steven. Effect of Art production on negative mood: a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Art Therapy Association, Glenside, PA, v. 24, n. 2, p. 71-75, 2011.

BLOMDAHL, Christina; GUREGARD, Suzanne; RUSNER, Marie; WIJK, Helle. Recovery from Depression - 6-Month Follow-up of Randomized Controlled Study of Manual-Based Phenomenological Art Therapy for Persons With Depression. Journal of the American Art Therapy, v. 39, n. 1, p. 13-23, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07421656.2021.1922328>.

BRANCO, Sonia. Oficinas Expressivas: 20 atividades em Arteterapia. Rio de Janeiro: Wak, 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia,

Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/SAS/DAB. Saúde Mental. Brasília, DF: MS, 2013. 176 p.

BRASIL. União Brasileira de Associações de Arteterapia, UBAAT. Arteterapia. Disponível em: <https://www.ubaat.com.br/#arteterapia>.

BURKHARD, Gudrun. Vivências Espirituais na Biografia Volume II. São Paulo: João de Barro, 2016.

CALDI, Joseli Aparecida; et al. Percepção da arteterapia como recurso à promoção da saúde mental da equipe de enfermagem hospitalar. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 12, n. 6, p. 1204-1209, 2021.

CARVALHO, Sonia Marchi; AMPARO, Pedro Henrique Mendes. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 1, p. 126-137, 2006.

CHAPMAN, Linda; MORABITO, Diane; LADAKAKOS, Chris; SCHREIER, Herbert; KNUDSON, Margaret. The effectiveness of Art Therapy Interventions in Reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Pediatric Trauma Patients. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 18, n. 2, p. 100-104, 2001.

CHING-TENG, Yao; YA-PING, Yang; YU-CHIA, Chen. Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, v. 58, n. 3, p. 324-338, 2019.

CLARK, Grahame. *World Prehistory: In New Perspective*. 3. ed. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 1977.

CIASCA, Eliana Cecília. Arteterapia e depressão: efeito da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos. 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado - Curso de Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-06062017-082522/publico/ElianaCeciliaCiascaVersaoCorrigida.pdf>.

COHEN-YATZIV, Liat; REGEV, Dafna. The effectiveness and contribution of art therapy work with children in 2018 - what progress has been made so far? A systematic review. *International Journal of Art Therapy*, v. 24, n. 3, p.100-112, 2019.

COQUEIRO, Neusa Freire; VIEIRA, Francisco Ronaldo Ramos; FREITAS, Marta Maria Costa. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 6, p. 859-62, 2010.

D'AMICO, Miranda; LALONDE, Corinne. The effectiveness of Art Therapy for teaching social skills to children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 34, n. 4, p. 176-182, 2017.

DEPRET, Oneide Regina; et al. Saúde e bem-estar: a arteterapia para profissionais de saúde atuantes em cenários de cuidado ambulatorial. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 1, p. 1-9, 2019.

DUCHASTEL, Alexandra. *O caminho do imaginário: o processo de arte-terapia*. São Paulo, SP: Paulus, 2010.

DURRANI, Huma. A case for Art Therapy as a Treatment for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 36, n. 2, p. 103-106, 2019.

EHRESMAN, Crystal. From rendering to remembering: Art Therapy for people with Alzheimer's disease. *International Journal of Art Therapy*, v. 19, n. 1, p. 43-51, 2013.

FELDMAN, Matthew; BETTS, Donna; BLAUSEY, Daniel. Process and Outcome Evaluation of an Art Therapy Program for People Living with HIV/AIDS. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 31, n. 3, p. 102-109, 2014.

GARTI, Dana; BAT OR, Michal. Subjective experience of Art Therapists in the treatment of Bereaved Clients. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 36, n. 2, p. 68-76, 2019.

GOT, Irene; CHENG, Sheung-Tak. The effects of Art facilitation on the social functioning of people with Developmental Disability. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 25, n. 1, p. 32-37, 2011.

GRINBERG, Luiz Paulo. *Jung: O homem criativo*. São Paulo: Blucher, 2017.

GUSEVA, Elena. Art Therapy in Dementia Care: Toward Neurologically Informed, Evidence-Based Practice. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 36, n. 1, p. 46-49, 2019.

HASS-COHEN, Noah; BOKOCH, Rebecca; GOODMAN, Katherine; McANUFF, Julia. Art Therapy Drawing Protocols for Chronic Pain: Qualitative Findings From a Mixed-Method Pilot Study. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 39, n. 4, p. 182-193, 2022.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva; et al. Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 4, p. 1-10, 2020.

JUNG, Carl. *O homem e seus símbolos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: HarperCollins Brasil, 2016.

KAHN-DENIS, Kathleen. Art Therapy with Geriatric Dementia Clients. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 14, n. 3, p. 194-199, 1997.

LAURENTIIS, Vera Regina; DANTAS, Ana Maria Pérez. *Percurso profissional da Profª Drª Maria Margarida Moreira Jorge de Carvalho: diário de bordo*. Conselho Regional de

Psicologia de São Paulo. História e Memória da Psicologia em SP, 2020. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/memoria/magui/artigo.aspx>.

LYNCH, Mary; SLOANE, Gail; SINCLAIR, Caitlin; BASSETT, Raewyn. Resilience and art in chronic pain. *Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, v. 5, n. 1, p. 51-67, 2013.

MAUJEAN, Annick; PEPPING, Christopher; KENDALL, Elizabeth. A Systematic Review of Randomized Controlled Studies of Art Therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 31, n. 1, p. 37-44, 2014.

MISLUK, Eileen; RUSH, Haley. Art Therapy Impact on Aging Adults' Quality of Life: Leisure and Learning. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 39, n. 4, p. 211-218, 2022.

O'NEILL, Aimee; MOSS, Hilary. A Community Art Therapy Group for Adults With Chronic Pain. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 32, n. 4, p. 158-167, 2015.

PAÍN, Sara. Os fundamentos da arteterapia. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PETRILLO, Lili De; WINNER, Ellen. Does Art Improve Mood? A Test of a Key Assumption Underlying Art Therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 22, n. 4, p. 205-212, 2005.

PHILIPPINI, Angela. Arteterapia: Métodos, Projetos e Processos. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2013.

PHILIPPINI, Angela. Linguagens, Materiais Expressivos em Arteterapia: uso, indicações e propriedades. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2018.

PHILIPPINI, Angela. Imaginário em Arteterapia: a vez e a voz dos personagens. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2018.

PHILIPPINI, Angela. Sobre a Clínica Pomar de Arteterapia. Clínica Pomar, 2020. Disponível em: <https://arteterapia.org.br/sobre-a-clinica-pomar-de-arteterapia/>.

PIFALO, Terry. Pulling Out the Thorns: Art Therapy With Sexually Abused Children and Adolescents. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 19, n. 1, p. 12-22, 2002.

RHYNE, Janie. Arte e Gestalt: padrões que convergem. São Paulo: Summus, 2000.

RUBIN, Judith Aron. Approaches to Art Therapy: Theory and Technique. New York, NY: Approaches to Art Therapy: Theory And Technique, 1987.

SCHINDLER, Victoria; PLETNICK, Carol. Role Development Applied to Art Therapy Treatment of an Artist Diagnosed with Schizophrenia. *Journal of the American Art Therapy Association*, v. 23, n. 3, p. 126-131, 2011.

SCHWARTZ, Jennifer; St. JOHN, Patricia; LAGSTEIN, Carol Greiff.; PATE, Michelle; DENNING, Heather. Instructional Content in Undergraduate Art Therapy Education. Journal of the American Art Therapy Association, 2022.

SILVEIRA, Nise. Imagens do Inconsciente. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

SLAYTON, Sarah; D'ARCHER, Jeanne; KAPLAN, Frances. Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. Journal of the American Art Therapy Association, v. 27, n. 3, p. 108-118, 2011.

STEVENS, John O. Tornar-se presente: experimentos de crescimento em gestalt-terapia. 14. ed. São Paulo: Summus, 1976.

SVENSK, A-C.; OSTER, I; THYME, Karin Egberg.; MAGNUSSON, E.; SJÖDIN, M.; EISEMANN, Martin; ASTRÖM, S.; LINDH, Jack. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. European Journal Cancer Care, v. 18, n. 1, p. 69-77, 2009.

UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE ARTETERAPIA, UBAAT. Arteterapia. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.ubaat.com.br/#arteterapia>.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso; SILVA, Mariana Teixeira. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 443-450, 2011.

ZIMMERMANN, Elisabeth. Corpo e Individuação. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ZINKER, Joseph. Processo criativo em Gestalt-terapia. 2. ed. São Paulo: Summus, 2007.

Sobre os autores:

Jefferson Pessoa Hemerly

Farmacêutico-bioquímico; Psicólogo; Arteterapeuta; Membro Internacional da American Art Therapy Association; Doutor em Ciências da Vida pelo Programa de Biologia Molecular da UNIFESP; Professor do curso de Farmácia do Departamento de Ciências da Saúde, do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Membro do Grupo PICsUFES®.

Magda Ribeiro de Castro

Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela UFRJ; Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFES); Coordenadora do Grupo PICsUFES®; Membro do GT da ABRASCO de PICS e Racionalidades Médicas. E-mail: magda.soares@ufes.br

PRINCÍPIOS DO AYURVEDA PARA A SAÚDE HUMANA

Diéssica Roggia Piexak

Anáise Rodrigues Andrade Shigue

Introdução

Ayurveda é uma das medicinas tradicionais do país que é conhecido hoje como Índia e que compõe o atual ministério Ayush (Ayurveda, Yoga, Naturopathy, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa, Homoeopathy) do governo indiano. É considerada uma das medicinas mais antigas do mundo em termos de sistematização e registro escrito, embora em sua forma de transmissão oral provavelmente seja anterior aos mesmos. Baseia-se em preceitos filosóficos de diversas fontes de sabedoria e ciências indianas que se expressam e desenvolvem em linguagem e formas de compreensão do universo, mundo e seres (e, conseqüentemente, de sua saúde) que se inter-relacionam de maneira holística. Considera o ser humano de maneira integral, possuindo dois objetivos principais: amenizar o sofrimento e auxiliar na cura de quem está enfermo e manter a saúde de quem está saudável.

Com compreensão e cosmovisão fundamentados nos elementos da natureza - Panchamahabhutas: Éter, Ar, Fogo, Água e Terra - suas combinações - os Doshas: Vata, Pitta e Kapha - e os atributos da mente e características da matéria (Gunas), identifica e diagnostica de maneira sofisticada sinais e sintomas de adoecimento antes mesmo de sua instalação e cronicidade, oferecendo atenção personalizada e tratamento individualizado, que envolvem inúmeros recursos, que podem ser utilizados de maneira isolada ou combinada, conforme o caso. Tais terapêuticas incluem desde olear o corpo (Abhyanga, Shirodhara etc.), ou manobras de depleção de tecido adiposo a tratamentos mais intensivos de purificação do corpo (Panchakarma) além da observação e alterações pertinentes em rotinas de sono, exercícios físicos, alimentação, ademais de orientações focadas ao cuidado com a saúde mental.

O Ayurveda é um sistema de prática médica geral, que engloba tanto aspectos preventivos como prescritivos. Consiste num grande e excelente conjunto de preceitos práticos em quase todos os aspectos da vida imagináveis para uma pessoa comum (como limpeza dos dentes, dieta, exercícios, moral etc.) mas que também inclui ensinamentos específicos em todos os aspectos de diagnóstico e terapias, almejados por um médico profissional (WUJASTIK, 1998).

Breve contexto histórico

É de crucial importância salientar a grande complexidade envolvida no conhecimento e interpretação dos saberes relacionados à cultura indiana e sua história, em especial, a história da medicina. Em meio a estas complexidades podemos citar alguns fatores como o número de práticas médicas tradicionais e regionais em seu território, seu desenvolvimento, ensino e prática considerados em diferentes períodos de sua longa e antiga história (especialmente em dois grandes momentos: quando a nação indiana foi unificada e posteriormente, durante e após sua independência da Inglaterra) e suas inevitáveis implicações e relações com as realidades sociais (por exemplo, de casta) e políticas nestas diferentes épocas.

Tamanho é o desafio - assim como a importância de fazê-lo - que existem pesquisadores em caráter multidisciplinar que estudam o que cunham “antropologia do Ayurveda” e que, há quase um século, tentam montar esse quebra cabeça para, em tempo, expor ao mundo o vanguardismo e relevância desta medicina tradicional em tempos atuais. Neste capítulo, tais fontes são a principal referência adotada, assim como a breve menção do conceito de Itihasa.

Itihasa

Termo em Sânscrito, frequentemente traduzido como “e assim foi como de fato (ou verdadeiramente) aconteceu” (THAPAR, 2004) é uma prática narrativa oral comum em território indiano, utilizada desde os considerados mais marcantes eventos da cultura indiana – como Bhagavad Gita – até como o Ayurveda surgiu, em resposta a um momento de total desespero da humanidade, como um presente divino, através de uma longa transmissão desse conhecimento de deidades a sábios de uma época que não é datada da mesma maneira que estamos acostumados.

Justamente por conta dessa prática cultural e de suas variações regionais em território indiano é que se torna comum a menção de que o Ayurveda possui vários milênios: dez mil, cinco mil anos ou mais, além de conferir diversas formas de metáforas e elementos míticos e religiosos que frequentemente intrigam as pessoas, especialmente no Ocidente.

Contar a história do Ayurveda pelo Itihasa ainda é, inclusive atualmente, a maneira mais comum de aprendizagem, para indianos e não indianos, o que para estes últimos pode gerar descrença ou o entendimento de que esta medicina tradicional depende exclusivamente de conceitos e atributos pertinentes à religião hindu.

História contada através de um tempo linear

Sem nenhum demérito à prática do Itihasa, mas buscando compreender a evolução e desenvolvimento do Ayurveda e confirmar, de maneira científica, seus milênios de existência, desenvolvimento, ensino e prática, pesquisadores de diversas áreas – antropologia, história asiática, história da medicina, sociologia, linguística, filosofia oriental entre outras – dedicaram-se ao longo de anos em inúmeros trabalhos que se complementam em contextos investigativos de temas, (inclusive correlacionados a outras áreas de conhecimento como o Yoga por exemplo), e de temporalidade convencional, sem desrespeitar a complexidade e importância cultural do Itihasa mas atuando de maneira complementar a ele, oferecendo outras possibilidades de entendimento e vislumbre da magnitude, diferenciais e desenvolvimento do Ayurveda ao longo dos séculos e desmistifica importantes questões relacionadas não somente à credibilidade de procedimentos, mas também sobre a compreensão da sofisticação de sua sistematização enquanto medicina ou em termos de racionalidade médica (LUZ, 1993).

Kenneth Zysk especializou-se na pesquisa da história da medicina clássica indiana no período entre 800 a.C. a 100 a.C. conforme descreve em sua obra “Asceticism and healing in ancient India: medicine in the Buddhist monastery” de 1991 e ainda comenta que anteriormente a essa janela temporal, existe o chamado período védico (inicial) de cura ritualística e religiosa, (cerca de 1700 a.C a 800 a.C.) e após este, há o período empírico-racional da medicina, onde a tradição do Ayurveda teve expressão através dos tratados de Charaka, Bhela e Susruta (cerca de 200 a.C. a 400 d.C.). Por conta destes tratados em registro escrito, conhecidos como textos clássicos do Ayurveda, entende-se que o Ayurveda como é conhecido hoje data de aproximadamente dois mil anos, mesmo que suas raízes sejam mais antigas (WUJASTYK; SMITH, 2008).

O Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā (Compêndio do Coração da Medicina) de Vāgbhaṭa, de aproximadamente 600 d.C., é provavelmente o texto mais lido, traduzido e o mais influente trabalho de Ayurveda publicado na história, tornando-se o texto padrão no ensino de Ayurveda pois apresenta a síntese dos textos de Charaka e Susruta (WUJASTYK, 2011).

Apesar da massiva presença e autoridade destes textos clássicos houve uma série de publicações consideradas de crucial importância nos anos e períodos históricos posteriores, embora as mesmas não sejam, lamentavelmente, tão conhecidas. Esta é outra razão pela qual o trabalho de investigação multidisciplinar destes pesquisadores é tão relevante, pois além de elucidar tais obras, apontam também que a medicina tradicional Ayurveda continuou se desenvolvendo, mesmo após as épocas dos textos clássicos. As autoras acreditam ser pertinentes essas observações e se reservam a pular alguns séculos de história para apresentar e citar, de forma resumida, mas não menos significativa, outros períodos temporais mais

recentes e extremamente importantes para o Ayurveda atual. São eles: os períodos colonial britânico, pré independência e pós independência, onde, em meados do século 19 inicia-se o chamado “Revivalismo do Ayurveda” (LESLIE, 1976) movimento que influencia seu ensino e prática em toda Índia assim como as medidas de institucionalização do ensino de Ayurveda e a criação de órgãos do governo que posteriormente culminaram no atual ministério Ayush (WUJASTYK; SMITH, 2008) e influenciam diretamente o aprendizado e prática em territórios e realidades além do indiano.

Etimologia e conceitos básicos

Os textos milenares evidenciam um interesse profundo do Ayurveda sobre inúmeras práticas do corpo, da mente e do espírito, objetivando tornar a vida mais plena, longa e saudável. Dentre estes textos, no Charaka Samhita, o autor traduz e define a raiz sânscrita da palavra Ayurveda como a Sabedoria da Vida (PANDAY, 1997; SHARMA; DASH, 2018). Ainda, outras traduções apresentam Ayur (Vida) e Veda (Ciência ou Conhecimento), ou seja, conhecido também como Ciência da Vida ou Conhecimento da Vida. De acordo com Vasant Lad Ayurveda pode ser definida como sendo “a arte de viver a vida cotidiana em harmonia com as leis da natureza” (LAD, 1998, p. 11).

Conforme outro clássico do Ayurveda – Charaka Samhita, o entendimento de vida é o tempo em que se tem entre o nascimento e a morte e esta possui quatro elementos essenciais: sharira – o corpo físico, indriya – os órgãos dos sentidos, sattva – a capacidade cognitiva, atma – aquilo que não pode ser visto (SHARMA; DASH, 2018).

Trata-se de um sistema tradicional de medicina milenar natural e abrangente que considera a digestão como primordial para a manutenção da saúde (SHARMA; WALLACE, 2020). Assim, muitos conceitos são importantes para a melhor compreensão dessa Ciência da Vida, a começar pelo conceito de Agni, brevemente entendido como fogo digestivo.

Nesse sentido, entende-se que uma dieta nutritiva só terá impacto positivo para a promoção da saúde se a capacidade digestiva estiver ótima (SHARMA; WALLACE, 2020). Portanto um Agni equilibrado torna-se fundamental para que a digestão aconteça da melhor forma possível e assim possa nutrir todos os dhatus (tecidos) do corpo, conhecidos como: Rasa, Rakta, Mamsa, Meda, Asthi, Majja e Sukra. Estes tecidos são responsáveis pela manutenção do corpo saudável e pela produção de energia vital. Correspondem, respectivamente a: plasma, sangue, músculo, tecido adiposo, tecido ósseo, medula e tecido sexual (óvulo e espermatozoide) (SHARMA; DASH, 2018).

Quando o Agni está em desequilíbrio a digestão não acontece adequadamente e há a formação de Ama, ou seja, um subproduto tóxico da digestão incompleta que

está ligado a distúrbios e doenças (SHARMA; WALLACE, 2020). Cabe destacar que existem mais de um Agni e cada um apresenta a sua função específica descrita, os funcionamentos adequados e a sua importância no equilíbrio humano.

Atenta-se também para Mala, ou seja, substâncias do metabolismo que, na fisiologia normal, devem ser excretadas naturalmente (fezes, urina e suor). Essas substâncias possuem funções importantes no corpo e devem ser produzidas e excretadas diariamente (SHARMA; DASH, 2018).

Para manter um Agni equilibrado e conseqüentemente uma boa digestão e nutrição, os textos clássicos de Ayurveda recomendam inúmeros cuidados para com o corpo (sharira), o qual é entendido não somente como físico, mas também mental ou emocional e espiritual. Alguns desses cuidados estão relacionados com práticas diárias como: Dinacharya (rotina diária) – recomendações sobre os melhores horários para acordar, comer, se exercitar, meditar, tudo isso objetivando entrar em maior sintonia com os ritmos naturais que sustentam uma saúde ideal. Sempre que possível, se orienta acordar antes do sol nascer, em torno de 96 minutos antes (SHARMA; DASH, 2018).

Ratricharya (rotina noturna) – recomendações sobre o horário ideal para dormir para assim garantir uma boa noite de sono. O sono é considerado um dos principais pilares da saúde no Ayurveda. A recomendação é não trabalhar no turno da noite, devido as inúmeras alterações fisiológicas adversas que podem resultar. Essas recomendações estão associadas aos horários em que o sol nasce e se põe, considerando o local geográfico que a pessoa vive (SHARMA; DASH, 2018).

Já o Ritucharya (rotina sazonal) – apresenta recomendações para cada estação do ano, por exemplo, comer alimentos refrescantes durante o verão e minimizar alimentos quentes e condimentados. Se exercitar mais no inverno do que no verão, entre inúmeras outras recomendações (SHARMA; DASH, 2018).

Para a promoção da saúde outras recomendações são apresentadas: Ahara-Vihara (dieta e orientações para alimentação), Sadvritta (comportamento social e pessoal), Manasa Tivra (estresse mental) e Manas Vritti (flutuações mentais) e Paryavarana (ambiente, incluindo casa e local de trabalho) (SHARMA; DASH, 2018).

A mente (manas) também merece atenção. Apresenta-se que por meio dos cinco órgãos dos sentidos (visão, audição, paladar, tato e olfato) as informações são recebidas e assim as flutuações mentais são criadas. Havendo uma sobrecarga dessas informações pode-se ocasionar estresse, tensão e desequilíbrio da mente e esse desequilíbrio pode levar a distúrbios físicos, isso porque há uma conexão mente-corpo. E há descrições nos textos clássicos também para o gerenciamento do estresse e minimização dessas flutuações mentais.

É interessante destacar que a alimentação, a partir desses entendimentos ayurvédicos, se dá não somente pela ingestão de um alimento, mas também por aquilo que se escuta, se visualiza, se toca e se sente pelo olfato. Aliás, antes de ingerir

o alimento, já estamos iniciando a alimentação, pelo toque, pelo cheiro, pela visão. Além disso, uma recomendação muito presente é realizar as refeições em ambientes calmos, não falar enquanto se alimenta, agradecer pelo alimento, selecionar o que se vê e o que se escuta durante as refeições e também durante o dia. Tudo que acontece ao nosso redor de uma maneira ou de outra será “digerido”/processado por nós, podendo nos equilibrar ou desequilibrar.

As definições de Bala e Ojas são importantes para o melhor entendimento do funcionamento corporal. Bala refere-se à força, incluindo força física, força mental e imunidade forte. Ojas é o produto final da digestão e metabolismo perfeitos no nível celular ou tecidual, aumenta a imunidade, nutre e sustenta dhatus (SHARMA; DASH, 2018). Assim, ao selecionarmos os melhores alimentos, de acordo com a nossa necessidade, conforme uma análise ayurvédica, e estando com um Agni equilibrado possuímos Bala e Ojas e conseqüentemente viveremos com saúde e contentamento.

Outro aspecto importante a ser destacado é em relação ao entendimento dos panchamahabhutas (cinco grandes elementos) que compõem tudo o que existe, inclusive a natureza humana, a qual faz parte do cosmos. Com esse entendimento apresenta-se que o macrocosmo influencia no microcosmo e vice-versa e que assim, dependendo da concentração desses elementos, seja nos alimentos, nos horários do dia, nas estações do ano, podemos estar nos equilibrando ou desequilibrando quando expostos e/ou quando ingerimos determinado alimento.

Os panchamahabhutas são ākāśa (éter/espaço) que permite a existência de espaço para os materiais; vāyu (estado gasoso), que é a base do movimento; agni ou tejas (calor), que permite a troca de energia; āpa (estado líquido), que permite que os materiais se unam; e pṛthvī (estado sólido), que permite que os materiais tenham massa (SHARMA; DASH, 2018).

A combinação desses elementos forma os doshas: vāta (ākāśa e vāyu), pitta (tejas e āpa) e kapha (āpa e pṛthvī). Esses doshas (princípios que regem a fisiologia) estão presentes em proporções diferentes em cada pessoa e trazem atributos e funcionamentos para cada um. São fatores biológicos formados como resultado da interação sincronizada entre os cinco elementos básicos dentro de um sistema vivo. Estão evoluindo durante os processos da vida e influenciam o seu curso. Estão incorporados em diferentes elementos estruturais do corpo (dhātu) e nos produtos metabólicos. A robustez da sua função mantém a fisiologia normal do corpo. A perturbação de sua função é a base da doença.

Os dosha são vāta, mantém o equilíbrio funcional por meio dos processos de movimento; pitta, mantém o equilíbrio funcional através dos processos de transformação; e kapha, mantém o equilíbrio funcional através dos processos de acumulação.

O termo Prakriti refere-se à constituição psicofisiológica, estrutura básica de nascimento da proporção dos doshas de uma pessoa. É o fenótipo discreto de um indivíduo com base em traços físicos, psicológicos, fisiológicos e comportamentais, e

independente de variáveis sociais, étnicas e geográficas. Quando a pessoa está em desequilíbrio ou em desordem é definido como Vikriti, correspondendo a distúrbios e doenças no sistema médico atual. Dependendo do que se faz na vida a Prakriti altera-se positivamente ou negativamente e fatores como estilo de vida e comportamento, dieta e digestão, estresse e fatores ambientais são determinantes (SHARMA; DASH, 2018).

Por isso que no Ayurveda os tratamentos são individualizados, utilizando terapias manuais, nutricionais e ervas, propõem ainda práticas de rotina e estilo de vida, incluindo exercícios, muitos baseados no Yoga (SHARMA, 2021).

Diagnóstico e procedimentos terapêuticos

De forma procedimental extremamente organizada, o Ayurveda identifica desequilíbrios e desarmonias relacionadas ao que poderíamos identificar como biotipos de cada pessoa, considerando sua fisiologia, anatomia e comportamento. Juntamente, identifica-se o estágio do potencial adoecimento - e, conseqüentemente seu risco e cronicidade - adicionados a outras categorias de informação de cada paciente (como Bala por exemplo, já citado anteriormente) para então, definir o tratamento, que basicamente, se divide em duas opções: terapias de redução e terapias de nutrição. Tais características precisam ser consideradas sempre de maneira integral. Ambas as abordagens podem ser utilizadas tanto como prevenção de doenças como manutenção da saúde e são classificadas de acordo com sua intensidade de ação (desde mais leves a mais intensas) e geralmente são decididas, organizadas e aplicadas de maneira combinada. Ainda, existem terapias de rejuvenescimento – não em termos estéticos e sim em termos de força e funcionamento adequado do organismo em diversas fases de vida – e os cuidados paliativos. Das terapias mais intensas de tratamento, as mais famosas são os Panchakarma.

Panchakarma significa os cinco métodos terapêuticos que podem ser utilizados para preparem e expulsarem os doshas e mala viciados, seja em qualidade ou quantidade anormal, para que assim se reestabeleça o metabolismo normal. Esses métodos terapêuticos são: êmese induzida terapeuticamente (vamana) e purgação (virecana); administração de medicamentos por via nasal (nasya); enemas que utilizam uma mistura de substâncias medicinais, constituída predominantemente por decocções de ervas (āsthāpanavasti/āsthāpanabasti, kaṣāyavasti ou nirūhavasti); e enemas usando medicamentos Ayurveda à base de lipídios (anuvāsanavasti ou snehavasti). São classificados como os principais (pradhāna) procedimentos (karma) de Panchakarma. Os procedimentos anteriores ao procedimento principal são classificados como procedimentos preparatórios (pūrva karma) e os seguintes ao procedimento principal como procedimentos pós-terapia (paścāt karma). Esses procedimentos preparatórios e pós-terapêuticos também fazem parte dos processos denotados pelo termo amplo Panchakarma (WHO, 2022a).

Atualmente

Há estimativas que na Índia existam em torno de 700.000 praticantes de Ayurveda (vaidyas), com qualificações Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery (BAMS) ou Mestrado (MD) Ayurveda. O Ayurveda na Índia é reconhecido e regulamentado por um ministério independente, chamado Ministério Ayush (Ayurveda, Yoga, Naturopathy, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa, Homoeopathy). Apresenta como visão: reviver o profundo conhecimento dos sistemas tradicionais de medicina indiana e garantir o desenvolvimento e a propagação ideais dos sistemas de saúde Ayush, com atenção voltada para a educação e pesquisa nessas áreas (MINISTRY OF AYUSH, 2022).

Destaca-se que durante milênios, o conhecimento do Ayurveda foi passado de geração a geração de modo oral. Caracteriza-se como uma ciência evolutiva e um sistema que se renova perpetuamente, conforme cada geração interpreta e aplica seus princípios profundos. Tanto como os princípios da ciência moderna, os insights centrais do Ayurveda sobre a vida e a saúde são tão relevantes para a sociedade atualmente como foram para as gerações antigas (SHARMA, 2021). Assim, essa sabedoria/conhecimento/ciência da vida continua presente e desperta interesse, estudo e prática na atualidade.

O ensino do Ayurveda passado de forma oral foi descrito como um método chamado gurukula, o mestre se sentava com seus discípulos em roda, falava e exemplificava até que todos entendessem o conteúdo. Com o passar do tempo, houve necessidade de escrita desses ensinamentos, os quais foram escritos em forma poética, facilitando a memorização. Os textos clássicos do Ayurveda foram escritos em slokas (versos) e seu estudo até hoje se baseia em entendimento e memorização, porém o método de aprendizado se ocidentalizou, deixando o sistema gurukula de lado e fixando o sistema de cadeiras de disciplinas.

O ensino do Ayurveda nas universidades da Índia leva cinco anos e meio e é dividido em 16 especialidades: Maulika Sidhanta (princípios básicos), Sharira (anatomia e fisiologia), Dravyaguna (farmacologia), Bhaishajya Kalpana (farmacêutica), Rasa Shastra (alquimia indiana), Nidana (patologia clínica), Kayachiktisa (medicina geral), Svasthavritta (medicina preventiva), Manasa Roga (psiquiatria), Vajikarana (afrodisíacos e reprodução), Agadantra (toxicologia), Shalyatantra (cirurgia), Shalakyatantra (terapia supraclavicular), Rasayana (terapia de rejuvenecimento), Kaumarabritya (pediatria), Prasutitantra e Stree Roga (obstetrícia e ginecologia). Há, porém, um movimento do ministério responsável pelo Ayurveda de resgatar o método gurukula e aplicá-lo nas universidades (PANDAY, 1997; TRIPATI, 1997; SHASTRY, 2002; SHARMA; DASH, 2018).

Há referências com requisitos/critérios mínimos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prática de Ayurveda nos Estados Membros da OMS. O documento fornece padrões técnicos gerais e mínimos de referência para segurança e garantia de qualidade e regulamentação da prática de Ayurveda. O documento está alinhado com

os objetivos da Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023 e reflete o consenso alcançado por meio de processos estabelecidos pela OMS da comunidade de praticantes de Ayurveda, provedores de serviços de saúde, acadêmicos, gerentes de sistemas de saúde e reguladores. São descritas informações dos níveis de prática em Ayurveda e as diferentes categorias de provedores de serviços de saúde com Ayurveda (WHO, 2022a; 2022b).

O Brasil segue as recomendações da OMS e desde 2006 possui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006) no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, a inserção do Ayurveda nessa política é recente, pois passa a integrar a PNPIC em 2017, por meio da Portaria nº 849/2017 (BRASIL, 2017). O Ayurveda no SUS ainda é pouco explorado, mas possui alto potencial de desenvolvimento. Essa portaria apresenta o Ayurveda e destaca que a OMS reconhece sua utilização para prevenir e curar doenças como sistema terapêutico, mas que vai além, sendo também uma maneira de viver (BRASIL, 2017).

Em relação ao ensino do Ayurveda no Brasil não há, até o momento, uma regulamentação própria e seus princípios básicos são ensinados em cursos livres, com duração de 400 a 1600 horas. Há também a formação de pós-graduação lato sensu autorizada pelo Ministério da Educação (MEC), com duração de 2.800 horas. O estudante que termina seus estudos é intitulado Terapeuta em Ayurveda (PIEXAK; SOUZA, 2019).

Em relação as publicações sobre Ayurveda, realizamos uma busca por assunto nos Periódicos CAPES, em setembro de 2022, por meio do Acesso CAFe, incluindo os termos “Ayurveda” AND “Medicine” foi possível verificar que existem 10.702 resultados em periódicos revisados por pares. Destes, 10.409 são classificados como artigos. As quatro principais coleções referentes aos resultados da busca foram: PubMed (6.343), DOAJ Directory of Open Access Journals (5.281), Gale Academic OneFile (5.255) e PubMed Central (5.242). O idioma prevalente foi o inglês (10.256). Os periódicos que mais prevaleceram foram: Ancient Science of Life (1.093), Journal of Ayurveda and Integrative Medicine (1.223), Ayu (682) e Journal of Ethnopharmacology (596).

Quando a busca por assunto é realizada somente com o termo “Ayurveda” em periódicos revisados por pares tem-se 6.009 resultados, destes 5.817 são artigos científicos. As coleções principais foram: PubMed (3.526), Gale Academic OneFile (3.473), PubMed Central (3.422) e DOAJ Directory of Open Access Journals (3.240). O idioma mais prevalente continuou sendo o inglês (5.727). Os periódicos que mais prevaleceram foram: Journal of Ayurveda and Integrative Medicine (1.223), Ayu (584), Ancient Science of Life (557) e Journal of Ethnopharmacology (232).

Conclusões

Por diversas razões, o Ayurveda deveria ser considerado como uma possibilidade de cuidado, sendo utilizado para manutenção ou potencial cura, de maneira isolada ou integrada a outras abordagens. Nesse sentido, ainda são necessárias pesquisas, atualizações, especialmente interdisciplinares (e multidisciplinares) que possam realizar tal tarefa de maneira ética e segura, onde ainda há consideráveis desafios. Um bom parâmetro inicial para a organização de tais elementos fundamentais nos dias de hoje podem ser as classificações de Ayurveda Global e Ayurveda Moderno (WUJASTYK; SMITH, 2008), que definem desenvolvimentos e desfechos da prática e ensino de Ayurveda dentro e fora da Índia, especialmente adaptados às necessidades atuais. Sem dúvidas, os diagnósticos e tratamentos realizados de forma individual e exclusiva que resultam em possibilidades terapêuticas - inclusive e especialmente as não farmacológicas - aliadas aos cuidados com a saúde mental, são ainda grandes diferenciais e potenciais fatores (dentre vários) responsáveis pelo sucesso desta medicina tradicional atualmente. Quando nos deparamos com dados alarmantes sobre a saúde mental mundial (WHO, 2022c) assim como a importância da prevenção ao adoecimento e de doenças comprovadamente evitáveis através de hábitos e estilo de vida como diabetes, hipertensão arterial, esteatose hepática, alguns tipos de demência, entre outras tantas, certamente, o Ayurveda é opção de inestimável contribuição a ser considerado por profissionais de saúde e pessoas comuns.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>.

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 no SUS. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2017.

LAD, V. The Complete Book of Ayurvedic Home Remedies. Crown Publishing Group, 1998.

LESLIE, C. Asian Medical Systems: A Comparative Study. Edited by Charles Leslie - Berkeley: University of California Press, 1976.

LUZ, M. BARROS, N. (organizadores). Racionalidades e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro. UERJ / IMS / LAPPIS, 2012.

MINISTRY OF AYUSH, Government of India. AYUSH. 2022. Disponível em: <https://main.ayush.gov.in/background/>. Acesso em:

PANDAY, G. S. Charaka Samhita: Hindi Commentary. 5a ed. New Delhi: Choukamba Publications, 1997.

PIEXAK, D. R.; SOUZA, E. C. L. Ayurveda e suas contribuições para a saúde socioambiental. In: Práticas Integrativas e Complementares no SUS: O (Re)Conhecimento de Técnicas Milenares no Cuidado à Saúde Contemporânea. 1ed. Curitiba, PR: Nova Práxis Editorial, 2019, v. 1, p. 141-157.

SHARMA, R. K.; DASH, B. Charaka Samhita. Chowkhamba Sanskrit Series Office: Varanasi, 2018.

SHARMA, S. Ayurveda and Sports Medicine. Journal of Ayurveda, vol. 15, no. 2, Apr.- June 2021, p. 73. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE|A667494754&v=2.1&it=r&sid=bookmark-AONE&asid=33b4ed8f>.

SHARMA, H.; WALLACE, R. K. Ayurveda and Epigenetics. Medicina (Kaunas) 2020, 56, 687; doi:10.3390/medicina56120687

SHASTRY, K. A. Sushruta Samhita: Hindi vyakhya. 15ª ed. New Delhi: Choukamba Publications, 2002.

SREEKUMAR, T. Ashtanga Hridaya (Vaggbhata) Sutrasthana I – English Translation and commentary – 4a ed. Harisree Hospital Pub, Thrissur, Kerala, 2013.

THAPAR, R. Time as a Metaphor of History. In: History & Beyond. Oxford: Oxford University Press, 2004.

TRIPATI, B. Ashtanga Hradaya: Hindi Commentary. 2a ed. New Delhi: Choukamba Publications, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. benchmarks for the practice of Ayurveda. Geneva: World Health Organization, 2022a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. benchmarks for the training of Ayurveda. Geneva: World Health Organization; 2022b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transforming mental health for all. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf.

WUJASTYK D.; SMITH, F. M. Modern and Global Ayurveda Pluralism and Paradigms. State University of New York Press, Albany, 2008.

WUJASTYK, D. The roots of ayurveda: Selections from Sanskrit Medical Writings Selection, translations & introduction 1998. ed. Penguin Books.

WUJASTYK, D. Indian medicine an online bibliography. Oxford University Press – Oxford Online Bibliographies, 2011.

ZYSK, K. G. Asceticism and healing in ancient India. Oxford University Press, 1991.

Sobre os autores:

Diéssica Roggia Piexak

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

Universidade Federal do Rio Grande

diessicap@gmail.com

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Franciscana (UFN, 2010), Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGen/FURG, 2012) e Doutorado em Enfermagem pela mesma instituição (PPGen/FURG, 2015). Atualmente é docente da Escola de Enfermagem da FURG, exercendo atividades no curso de Graduação em Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação (PPGen/FURG). Exerce atividades também como docente colaboradora no PPGEN da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Educação em Enfermagem e Tecnologias de Enfermagem/Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: formação profissional do enfermeiro, práticas integrativas e complementares em saúde (Ayurveda, Yoga, Auriculoterapia e Reiki). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saberes e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (GEPs PICS) da FURG, integrante do Comitê de Ayurveda do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa - CABSIN e integrante do Grupo Temático - Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (GT RM-PIC) da ABRASCO.

Anaise Rodrigues Andrade Shigue

Mestranda no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Departamento de Neurociências e Comportamento (NEC)

anaise.shigue@gmail.com

Formada pela Unifesp - EPM na área de Radiologia Médica e professora convidada no curso de pós-graduação em Cuidados Integrativos na mesma instituição desde 2014. Com conhecimentos de tradição familiar em medicina Unani Tibb e ancestralidades femininas (como dança oriental árabe, doulagem de chegada e partida e outras celebrações da vida), estudou Ayurveda no AVP em Coimbatore, Índia

(2015/2017) e com professores e médicos indianos ainda hoje desde 2005. É pós-graduanda no Instituto de Psicologia da USP, no departamento de Neurociências e Comportamento, cujo tema de pesquisa relaciona as neurociências com a medicina tradicional Ayurveda e suas possíveis contribuições para a saúde mental. Idealizadora e educadora do Movimento Soror, que integra práticas orientais com a ciência moderna para saúde e bem-estar, com foco em autoconhecimento e prevenção, tendo como público-alvo mulheres, mães e desenvolvimento na primeiríssima infância (0 a 3 anos). É criadora do método Ayurvedance de Saúde Feminina. Membro do comitê Wahi de Mulheres da Câmara de Comércio Árabe Brasileira e professora convidada / associada ao Icarabe (Instituto da Cultura Árabe). Membro do comitê de Ayurveda do CABSIN (Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa) e representante-parceira no Brasil do Saigram Ayurveda (Índia).

BIODANZA: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Maria Angelina Pereira

Marina Borges Silveira

Zulmira Áurea Cruz Bomfim

Biodanza: promoção de saúde, vida e bem-estar

O objetivo deste capítulo é apresentar as bases conceituais da Biodanza e as principais categorias teóricas desenvolvidas por Rolando Toro, trazendo também a história dessa prática que, por sua vez, é entrelaçada com a trajetória de vida do autor.

O desenvolvimento da Biodanza e sua aplicação surgem na década de 1960, ocorrendo inicialmente no Chile e expandindo-se depois para Argentina, Brasil e outros países latino-americanos e europeus.

Desde 2017, a Biodanza (ou Biodança, em português)¹ é considerada pelo Ministério da Saúde uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde - PICS (BRASIL, 2017). Seus objetivos visam integrar a Identidade de uma pessoa a partir da busca do prazer de viver, melhora da qualidade de vida, melhora da autoestima, dissolução das tensões, integração do pensamento, da emoção e da ação no mundo, promoção da reabilitação existencial e do bem-estar, entre outros. Por tudo isso, ela representa um verdadeiro sistema de integração e desenvolvimento humano.

O nome Biodanza foi pensado pelo autor como uma forma de referenciar a vida como centro de sua abordagem (princípio biocêntrico) e a dança como “um modo de ser-no-mundo, a expressão da unidade orgânica do homem com o universo” (TORO, 1999a, p. 4). Essa forma de pensar a dança vai além de sua concepção como espetáculo, tomando-a, sim, como uma expressão do movimento de um universo vivo que envolve todos os seres do planeta.

A metodologia da Biodanza “consiste em induzir vivências integradoras por meio da música, do canto, do movimento e de situações de encontro em grupo [...]. A música é uma linguagem universal e na Biodanza tem uma função primordial de evocar vivências” (TORO, 2002 p. 33). O ponto de partida operacional é a vivência: “viver o aqui-agora, e só depois entender e conscientizar-se” (PEREIRA, 2011, p. 8). É uma metodologia que intenciona provocar uma inversão epistemológica numa sociedade em que a prioridade é a racionalidade, gerando estilos de viver e práticas em saúde muitas vezes desumanas, dessacralizadas e dissociadas da visão integral do ser.

¹ Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, consta o nome da abordagem em português, *Biodança*. No presente texto, priorizamos o nome *Biodanza*, conforme marca registrada por seu autor no final da década de 1990

Essa visão integral origina-se da ideia de que o ser humano, ao se sentir parte do todo ou o próprio cosmos vivo, compõe uma relação harmônica com a natureza, com a Terra, com o universo, entendendo e vivenciando a vida no centro. No entanto, apesar dos imensos avanços tecnológicos terem melhorado a qualidade de vida da sociedade, a relação com o universo vivo em sua totalidade continua sendo um desafio para o ser humano, impactando a percepção da sacralidade da vida e, conseqüentemente, o estilo de vida humano enfermo, levando ao que Toro (1999b) denomina “doenças da civilização”.

Nesse processo cultural, com predomínio exacerbado da racionalidade sobre o instinto, compreendido por Toro (2005, p. 35) “como uma conduta inata, que não requer aprendizagem, tem finalidade biológica de adaptação ao ambiente e de sobrevivência dos seres vivos”, não houve só repressão dos instintos, mas levou os seres humanos ao distanciamento e ao individualismo. A afetividade no homem moderno, segundo Rolando Toro (1999c), ficou gravemente distorcida de suas formas originárias e gregárias.

A Biodanza, além de sua proposta de uma Poética do Encontro Humano (TORO, 1999c), tem como pressuposto filosófico o Princípio Biocêntrico (TORO, 1999d), considerando que a centralidade de todos os processos se encontra na Vida em sua totalidade. Considera que a humanidade faz parte de um cosmos vivo e a composição bioquímica humana é a mesma das estrelas, dos astros e das plantas, evidenciando uma irmandade humana com o todo. O homem é em si mesmo uma identidade na sua unidade psicofísica e é também o outro, na sua integração com o semelhante, restaurando o vínculo original com a espécie biológica, permitindo uma ética pautada em ações pró-vida – cuidado, respeito, afeto, solidariedade e ações humanitárias –, indispensáveis à sobrevivência da espécie e do planeta.

Como prática grupal, a Biodanza enfatiza a parte sã do ser humano (TORO, 1999b), olhando-o não só como ser social, ecológico, cósmico, mas também como um ser único, integral e com capacidade de autocura. A partir de músicas específicas, movimento/dança, contato, expressão, afeto e harmonia, a Biodanza busca facilitar um ambiente enriquecedor, focando na promoção da saúde, na vida e no bem-estar. Nesse sentido, é compatível com o conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde (1986, *apud* SEGRE; FERRAZ, 1997), que considera a saúde como um estado de bem-estar total (corporal, psíquico, espiritual e social) e não apenas como inexistência de doença.

Isso implica o reconhecimento de que a saúde está vinculada à fonte original da vida. O Sistema Biocêntrico, no qual se fundamenta a Biodanza, se inspira nas leis universais que conservam o sistema vivo e torna possível sua evolução ou desenvolvimento. Podemos dizer que o sistema Biodanza – sistema de renovação orgânica, reeducação afetiva e reaprendizagem das funções originais da vida (TORO, 1999a) – é um caminho para a promoção de saúde, cura e prevenção de doenças.

Visão conceitual da Biodanza: a dança da vida

A Biodanza nasceu a partir da minha experiência pessoal e, rapidamente, me dei conta de que sua estrutura poderia encontrar seus fundamentos nas ciências que tratam da vida, em particular na biologia. Muitas forças iriam manifestar-se dentro de mim para conduzir-me, finalmente, à idealização desta conjunção de arte, ciência e amor (TORO, 2005, p. 9).

A Biodanza nasceu a partir de uma reflexão sobre a vida e da vontade de nos libertarmos de nossas atitudes reprimidas e vazias, com o desejo de reencontrar o amor. Ela é mais do que uma ciência, é uma arte de se conectar com outras pessoas, uma poética do encontro humano, uma nova forma de sentir a vida.

Seus conceitos e práticas inspiram-se nas ciências naturais e humanas, como biologia, antropologia, medicina, sociologia, ecologia, psicologia, filosofia, etologia, além de outras disciplinas afins (TORO, 1999a).

O termo dança nesta abordagem tem um sentido maior do que uma técnica, um espetáculo, como um balé, e é diferente mesmo de outras práticas, como a dança circular, dançaterapia e outras. Para Toro (2002, p. 14),

A sua proposta consiste em exercícios específicos inspirados no significado primordial da dança, estruturados a partir de gestos naturais do ser humano e destinados a ativar a potencialidade afetiva que nos conecta a nós mesmos, ao semelhante e ao universo.

Rolando Toro encontrou uma aproximação do conceito da Biodanza com o de “dançar a vida”, proposto por Roger Garaudy. O autor explica:

O prefixo “bio” deriva do grego bios, que significa “vida”. O sentido primordial da palavra “dança” é movimento “natural”, ligado às emoções e pleno de significado. A metáfora estava formulada: em castelhano, era Biodanza, danza de la vida (GARUDY, 1980 *apud* TORO, 2005, p. 37).

Toro, ao pesquisar a dança desde seus primórdios, em seus aspectos psicológicos e antropológicos, afirma que as danças primitivas tinham um profundo sentido religioso e orgástico (por exemplo, as danças sufis, danças de Elêusis, xamânicas, dança de Shiva, Vishnu, Brahma, etc.). Tudo no universo, tanto interno como externo, é movimento de vida. Dessa forma, Toro (2005, p. 14) deixa clara sua visão sobre a dança:

Pessoalmente, creio em uma dança orgânica, que responda aos modelos naturais de movimento do ser humano: movimentos capazes de incorporar harmonia musical, gestos arquetípicos, feitos em profunda ressonância com o cosmo. Procurei essa coerência e a encontrei. O meu propósito é tornar

claros os modelos funcionais de movimento com uma profunda conexão com a vida.

A dança, então, no sistema criado por Toro, tem características que levam em consideração “um movimento profundo, orgânico, que surge do mais íntimo do ser humano. É movimento de vida, é ritmo biológico, ritmo do coração, respiração, impulso de vinculação com a espécie e com o movimento da vida e do universo” (TORO, 1991, p. 16). Este movimento da vida levou-o a defini-la como:

Um sistema de integração afetiva, renovação orgânica, e reaprendizagem das funções originárias de vida. A sua metodologia consiste em induzir vivências integradoras por meio da música, do canto, do movimento e de situações de encontro em grupo (TORO, 1999a, p. 7).

Quando se fala em integração afetiva, busca-se restabelecer a unidade perdida entre o homem e a natureza, a integração consigo mesmo e com o outro:

Integração consigo mesmo consiste em resgatar a unidade psicofísica; integração com o semelhante consiste em restaurar o vínculo originário com a espécie humana como totalidade biológica; integração com o universo consiste em resgatar o vínculo primordial que une o homem à natureza e em reconhecer-se parte de uma totalidade maior: o cosmos (TORO, 2005, p. 33-34).

O núcleo integrador na abordagem da Biodanza é a afetividade, que, segundo Toro (1991, p. 2), “influi sobre os centros reguladores límbico-hipotalâmicos, restabelecendo a unidade perdida entre percepção, motricidade, afetividade e funções viscerais. A proposta é transformar o homem dissociado em um holóide”.

Essa categoria estimula o encontro inter-humano, algo tão difícil nos dias de hoje, em que o vínculo com o outro e as relações de afeto não são estimulados, gerando seres sem amor, áridos e estéreis, levando a humanidade à solidão, tristeza, depressão, violência e morte (PEREIRA, 2011).

Já a *renovação orgânica* (TORO, 1991, p. 2) ocorre

[...] por efeito da homeostase, do equilíbrio interno e da redução dos fatores de estresse, sendo estimulada mediante exercícios que induzem estados de transe, que ativam processos de renovação e regulação global das funções biológicas, diminuindo a entropia do sistema.

A *reaprendizagem das funções originárias da vida* consiste na sensibilização dos instintos básicos, que constituem uma expressão da programação biológica (TORO, 2005, p. 35).

Em relação a esse último conceito, Rolando deu uma atenção especial à expressão do potencial genético durante todas as etapas de desenvolvimento humano,

o que justificaria constantemente a estimulação contínua, em diversas fases, para a expressão desses potenciais – inclusive tardiamente – a partir do que ele chamou de ambiente enriquecido (TORO, 2009). Para ele, uma aula, ou sessão, de Biodanza permite acelerar a expressão desses potenciais, que estão muitas vezes adormecidos, bloqueados ou obstruídos em decorrência da cultura e do ambiente vivido. O ambiente de uma aula de Biodanza é uma conjunção de forças integrando música, movimento, encontro humano e carícia, promovendo um espaço de transformação do indivíduo e da coletividade nos níveis hereditário, genético e afetivo.

O Princípio Biocêntrico, como outra base conceitual da Biodanza, tem como premissa filosófica a referência imediata à vida e inspira-se nas leis universais que conservam os sistemas vivos e que tornam possível sua evolução. Nas palavras de Rolando Toro,

O Princípio Biocêntrico coloca seu interesse em um universo compreendido como um sistema vivo. O reino da vida abrange muito mais que os vegetais, os animais e o homem. Tudo o que existe, dos neutrinos ao quasar, da pedra ao pensamento mais sutil, faz parte deste sistema vivo. Segundo o Princípio Biocêntrico, o universo existe porque existe a vida, e não o contrário. A vida não é a consequência dos processos atômicos e químicos, mas da estrutura guia da construção do universo. As relações de transformação matéria-energia são os estados de integração da vida (TORO, 2005, p. 51).

Em outras palavras, o Princípio Biocêntrico, elaborado por Toro na década de 1970, refere-se a algo anterior à cultura. Nutre-se da sabedoria biocósmica que gera os processos viventes, tendo como mestre a própria natureza. Situa o respeito à vida como centro e ponto de partida de todas as disciplinas e comportamentos humanos. Restabelece a noção de sacralidade da vida e de conexão com a matriz cósmica (TORO, 2002, p. 50-51), afastando-se de um contexto cultural alienante e antívida. Em síntese, o Princípio Biocêntrico propõe a potencialização da vida e a expressão de seus poderes evolutivos. É um referencial para mudanças no nível individual e coletivo, definindo um estilo de vida pautado na preservação, nutrição e expansão da vida no planeta. O Princípio Biocêntrico é estruturante do modelo teórico da Biodanza.

O modelo teórico elucida graficamente as bases conceituais do sistema Biodanza, demonstrando que o processo de desenvolvimento humano não é somente individual, social e ecológico, mas também cósmico e em constante evolução (PEREIRA, 2011, p. 31). Essa evolução parte dos potenciais genéticos e de suas linhas de vivência em direção à integração da sua Identidade.

Linhas de vivência em Biodanza

As linhas de vivência ocupam um espaço teórico-prático importante, por conduzirem ao que chamamos de exercícios/dança que compõem uma aula ou sessão

de Biodanza. Rolando define a vivência como a “experiência vivida com grande intensidade por um indivíduo no momento presente, que envolve a cenestesia, funções viscerais e emocionais” (TORO, 2002, p. 30). É uma dimensão da experiência humana que não está sob o controle da consciência, que tem um poder reorganizador da existência, por estimular a função arcaica de conexão com a vida.

Pode ser evocada, mas não dirigida pela vontade [...]. De certa maneira, está fora do tempo, da memória, da aprendizagem, e dos condicionamentos. O poder reorganizador que possuem as vivências dá-se pelo fato de essa qualidade única surgir como a primeira expressão afetiva de nosso organismo, acompanhada de sensações corporais intensas (TORO, 2002, p. 30).

Para efeito didático e de aprofundamento sobre as linhas de vivência, Rolando Toro buscou agrupá-las em cinco tipos, de acordo com suas qualidades inerentes, encontrando, assim, uma certa relação entre elas e as potencialidades genéticas do ser humano (PEREIRA, 2011 *apud* TORO, 2022, p. 39). Para tal, usou o método fenomenológico.

As cinco linhas de vivências, a partir da observação dos potenciais humanos que são trabalhados nas aulas de Biodanza, são: vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência. Para cada linha, Toro baseou-se em estudiosos da psicologia, da antropologia, da música, entre outros, para criar ou recriar exercícios com movimentos naturais e arquetípicos que, em conjunto com músicas específicas, estudadas minuciosamente com base na semântica musical, possam se transformar em vivências, permitindo que cada pessoa consiga expressar seu potencial através das emoções – por vezes adormecidas e/ou inoperantes.

A vitalidade é o potencial de equilíbrio orgânico, harmonia biológica e ímpeto vital. A sexualidade é a capacidade de ser fecundo, de sentir desejo e prazer. A criatividade é o elemento de renovação que deve aplicar-se à própria vida. A afetividade é o amor indiscriminado pelos seres humanos e pela vida em geral. Por fim, a transcendência é a capacidade de ir além do ego, do conhecido, do que está consciente, e implica a expansão da consciência e êxtase místico (PEREIRA, 2011 *apud* TORO, 2022, p. 40-41).

A vivência corresponde a um dos 7 poderes avaliados por Rolando como sendo uma potência que resulta no sucesso pedagógico, terapêutico e de reabilitação existencial da Biodanza. A música, a dança integradora, o contato, a carícia, o transe, a expansão da consciência e o grupo também ampliam esses poderes, trazendo resultados efetivos e duradouros sobre a totalidade do organismo e da identidade.

Histórico da Biodanza: o caminho se faz ao caminhar

Rolando Toro Araneda, criador da Biodanza, nasceu em 19 de abril de 1924 na cidade de Concepción, Chile. Sua família era de classe média, composta por sua mãe, professora, e seu pai, responsável pela tesouraria de uma empresa em Talcahuano.

Toro comentava em suas aulas de Biodanza que teve na infância uma educação exemplar, sendo reforçado e qualificado em suas habilidades e potencialidades, mesmo apresentando algumas dificuldades físicas, como exemplo, ter sido raquítico. Sua mãe sempre dizia que ele era um "gênio" e que, às vezes, os educadores não conseguiam compreendê-lo.

Em 1943, concluiu seus estudos como professor primário na Escola Normal José Abelardo Nuñez de Santiago, carreira que seguiu de 1944 a 1957 nas cidades de Pucuro, Talcahuano e Santiago, assumindo, de acordo com Pereira (2011), o legado da família materna, na qual, além da mãe, vários tios e tias eram professores.

Como educador continuou seus estudos e observações visando inovar a educação com práticas de conexão com a natureza e expressão através da arte, bem como mantendo um processo empático com seus alunos, focando na descoberta de seus potenciais e ampliando seu olhar sobre a realidade social.

Com base em sua experiência como professor e em seu trabalho com crianças em escolas rurais e no meio urbano, Rolando percebeu a grande falência do sistema educacional e a disparidade existente entre as classes sociais. Sendo um profundo observador e crítico das necessidades de seu entorno, decidiu promover uma abordagem na qual a realidade das crianças chilenas pudesse ficar exposta e suas condições socioeconômicas e sanitárias pudessem ser examinadas, defendendo a necessidade de "incluir a arte como a dimensão básica da nova civilização" (TORO, 2002, p. 20).

Sua formação profissional e acadêmica iniciou-se no curso de medicina, porém foi no de psicologia que concluiu seus estudos superiores na Escola de Psicologia do Instituto Pedagógico da Universidade do Chile, em 1964, quando foi convidado a trabalhar na Escola de Educação da Universidade de Concepción, no laboratório de psicologia. Nessa mesma época, foi convidado por Claudio Naranjo a fazer parte de um grupo no Centro de Estudos de Antropologia Médica da Escola de Medicina da Universidade do Chile, onde trabalhou até 1972, visando à humanização da medicina.

Paralelamente, Toro realizou investigações sobre violência na Penitenciária de Santiago e fez pesquisas com pacientes psiquiátricos no Hospital Psiquiátrico da Universidade do Chile. Entre os anos de 1964 e 1973, começou suas experiências com Psicodanza, que posteriormente chamou de Biodanza (PEREIRA, 2011). Nesse período, iniciou o primeiro esboço do Modelo Teórico da Biodanza, que foi evoluindo com base em suas investigações fenomenológicas das práticas vivenciais e nas pesquisas científicas.

Em 1971, viajou a Buenos Aires, onde apresentou a Psicodanza em um Congresso de Psicodrama. No ano de 1975, participou de outro Congresso de Psicodrama, dirigido por Rojas Bermúdez, e recebeu um convite para ministrar Psicodanza em Buenos Aires. Mudou-se para a capital da Argentina e começou a aplicar Psicodanza em pacientes mastectomizadas no Instituto de Luta contra o Câncer. Durante sua permanência na Argentina, até 1978, foi nomeado Professor Emérito da Universidade Aberta Interamericana de Buenos Aires (PEREIRA, 2011).

No período em que esteve naquele país, foi iniciada a expansão da Psicodanza para as cidades brasileiras de Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza. Rolando Toro transferiu-se para São Paulo em 1979, onde permaneceu até 1989, desenvolvendo suas investigações, integrando várias áreas do conhecimento, a saber: psicologia, biologia, fisiologia, mitologia e filosofia, antropologia da dança, semântica musical, contato e carícia, ação social, educação biocêntrica e, posteriormente, agregou conhecimentos de física quântica, de neurociência e de outras áreas.

Em 1989, com o objetivo de expandir a Biodanza, mudou-se para Milão, Itália, onde trabalhou com pacientes de Parkinson e Alzheimer nas cidades de Como e Varese. Fundou escolas de Biodanza na Itália e em diversos países da Europa. Regressou a Santiago do Chile em 1998, de onde dirigiu o movimento de Biodanza, constituindo centros e escolas de formação de seu sistema, distribuídos pela Europa, América do Norte, África do Sul, Japão, Nova Zelândia, Israel e Rússia.

Durante sua vida, Rolando Toro dedicou-se também à poesia, à pintura, à fotografia, colecionou diversas obras de arte e foi autor de vários livros. Como parte de seu legado, a Biodanza – Sistema Rolando Toro é uma marca registrada e tem um arcabouço teórico vasto. Conseguiu em sua obra tecer ciência, arte e amor.

Toro continuou fazendo suas investigações pautado na evolução científica e nas investigações fenomenológicas, foi um pesquisador em ação. Deu aulas de Biodanza até a sua morte, em 16 de fevereiro de 2010, aos 85 anos, na cidade de Santiago, Chile.

Vivências, práticas e aplicabilidade

Um primeiro aspecto a ser considerado para a prática e aplicabilidade da Biodanza é a visão da coerência sistêmica desta abordagem envolvendo os aspectos teóricos, práticos e vivenciais. Por ser uma reeducação para a vida, não há a possibilidade de se pensar sua efetividade sem que se amplie a ideia de que o verdadeiro lugar da vivência e transformação para a saúde, o encontro inter-humano acontece na vida em sua magnitude.

Vivências e seus efeitos

As vivências em Biodanza, que devem ser integradoras, mobilizam o Sistema Nervoso Autônomo Simpático (SNAS), liberando substâncias adrenérgicas que trazem vigor físico, coragem, ímpeto para a vida e a sensação endógena de estar vivo. Elas estimulam também o Sistema Nervoso Autônomo Parassimpático (SNAP), acionado em diferentes estados de transe e semitransê, promovendo a liberação de substâncias colinérgicas responsáveis por sensações de bem-estar, de harmonia e de relaxamento. A metodologia vivencial possibilita processos integrativos existenciais nos níveis psicológico, neurológico, endócrino e imunológico, produzindo efeitos positivos na saúde do indivíduo.

As vivências induzem estados orgânicos e psicológicos que reproduzem parcialmente as condições inerentes à infância, como brincar, andar livremente, pular, respirar, olhar para o outro, sorrir, tocar, chorar, abraçar, acalmar, conciliar e aprofundar sentimentos e laços afetivos. Para Rolando Toro, a Biodanza também é uma “poética do encontro humano” e propõe um novo modo de viver na relação com o outro, despertando nossa sensibilidade adormecida.

As vivências de afeto, alegria, prazer e erotismo alcançam a totalidade do organismo e proporcionam efeito integrativo. O sistema Biodanza tem como objetivo prioritário a superação das dissociações corpo/alma, mesmidade/alteridade, profano/sagrado, sentir/agir etc.

Segundo Azambuja (2002, *apud* PEREIRA, 2011), os exercícios de Biodanza têm a finalidade de equilibrar funções psicológicas; ajudar a recuperação de habilidades motoras; eliminar tensões, rigidez muscular e sintomas psicossomáticos; restabelecer vínculos sociais; reforçar a confiança em si mesmo; estimular a harmonia e plenitude interna; melhorar o estado de ânimo; facilitar a comunicação e possibilitar o acesso à realidade, tendo um grau de intensidade diferente para cada indivíduo do grupo.

Como acontece a prática/aula de Biodanza

Para Toro, a aula ou sessão de Biodanza é uma cerimônia de celebração da vida, de crescimento, de evolução, em que cada pessoa vai descobrindo e desenvolvendo suas potencialidades humanas, reaprendendo a se relacionar consigo, com o outro e com o todo. Em realidade, é a arte de viver e ser feliz. Portanto, o espaço deve garantir privacidade para que as pessoas possam dançar suas vidas com plenitude.

Cada aula deve ser planejada e estruturada pelo professor/facilitador, respeitando: o modelo teórico e suas premissas, a escolha adequada da música, dos exercícios, a curva da aula, as necessidades do grupo, para que, assim, possam ser

definidos os objetivos individuais e grupais, os critérios de acompanhamento e avaliação, além de outros itens que se fizerem necessários.

A preparação de uma aula de Biodanza visa à criação de um ambiente favorável ao crescimento e à cura, dando ênfase especial ao lado luminoso mais do que à sombra, possibilitando a expressão e integração da identidade e a reabilitação existencial. Esse processo deve ser feito de forma progressiva, em consonância e em retroalimentação com o sistema.

A matriz grupal é outro aspecto a ser considerado no processo de reabilitação existencial na Biodanza. A integração grupal é um de seus objetivos, pois o grupo deve estar afetivamente vinculado. Devem ser oferecidas ao grupo possibilidades diversificadas de comunicação e de continente afetivo para cada um dos participantes durante a realização das vivências.

As aulas de Biodanza geralmente são semanais, com aproximadamente duas horas de duração. Contudo, esse tempo não é rígido, sofrendo variações a depender da realidade de cada grupo. Conforme o caso, ou mesmo intercalando com as aulas regulares, podem ser realizados encontros nos fins de semana, também denominados de "maratonas", nos quais é comum se abordar um tema específico.

As aulas de Biodanza são compostas por dois momentos: o primeiro momento é verbal, denominado de relato de vivência ou de intimidade verbal, e o segundo, é vivencial.

O início da aula é habitualmente reservado para apresentação de teoria, relato de vivências e compartilhamento de emoções, sentimentos, insights, aprendizados e percepções que tiverem relação com a aula anterior. Nesse momento, todos estão sentados em círculo.

Posteriormente, inicia-se o momento vivencial com uma roda de integração, acolhimento e pertencimento à comunidade humana. É quando se cala o verbo, para se descobrir novas possibilidades de integração, comunicação e encontros humanos.

Em seguida, são propostos caminhares, coordenação rítmica, variações e danças rítmicas, que propiciam integração motora, auditivo-motora, sensório-motora, afetivo-motora, ideo-sensitivo-motora, levando ao desenvolvimento do ritmo, do ímpeto vital, do sinergismo, da leveza, da flexibilidade, do equilíbrio, da postura, da determinação, da coragem, etc. Os exercícios são realizados de olhos abertos, predominando a atenção e a vigilância (SANTOS et al., 2019, p. 191-226).

À medida que a aula avança, seguindo a curva, são propostos exercícios que levam os participantes a estados de movimentos lentos, de dissolução de tensões, de regressão, de conexão consigo próprio, com sua emoção e sensibilidade, e também com o outro, num processo empático de cuidado. Usualmente é sugerido que se fechem os olhos, de forma a facilitar a conexão e a introspecção. É nesse estado que vivências prazerosas e cenestésicas possibilitam a reconexão com a regulação visceral e induzem transformações positivas que equilibram o metabolismo orgânico. Nos

momentos finais da aula, os exercícios e as músicas propostas visam ativar progressivamente o movimento/dança, os olhos se abrem e os participantes são convidados a dar as mãos para formar novamente a roda da comunidade humana e, juntos, celebram o vivido e se despendem para se reencontrar na semana seguinte.

Há alguns cuidados na condução da prática que devem ser levados em consideração: a) os exercícios/danças devem ser propostos com progressividade, assegurando que cada pessoa se autorregule, respeitando suas possibilidades e seus limites; b) para que as pessoas possam sentir os efeitos e benefícios da Biodanza, é importante que participem com regularidade das aulas/sessões, que silenciem o verbo para poder entrar e se entregar à vivência do aqui-agora e c) em princípio, não se aconselha falar sobre a vivência no final, para que se possa prolongar os efeitos benéficos da aula.

Aplicabilidade da Biodanza

A Biodanza pode ser aplicada na área clínica como complemento à Medicina Psicossomática, Psiquiatria, Geriatria, na área de Reabilitação Motora, Pediatria, Oncologia, Cardiologia, entre outras. Essa aplicação requer conhecimentos específicos sobre Psicologia Clínica, Psicoterapia, Reabilitação, Educação Biocêntrica, além de uma adequada metodologia da Biodanza. Contudo, há outras aplicações, como Biodanza para Gestantes, Casais, Grupos de Gênero, Adolescentes em situação de Vulnerabilidade, Toxicodependentes. A Biodanza também pode ser aplicada aos vários ciclos da vida – crianças, adolescentes, adultos, idosos. E ainda pode ser utilizada no contexto organizacional, na prevenção e promoção da Saúde, na Educação, na Ação Social, área prisional e outros.

Para que a aplicação da Biodanza tenha um resultado eficaz, eficiente e saudável, é necessário que a prática (as aulas) seja conduzida por um profissional de Biodanza formado pelas Escolas de Biodanza Sistema Rolando Toro (SRT) autorizadas e devidamente capacitadas

Formação de Biodanza

Para ingressar na formação de Biodanza Sistema Rolando Toro (SRT), existem alguns critérios: a) ser praticante de Biodanza em grupo semanal (presencial) com um professor/facilitador titular de Biodanza; b) ter vivenciado, no mínimo, 50 horas de prática da Biodanza; c) ter grau de escolaridade de nível superior, salvo exceções.

O critério de ser praticante e ter vivenciado o mínimo de 50 horas é um diferencial da Biodanza para que o futuro professor/facilitador possa incorporá-la em sua essência teórica-metodológica-vivencial. O facilitador necessita fazer seu percurso

de desenvolvimento pessoal, ter vivenciado seus benefícios para poder conduzir processos de promoção e prevenção de saúde e não ser apenas teórico da Biodanza.

As Escolas de Biodanza SRT seguem um programa único de formação tanto no âmbito nacional como internacional. Neste momento, existem 200 escolas de formação espalhadas pelo mundo, e 26 delas encontram-se em território nacional.

O curso tem uma duração de 3 anos e meio, com carga horária mínima de 760 horas e módulos realizados uma vez por mês. É um curso teórico-vivencial-presencial composto por:

- a) 29 temas (módulos) distribuídos em ciclo básico (22 temas) e ciclo metodológico (7 temas);
- b) seminários ou conferências (mínimo de 3 e máximo de 8) sobre temas teóricos afins ao Sistema Biodanza – o objetivo desses módulos e seminários é levar o aluno a vivenciar e conhecer a teoria e fundamentos da Biodanza SRT em relação às ciências da vida e criar condições para que possa aplicá-la com base no modelo teórico e na curva orgânica da aula, assegurando a coerência metodológica da Biodanza; c) elaboração de relatório referente a cada módulo, como processo avaliativo; d) participação em grupo de estudos; e) prática de Biodanza em grupos semanais presenciais durante toda a formação; e) prática supervisionada conduzindo grupos, mínimo de 40 horas; f) elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sob a orientação de um facilitador didata; g) apresentação do TCC a uma banca examinadora para a obtenção do título de Professor/Facilitador de Biodanza em âmbito nacional e internacional.

Na formação são distribuídos materiais de cada tema, indicando bibliografias de outros autores e livros de Rolando Toro.

Com um modelo teórico próprio, interdisciplinar, aberto, em contínua investigação e evolução, a Biodanza define e articula conceitos importantes para as suas consolidações teóricas, metodológicas e aplicativas, tais como as sistematizações sobre a vivência, a identidade, a corporeidade, o movimento, o instinto, a carícia, a dança, a regressão, a progressividade, a afetividade, além de outras (RIBEIRO, 2008 *apud* PEREIRA, 2011).

Todo o processo da formação é imprescindível para a capacitação e habilitação de profissionais em Biodanza.

Considerações finais

A Biodanza pode ser compreendida como um processo de formação humana baseado na singularidade das trajetórias individuais e grupais. Tem seu foco não só no aprendizado cortical, informativo, lógico, matemático, mas também nas interconexões,

na arte, na dança, resgatando o corpo em movimento, a relação emocionada como instrumento pedagógico e a inteligência afetiva como a mola propulsora para o aprendizado, colaborando para a religação do indivíduo com a vida.

O sistema Biodanza, de Rolando Toro, ao estimular os princípios naturais de saúde, em vez de combater os aspectos doentes, vai direto ao potencial de vida, revelando a pessoa como ela é em dimensões não vividas ou reprimidas, possibilitando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos potenciais naturais apoiados na vivência a partir do movimento ou dança, com música.

A Biodanza, como um sistema de integração afetiva e de renovação orgânica e reaprendizagem das funções originárias de vida (TORO, 1999a), tem mostrado, ao longo de seus cinquenta e oito anos de existência, sua eficiência, eficácia e efetividade a partir da investigação de relatos de experiências de seus facilitadores e participantes que mudaram seus estilos de viver e de conviver em busca de qualidade de vida.

Recentemente, a Biodanza, juntamente com outras PICS, tem sido um importante espaço de prevenção, promoção, reabilitação e cura de doenças. Como prática integrativa grupal, tem se mostrado benéfica no tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, vê-se crescente o número de facilitadores de Biodanza capacitados e habilitados a integrar sua atuação no Sistema Único de Saúde - SUS (BOMFIM, 2021), o que reitera a importância deste sistema teórico-metodológico-presencial.

Referências

BOMFIM, Z. A. C. Biodanza como prática integrativa complementar em contexto comunitário. *Informação em Pauta*, v. 6, n. especial, p. 107-116, 30 dez. 2021.

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. Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html.

PEREIRA, M. A. Biodanza - Sistema Rolando Toro: um caminho de excelência em cuidados integrativos. Monografia (Especialização em Teorias e Técnicas de Cuidados Integrativos) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

RIBAS, A. Biodanza: uma porta para a vida. Brasília: CDU, 1994.

SANTOS, C. R. et al. Biodanza: conexão com a vida no contexto do Sistema Único de Saúde. In: FREITAG, V. L.; BADKE, M. R. (org.) Práticas integrativas e complementares no SUS: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea. Curitiba: Nova Práxis Editorial, 2019, p. 191-226.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt>.

TORO, R. *Teoria da Biodanza. Coletânea de textos. Vol. I.* Fortaleza: Editora ALAB, 1991.

TORO, R. *Definição de Biodanza e modelo teórico. Curso de Formação Docente (Série).* Santiago: International Biocentric Foundation [mimeo], 1999a.

TORO, R. *Biodanza: Ars Magna. Curso de Formação Docente (Série).* Santiago: International Biocentric Foundation [mimeo], 1999b.

TORO, R. *Afetividade. Curso de Formação Docente (Série).* Santiago: International Biocentric Foundation [mimeo], 1999c.

TORO, R. *Inconsciente vital e princípio biocêntrico. Curso de Formação Docente (Série).* Santiago: International Biocentric Foundation [mimeo], 1999d.

TORO, R. *Biodanza. 1. ed.* São Paulo: Editora Olavobras/Escola Paulista de Biodanza, 2002.

TORO, R. *Biodanza. 2. ed.* São Paulo: Editora Olavobras/Escola Paulista de Biodanza, 2005.

TORO, R. *Entrevista [cedida a Maria Angelina Pereira e Tito Tejido].* São Paulo, set. 2009.

TORO, R. *Orígenes de Biodanza. Estudio y recopilación por Rodrigo Toro. 1. ed.* Santiago: Ed. Corriente Alterna, 2012.

Sobre os autores:

Maria Angelina Pereira

Especialização em Teorias e Técnicas em Cuidados Integrativos pela UNIFESP.

Aposentada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS).

Escola Paulista de Biodanza, Escolas Biodanza Brasil (EBB), Fórum Brasileiro de Biodanza (FBB), International Biodanza Federation (IBFed), da Rede PICS Brasil.

E-mail: angelinabiodanza@gmail.com

Graduada em Serviço Social pela FMU (1978). Especialista em Administração Hospitalar pela Maternidade São Paulo (1980), em Gerontologia Social pelo Hospital do Servidor Público Municipal (1982) e em Teorias e Técnicas em Cuidados Integrativos pela UNIFESP (2011). Experiência como Assistente Social em várias instituições sociais, educacionais e na área de saúde. Foi gestora da UBS Paulo VI. Conhecimento na área de Epidemiologia, Vigilância em Saúde Pública, Saúde Ocupacional, Sexualidade e AIDS, Dependência Química, Saúde Mental, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da

Mulher, entre outros. Em 1980, começou a participar de grupo semanal de Biodanza. Em 1983, ingressou na formação, licenciando-se em 1986 na Escola Paulista de Biodanza. Especialista em várias extensões e aplicações da Biodanza, formada por Rolando Toro (1983-2007): Biodanza Aquática, Árvore dos Desejos, Projeto Minotauro, Biodanza na Natureza, Biodanza e Argila, Biodanza e Voz, Neo-Xamanismo, Biodanza e Gerontologia, Biodanza Clínica, entre outras. Facilita grupos semanais e institucionais de Biodanza há 37 anos. Ministra aulas em escolas de formação de Biodanza em vários estados do Brasil e em vários países da América Latina, Europa, Japão e EUA. Desde 2009, dá aulas de Biodanza no Curso de Especialização em Cuidados Integrativos da UNIFESP. Participa da Rede PICS Brasil e de comissões científicas em eventos de PICS. Articuladora da Rede PICS/SP. Diretora da Escola Paulista de Biodanza desde 1990. Presidente da Associação Escolas Biodanza Brasil, Conselheira metodológica da International Biodanza Federation, Membro do Fórum Brasileiro de Biodanza. Autora e co-autora de vários capítulos de livros e artigos sobre Biodanza.

Marina Borges Silveira

Mestrado em Educação pela UFSCar-SP (2001).

Escola Paulista de Biodanza.

E-mail: marinasil4811@gmail.com

Psicóloga pela FFCLS-SP (1978). Especialista em Psicologia do Desenvolvimento e Psicomotricidade, RS (1984). Facilitadora pela Escola Paulista de Biodanza (1984). Arteterapeuta pela Associação Paulista de Arteterapia (1990). Professora da Universidade de Franca (1988/1997). Didata pela IBF - International Biodanza Federation (1992). Mestre em Educação pela UFSCar-SP (2001), com a dissertação A arte como processo de desenvolvimento na escola. Especializações em Biodanza: Projeto Minotauro, Doenças Psicossomáticas, Quatro Elementos, Árvore dos Desejos, Autoestima (ALAB/IBF), ministradas por Rolando Toro (1990-2004). Facilitadora de grupos regulares de Biodanza. Didata, de 1992 a 2022, nas Escolas de Formação em São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e Campo Grande (Brasil); Caracas (Venezuela); Santiago (Chile); Bologna (Itália). Psicóloga em Saúde Pública - Ribeirão Preto, no Programa de Atenção à Saúde Escolar e na Unidade Básica de Saúde: atendimento individual/grupo a crianças/famílias e instituições da área assistida com profissionais do SUS - Enfermeiros, Agentes Comunitários; SUAS: Assistentes Sociais e Profissionais da Educação (1988/2008). Professora Titular UNIFRAN/UNIP - Psicologia do Desenvolvimento: Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (1988/2009). Participação como facilitadora de Biodanza da Oficina Sonho e Realidade na Formação do Educador da Infância, USP-SP (2001). Psicóloga dos Programas de Saúde da Criança - SMS (2002-2009), Coordenadora do Programa de Saúde Mental (2003). Publicação de capítulo em coautoria com M. X. B. Figueiredo, A. M. Faleiros e M. A. Pereira: "Tecendo redes de sensibilização criativa: Biodanza", 3. ed. In: Marieta Lúcia Machado

Nicolau (org.). Oficinas de sonho e realidade na formação do educador da infância. Campinas/SP: Papyrus, 2007, v. 1, p. 157-174.

Zulmira Áurea Cruz Bomfim

Doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pós-doutorado pela Universidade da Corunha, Espanha.

Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: zulaurea@gmail.com

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (1985). Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade pela Universidade de Brasília (1990). Doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Especialista em Intervenção Socioambiental e pesquisadora em Espaço Público e Regeneração Urbana pela Universidade de Barcelona (2001). Pós-doutorado em Psicologia Ambiental pela Universidade de Coruña, Espanha (2011). Professora Titular da Universidade Federal do Ceará, graduação e pós-graduação, com experiência na área de Psicologia Social, Psicologia Ambiental e Comunitária, com ênfase na temática da Afetividade. Autora do livro Cidade e Afetividade: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Publicação de artigos científicos com enfoque interdisciplinar em áreas relacionadas às questões ambientais, urbanas e de políticas públicas. Facilitadora Didata em Biodanza, formada pela Escola Nordestina de Biodanza em 1984. Formação em Projeto Minotauro, Quatro Elementos, Árvores dos Desejos, com Rolando Toro. Diretora da Escola de Biodanza de Brasília (1986-1990). Atualmente, Diretora da Escola Comunitária de Biodanza (ECOMBIO), com sede na Meruoca, Ceará. Experiência de facilitação de grupos regulares de Biodanza há 35 anos. Tem ministrado aulas em escolas de formação de professores de Biodanza no Brasil e internacionalmente. Trabalho de conclusão da formação em Biodanza: Biodanza com um grupo de líderes comunitários do bairro do Pirambu. Ministra a disciplina de Biodanza no curso de Psicologia da UFC.

ANÁLISE BIOENERGÉTICA, SAÚDE, CORPO E RECONEXÃO NUMA SÍNTESE MULTIRREFERENCIADA

André Renê Barboni

Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni

Viviana Graziela de Almeida Vasconcelos Barboni

“Felicidade é quando o que você pensa, o que você diz e o que você faz estão em harmonia.”

Mahatma Gandhi

Introdução

No Brasil, em 18 de fevereiro de 1808, o príncipe regente, D. João VI autoriza a fundação da primeira escola de Medicina em Salvador, e em 5 de novembro do mesmo ano, com a instalação da corte portuguesa no Rio de Janeiro, funda-se ali a segunda escola de Medicina. Até então, os povos que habitaram esse imenso território faziam uso da medicina tradicional e do conhecimento trazido para cá pelos colonizadores e escravos africanos.

As práticas clínicas modernas só surgem na França entre os séculos XVIII e XIX, e pelas marcas da colonização chegam às Américas sendo então implantadas nessas escolas, e nas que surgiram depois, dando origem ao modelo biomédico nas terras brasileiras sobrepondo às Medicinas Tradicionais milenares aqui existentes.

A Medicina Clínica – cujo princípio epistemológico consiste na análise e na comparação de sinais e sintomas fisiológicos para classificar os chamados corpos normais e patológicos dentro da racionalidade científica predominante (SILVA, 2022) – avançou rapidamente uma vez que estava sob o aval do colonizador. É a Medicina europeia, do livro, dos escritos, dos letrados, da experimentação bem distante do povo tido como bárbaro, pagão, inculto, atrasado, que sem acesso a ela, continuava a fazer uso das práticas de curas herdadas dos seus antepassados. Assim, os saberes e práticas médicas tradicionais sempre foram deslegitimados por conta da posição de inferioridade que ocupavam diante dos conhecimentos institucionalizados e produzidos por pessoas específicas no contexto da cientificidade convencional.

Esse colonialismo produz controle e normatização práticas, a partir dos seus pressupostos: exploração e lucro; padronização e higienização de práticas de cuidado; domínio político da população; estabelecimento do modelo biomédico como único e verdadeiro modo de produzir cuidado em saúde, traduzindo a racionalidade ética do capitalismo e de progresso desenvolvimentista (GONÇALVES, 2018; HOFFMAN; DOS ANJOS, 2018).

A supremacia do modelo biomédico gerou escolas e práticas de uma Medicina de evidências, altamente mercantilizada, lucrativa, cara e inacessível, que desconsidera e anula as subjetividades e historicidades dos sujeitos nas relações de cuidado de saúde. O corpo na sua integralidade bio-psico-sócio-emocional-espiritual é deixado de lado.

Mais recentemente, nas discussões relacionados ao processo saúde-doença uma das argumentações mais presentes é a excessiva especialidade, a fragmentação e compartimentalização do corpo humano, o qual é tratado como órgãos ou sistemas separados, sem interconexão tanto entre si quanto em relação a mente, as emoções, seu passado bem como ao seu núcleo de origem e à experiência vivida. Como se não estivesse lidando com uma vida única/singular e as necessidades emocionais e espirituais daquela pessoa não fizessem parte do atendimento médico.

Pelas condições laborativas ditadas pelo modelo biomédico no cenário do capitalismo, o corpo é abordado para silenciá-lo, para não gerar incômodos e absenteísmo no trabalho. É também abordado de forma mecânica, vazia de sentido mais profundo fazendo dos saberes médicos algo focado apenas na doença, puramente tecnicista e instrumental e potencial gerador de iatrogenia.

Assumindo-se como único e verdadeiro, o modelo biomédico torna-se produtor de um discurso altamente enganoso, ilusório, valendo-se da passividade do paciente, do corpo doente.

Entretanto, o cuidado de saúde está bem além da patologia, devendo-se ser entendido como uma ação conjunta de vários atores e dependente de contextos. É atribuída a Cícero a frase: “Nada mais aproxima o homem de Deus do que dar a saúde a outros homens” (HADBA, 1982, p. 109) e dar a saúde não poderia ter preço pois é a vida de um ser humano que está em jogo, sendo, portanto, incompatível com valores capitalistas/materialistas.

Estudos e pesquisas, experiências exitosas, tanto no Brasil como no exterior, levaram as PICS para o SUS, atendendo ao conceito ampliado de saúde que inclui as questões sociocultural, emocional e espiritual dos usuários. É o ser humano visto na sua totalidade com intervenções em saúde que atendem esta mesma totalidade, considerando que as questões sociocultural, emocional e espiritual são fundamentais para a humanização na atenção, a qual se expressa no acolhimento, autocuidado, vínculo, resolutividade e especialmente, a integralidade (ARAUJO; GAY, 2016).

Levando em consideração as ampliações de conceitos, complexidade social e do adoecer, e, mudanças nas construções em saúde, passa a ser necessário introduzir novas de práticas de cuidado à saúde. No presente ensaio, colocamos nossos argumentos para uma Análise Bioenergética (AB) como prática de saúde dentro das PICS, e, avançada pelos conhecimentos recentes das Ciências Biológicas e Médicas e experiências pessoais como coordenadores de grupos.

A AB não é prática médica estando fora dos currículos de formação na área da Saúde mesmo nas Universidades públicas brasileiras. Isto porque os “aparelhos do Estado” formadores de profissionais de saúde, mesmo com as atuais e fortes discussões sobre outros referenciais em saúde e estabelecimento há 32 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não superaram o modelo hospitalocêntrico, biologicista, curativista, que reproduz a mesma relação de opressão, sendo até, em alguns aspectos, anti-SUS. Não há projetos pedagógicos inovadores e as abordagens de saúde se restringem cada vez mais ao tecnicismo e à mera complexidade biológica.

Neste sentido, as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) desde a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, seus saberes e práticas populares de cura aparecem como possibilidades de intervenção em saúde, e por não estarem no modelo médico científico contemporâneo hegemônico e sua racionalidade, são assim consideradas “práticas médicas de resistência”.

As MTCI, no Brasil chamadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), são decoloniais e estão conectadas aos movimentos agroecológicos e movimento de promoção da saúde do SUS, e assim se fixaram bem na Atenção Primária, podendo ser ampliadas para os demais níveis de atenção.

Mesmo sendo utilizadas desde os anos 1970, advindos da contracultura como oposição ao modelo médico, sua legitimação e a institucionalização fortaleceram-se a partir de 1988, com a criação do SUS, através de seus princípios, em especial a Integralidade e o Controle Social/participação popular.

O marco legal das PICS é instituído em 2006 com o estabelecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) pelo Governo Federal (portaria Ministerial nº 971, de 3 de maio de 2006), inicialmente com seis modalidades, sendo ampliada em 2017 e posteriormente em 2019, contabilizando atualmente cerca de vinte e seis práticas. Entre elas está a Análise Bioenergética (AB).

A potência de promoção e reabilitação da saúde pelas PICS é reconhecida ainda que exista notória oposição de grupos, órgãos de classe e sociedades biomédicas a algumas delas. Entretanto, é fato que a população é simpática e gosta das PICS e reporta melhoria de estado de saúde, em especial para doenças crônicas e saúde mental. Cremos que isso já é argumento bastante e suficiente para que as pesquisas com PICS se ampliem e cessem os detratores em suas campanhas difamatórias cujo único propósito não é a saúde da população e sim a reserva de mercado e o medo de perder clientes. Com isso condenam boa parte da população a perpetuar e agravar suas doenças e agravos, e assim sendo, agem como agentes perniciosos da doença.

Nesta arena de discussão, a AB vem para acrescentar aspectos de base psicanalítica ao processo saúde-doença. A partir dos estudos de Alexander Lowen e seus mais de vinte livros publicados a AB se apresenta como uma das PICS mais bem estabelecidas, conhecidas e aceitas pela população.

A AB tem origens na vegetoterapia, uma técnica terapêutica corporal criada por Wilhelm Reich, que possui como princípio o alívio das tensões a partir da liberação das couraças musculares adquiridas ao longo da vida.

O conceito de couraças musculares é fundamental para a compreensão da teoria bioenergética, uma vez que é nela que se baseia a proposta de terapêutica corporal. Para Reich (1998), o corpo e a mente são uma unidade, e portanto, o corpo reage a todos os eventos emocionais, psicológicos e aos demais estímulos externos através de movimentos de expansão ou contração. O encouraçamento seria uma resposta a esses estímulos externos em que existe a permanência no estado de contração continuada da musculatura (encouraçamento muscular). O encouraçamento, que é um mecanismo inconsciente de proteção do ser, atua na repressão de sentimentos criando as couraças musculares e congelando os sentimentos no corpo. Porém, do mesmo modo que o organismo se contrai para evitar sentimentos desagradáveis ou traumáticos como o medo, raiva ou tristeza, também bloqueia as sensações e percepções agradáveis, como o amor, prazer e afeto, o que resulta em conflitos e/ou doenças, por reprimir a expressão dos mesmos (REICH, 1998; CÂNDIDO; MATTOS, 2009).

Entende-se que os estados emocionais de tensão produzem, tensionamentos na musculatura, assim como nos de prazer, relaxamento. Na tensão os fluxos da energia vital circulam de forma reduzida ou estão bloqueados, ao passo que no relaxamento existe livre circulação. O encouraçamento corporal seria, portanto, a consolidação da neurose no corpo, significando uma parada no fluxo de energia vital.

É a partir dessa compreensão que Wilhelm Reich estabelecerá a vegetoterapia, buscando compreender os mecanismos e desenvolver técnicas, massagens e toques terapêuticos capazes de flexibilizar o encouraçamento corporal e acessar sentimentos “congelados” através do corpo, tornando-os conscientes e reestabelecendo o livre fluxo energético (REICH, 1998).

A terapia bioenergética tem por base a vegetoterapia, porém incorpora outros conhecimentos neoreichianos, principalmente aqueles trabalhados e aprimorados pelos discípulos de Reich: Pierrakos e Lowen. Enquanto Reich morre de forma obscura nos calabouços prisionais dos Estados Unidos nos anos 50 do século XX, Pierrakos segue para fundar a milionária companhia CoreEnergetics, e Lowen abraça uma AB focada no ser humano visto e acolhido de forma integral, tendo sua singularidade e subjetividade ancoradas em sentimentos, experiências, no passado-presente-futuro. Ficou a cargo deste último dar prosseguimento ao que ele chamou de “caráter messiânico” da AB com abertura da técnica, sem segredos, mistérios ou copyrights a todos os povos e nações, para a cura, análise e autoconhecimento, durante 55 anos de trabalho dedicado.

A AB reúne recursos terapêuticos não invasivos através de “toques terapêuticos cuidadosos e exercícios corporais e respiratórios que procuram potencializar a vitalidade das pessoas”. Sua base é psicanalítica e está inserida no campo das

psicoterapias corporais totalmente alinhada ao paradigma de saúde integrativa e da visão vitalista do ser humano e do mundo (BRASIL, 2018).

Assim como outras tantas PICS a AB promove autoconhecimento antes de qualquer coisa. Ainda que os movimentos auxiliem a diminuição de desconfortos ósseos-musculares, o grande poder da AB está em conduzir com leveza o indivíduo a buscar no seu próprio corpo físico e dentro de si as respostas para seu adoecimento. Retira, portanto, o estigma da “cura fora de si”, derruba os “contágios”, abala os determinantes sociais do adoecer reconhecendo, porém, que estes impactam de alguma forma a qualidade de vida, mas não de forma exclusiva.

Seria então a AB uma técnica de cura? Defendemos que antes de tudo a AB é um “estilo de vida”, um “protocolo pessoal de vida” e uma poderosa ferramenta de autoconhecimento neste modelo antropocêntrico, materialista, consumista que engendramos.

Entendemos a AB como excelente metodologia para promoção da saúde integral tendo a pessoa na sua singularidade como centro. Entretanto, a desinformação sobre AB é flagrante, inclusive nos estratos sociais mais cultos, e seu acesso e visibilidade ainda pequenos, e, por isso, o estímulo à produção de relatos de experiência, artigos, disponível em portais acadêmicos e de pesquisa, na internet para popularização. Estes relatos visam produzir evidências sobre a eficácia e os efeitos duradouros da AB assim como o contexto das experiências, dando seriedade/lógica aos resultados obtidos, peso acadêmico, força aos argumentos embaixadores, além da divulgação sobre o que/como acontecem as práticas de AB Brasil à fora.

E assim, visando contribuir com a riqueza que vem sendo produzida sobre as PICS no Brasil, apresentamos este ensaio provocador sobre Análise Bioenergética, saúde, corpo e reconexão numa síntese multirreferenciada, tendo Lowen como base teórica principal de nossos argumentos. Neste ensaio pretendemos também, através de uma literatura multirreferencial, analisar o processo saúde-doença e repensar o papel central do profissional de saúde nas relações, construções identitárias e produção do cuidado em saúde em geral e com AB, em contextos marcados por uma realidade atravessada pelo materialismo. Isso nos conduzirá a pensar-por-nós-mesmos e a questionar a epistemologia contemporânea/cartesiana/positivista/eurocêntrica em que se assenta o modelo biomédico.

Desenvolvimento

Questão primeira: por que e para que adoecemos?

A primeira questão que queremos enfrentar é a mais intrigante aos estudos de saúde pública: por que e para que adoecemos?

Pode parecer um pouco estranho esta pergunta para quem não tem o hábito de leitura de autores como Pierre Weil (1993), Bert Hellinger (2011) e Pietro Ubaldi (2014) que encaram a dor, e, portanto, a doença, como uma reação natural da grande Lei de Equilíbrio para reajustamento do indivíduo a uma Lei maior de amor da qual ele se afastou. São autores que buscando uma visão mais sistêmica na construção do homem integral, ampliam os horizontes do conhecimento científico, integrando-o com outras cosmovisões complementares. Isso nos proporciona um aporte teórico capaz de racionalmente compreender e interligar aquilo que permanecia inconciliável pela falta de parâmetros ou pelo excesso de “zelo” dos mais ardorosos defensores das facções rivais.

O ser humano não é apenas o corpo biológico, mas um complexo sócio-cultural-psico-emocional-espiritual: esse é o homem integral. Somos corpo, mente, bioenergia e espírito, ou seja, a TOTALIDADE humana que requer cuidado integral e não só em partes, fragmentado.

Nessa lógica multifacetada de nossas novas anatomia e fisiologia, de um corpo colonizado, vivemos de forma trágica e dolorosa a experiência do adoecer.

A doença não é um evento puramente biológico, mas sim um processo que requer interpretação no contexto sócio-cultural. É, sim, um evento de base psico-emocional-espiritual fundamentalmente. Neste ponto de vista, discutir doença é um ato revolucionário pois mexe, incomoda o status quo da ciência dominante estabelecida por colonizadores que esperam que adoecemos, nos culpabiliza e nos empurra tecnologia e medicamentos caros. E essa medicina muitas vezes não é resolutiva, não atende completamente nossas questões de adoecimento (transtornos mentais e doenças crônicas, em especial) exatamente por se prender às manifestações ligadas ao corpo biológico desvalorizando o psico-emocional, desconsiderando o contexto sócio-cultural, desconhecendo o corpo espiritual e a bioenergia.

Ainda que existam embates sobre a não aceitação por sociedades médicas e pesquisadores acadêmicos sobre estes outros corpos e bioenergia, discuti-los hoje, no Brasil, é política de Estado. Isto porque desde 2006 que o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e vários Estados da Federação, suas Políticas Estaduais de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC).

Aspectos energéticos, vibracionais e espirituais estão nas Medicinas Tradicionais e inspiram a base das diferentes PICS. A inclusão de dezenas de PICS no SUS significa que o pensamento espiritualista deve integrar pesquisas e estudos sobre processo saúde doença, ainda que hajam resistências e não tenha espaço atualmente nas Universidades e Institutos de Pesquisa. A Universidade deve ser livre, insubmissa a modelos importados e orientada pelo capitalismo. Na Universidade o discurso deve ser plural, inclusivo, democrático e além de ser socialmente referenciada, ser também espiritualmente referenciada.

O ser humano além da sua natureza física possui também uma não-física, e estas devem ser levadas em conta ao analisarmos a saúde.

Como abordar o corpo em desequilíbrio?

Mais do que novas racionalidades, as PICS nos obrigam a pensar em novos “referenciais”, termo cunhado por Barboni (2014) para ampliar o conceito de “paradigma” (restrito ao campo da Ciência), estendendo-o para todos os campos do saber humano (como a Filosofia, a Arte e a Religião, ou qualquer outra dimensão que se queira e que represente a cosmovisão, forma de sentir e agir de quem esse termo se aplica).

Analogamente, para tratar das questões médicas Luz (2012), a partir de estudos sobre Homeopatia, criou a categoria “racionalidade médica”. Como a atenção à saúde é pensada na lógica da biomedicina, as racionalidades médicas complexas não biomédicas estão centradas na “vitalidade” na qual a pessoa, doente ou sadia, é o centro de intervenção.

Para Luz (2012) como a racionalidade biomédica tem seus pressupostos bastante estreitos, o que dela escapa é considerado não científico, não verdadeiro, e, assim, no autoritarismo ataca ou despreza as PICS. Aspectos da “integralidade”, um dos princípios normativos do SUS, seus distintos significados para doentes e curadores especializados, vinculando-se ao relacionamento curador-doente e à eficácia da ação terapêutica, não são devidamente observados no modelo biomédico e assim “a integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas ‘doenças biomédicas’” (TESSER; LUZ, 2008, p. 195).

A forma que se tornou hegemônica de lidar com as questões de saúde caminha no sentido de um aumento crescente de complexidade e custo sem o devido acompanhamento no sentido da resolubilidade, principalmente por deixar de lado ações de menor aporte tecnológico e baixa remuneração, notadamente nas localidades mais carentes de recursos e isoladas, que teriam um forte impacto na saúde da população. Isso porque, a classe médica se viu seduzida pelos atrativos que os ganhos fáceis que a superespecialização oferecia e nesse processo tem perdido a visão de conjunto necessária que uma atenção mais empática e focada nas necessidades do paciente/cliente requer.

Assim, mais do que criticar as PICS sem de fato conhecê-las e com uma visão míope puramente “científica”, é necessário também medir a resolubilidade e a satisfação dos usuários, assim como a relação custo-benefício tendo-se em conta que quando se trata de PICS estamos lidando com outros referenciais que ao contrário da visão colonizadora, também trabalham com a valorização de conhecimentos de povos colonizados, valorizando-os naquilo que eles tem a contribuir e que viabilizaram a sobrevivência desses povos por milênios.

Trata-se, portanto, de uma proposta que vai na contramão do processo colonizador que despreza o legado cultural dos povos dominados e impõe uma racionalidade comprometida com a lógica do lucro pelo lucro, sem ao menos garantir a eficácia das ações que não é medida, ou levada em consideração, na hora em que a fatura é apresentada. Paga-se hoje por procedimento e não por resolubilidade e muitas das PICS são alvo de ataques, porque são resolutivas e põem em xeque todo um sistema de atendimento ineficiente e não resolutivo.

Como a AB atua na promoção e recuperação da saúde

A Análise Bioenergética, que abordamos neste ensaio, mais do que uma prática terapêutica com possibilidade de cura/redução de problemas de saúde, se apresenta como algo capaz de trazer alegria e bem-estar para o indivíduo que faz uso dela, bem como empoderamento por colocar o sujeito como protagonista de seu cuidado próprio.

Sua ação transcende a esfera do biológico e atinge também o campo do bem-estar espiritual ajudando na integração do ser como um todo e que pode ser associada, com benefícios, às outras práticas como: Constelação Familiar, Meditação, Massagens, Aromaterapia, Homeopatia, Fitoterapia, Florais etc.

Em 2018 o Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, a partir de um Coletivo de dezoito colaboradores em bioenergética, produziu um excelente fascículo integrante da série “Conhecendo as práticas integrativas e complementares em saúde” cuja finalidade é “descrever, introduzir e divulgar cada uma das práticas integrantes da PNPIC” através de linguagem acessível, que favoreçam a divulgação e possam instigar um conhecimento mais aprofundado. O material é público, gratuito, disponível na internet (BRASIL, 2018).

O documento do MS revela que AB é um excelente recurso para trabalhar com grupos com evidentes benefícios para auxiliar no tratamento de hipertensão arterial e no uso abusivo de psicoativos, em especial (LIMA et al., 2012; BARRETO et al., 2015). Refere ainda sobre a AB no contexto da promoção da saúde integral o que induz a participação desta prática como adjuvante para a saúde mental (BARRETO et al., 2014).

Os recursos interventivos da AB vão desde o método dos grupos de movimento (GM) largamente utilizado no SUS (BRASIL, 2018) até atendimentos individuais voltados para aplicações clínicas.

Infelizmente a literatura vem apontando uma grande defasagem nos estudos em AB e na divulgação de relatos de experiência em meios científicos indexados, e que, portanto, garantam alguma confiabilidade. Também dificultam a divulgação e acesso às produções em AB a imensa resistência que o meio acadêmico/científico tem produzido através do movimento da medicina baseada em evidência, que

descredibiliza os resultados clínicos positivos que vem sendo descritos em AB, por se utilizarem de métodos qualitativos de pesquisa, em sua maioria, e por não se enquadrarem no que é considerado “evidência científica” (OLIVEIRA; SILVA; ROLIM, 2013; SOUZA et. al., 2017).

Entendendo que a PNPIC trata de uma política de ampliação do olhar da saúde e do cuidado para outras racionalidades em saúde, que estão amparadas por outros referenciais (teórico-metodológico-epistemológico-cosmológicos), e que, portanto, não atendem aos moldes biomédicos de fazer clínica ou mesmo de produzir saber, é vital que destaquemos a importância de discutirmos e ampliarmos o que estamos convencendo chamar de evidência científica.

A exemplo do que acontece com a Medicina Tradicional Chinesa e com a Medicina Ayurvédica e outras PICS, que são práticas oriundas de outras matrizes de pensamento para o contexto ocidental e incorporarem às instituições, a assimetria de poder entre as práticas “forasteiras” e a lógica biomédica tornou-se evidente, e muito pouco foi construído no sentido de promover uma “tradução” cultural mútua. Essas práticas estão constantemente submetidas ao crivo da ciência ocidental que vão classificando-as como aceitáveis, pseudocientíficas ou placebo, em contra partida, muito pouco tem se discutido, por exemplo, sobre como expandir a compreensão de evidência científica de modo a contemplar outros parâmetros além dos biológicos e quantitativos.

Dentro do rigor que a discussão necessita, os movimentos decoloniais têm produzido críticas importantes e bem fundamentadas à ciência moderna e às disputas de poder que esta protagoniza no estabelecimento dos regimes de verdade. Assim sendo, a aproximação teórica entre as PICS, dentre as quais está a AB, e os estudos decoloniais tem se tornado crescente e potente para a consolidação de futuras pesquisas e para a disseminação de outras terapêuticas na saúde, especialmente no SUS.

Referências

ARAUJO, E. M.; GAY, S. M. Rezadeiras nos cuidados de saúde primários no Brasil, rumo a uma ecologia dos saberes ou apropriação pela biomedicina? Anais do IX Congresso Português de Sociologia. Portugal, territórios de territórios. 6 a 8 de Julho de 2016. Disponível em: https://associacaoportuguesasociologia.pt/ix_congresso/docs/final/COM0250.pdf. Acesso em: 27/10/2022.

BARBONI, A. R. Filosofia Brasileira: um sonho ou uma possibilidade? 2014. 360 f. TCC (Bacharelado em Filosofia) – Departamento de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014. Disponível em: http://cris.uefs.br/media/pdf/barboni_2014.pdf.

BARRETO, A. F.; MIRANDA, A. C. S.; SOUSA, L. B.; ALMEIDA, L. A.; RODRIGUES, C. R.; VIRGÍNIO, I. M. P.; FLORINTINO, L. L.; BRAGA, S. F.; GONÇALVES, M. P. Cuidando e formando de modo integrativo: A psicologia corporal como via de humanização e educação permanente no SUS de Juazeiro/BA. In: Barreto, A. (Org.) Práticas Integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Editora UFPE, 2014, p. 253-273.

BARRETO, A. F.; MIRANDA, A. C. S.; SOUSA, L. B.; LIMA, H. O. Atenção biopsicossocial a pessoas com hipertensão no SUS. Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal, v.2, n. 4, Outubro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 70p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_saude_bioenergetica_1ed.pdf

CÂNDIDO, P. E. F.; MATTOS, D. J. S. Bioenergética: fundamentos e técnicas corporais. Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital. Buenos Aires, ano 14, n.131, abril/2009.

GONÇALVES, A. Teologia e pós-colonialidade: indicações a partir da interculturalidade. Fronteiras, Recife, v. 1, n. 2, p. 460-474, jul/dez, 2018.

HADBA, A. Paixão e morte da profissão médica. “Só não erram os que nada constroem”. Rev. Bras. Colo-Proct., Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p.108-110, 1982.

HELLINGER, B. O Amor do espírito na Hellinger Sciencia. Tradução de Tsuyuko Jinno-Spelter, Lorena Richter e Filipa Richter. 2. ed. Goiânia: Atman, 2011. 224 p.

HOFFMANN, R.; DOS ANJOS, M. C. R. Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular. Guaju, Matinhos, v. 4, n. 2, p. 142-163, jul./dez., 2018.

LIMA, H. O.; CAVALCANTI, L. M.; SILVA, E. C.; MOURATO, C. R.; BARRETO, A. F.; BUSSULAR, J.T.H. À sombra do cajueiro, a voz, o olhar e o corpo se movimentam na construção do vínculo seguro: uma experiência de cuidado integral com usuários de drogas. Em: SANTOS, J.E.; BARRETO, A.F.; SILVA, M.G. (Orgs.). Saúde e Drogas: Por uma integralidade do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. Recife, Editora da UFPE, p. 187- 208; 2012.

OLIVEIRA, G.F.; SILVA, R.C.A.; ROLIM, S.G. Análise Bioenergética: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Psicologia. vol.7, n.20, p. 75-96, jul., 2013.

SILVA, J. C. P. Ser e dever ser médico: a Gaceta Médica de México como um manual “não sistematizado” de saberes, 1860-1890. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan.-mar., p.81-99, 2022.

SOUZA, A. C. A.; OLIVEIRA, Y. K. A.; EUGÊNIO, A. C. P.; SILVA, J. F. S. S.; BARRETO, A. F. Análise Bioenergética: uma revisão integrativa dos aportes teóricos e das metodologias de investigação utilizadas no campo. In: I CONGREPICS, 2017, Natal-RN. Anais... . Natal: Realize, 2017.

REICH, E. Energia Vital pela Bioenergética Suave. São Paulo: Summus, 1998. 143p.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

UBALDI, P. A Grande Síntese: Síntese e solução dos problemas da Ciência e do Espírito. Tradução: Carlos Torres Pastorinho; Paulo Vieira da Silva. 23. ed. Campos de Goytacazes, RJ: Fraternidade

WEIL, P. Axiomática transdisciplinar para um novo paradigma holístico. In: Weil, P.; D'Ambrosio, U.; Crema, R. Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus, 1993. p. 9-74.

Sobre os autores:

André Renê Barboni

Doutor em Saúde Pública (Epidemiologia) pela Faculdade de Saúde Pública da USP

Professor Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

E-mail: barboni@uefs.br

O caminho de autoconhecimento de André Renê Barboni passa pela sua formação em Engenharia Elétrica na UnB (1996), por um mestrado em Telecomunicações (Processamento Digital de Sinais) na UnB (1992), por sua atuação como engenheiro da rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor e por sua trajetória acadêmica na UEFS, onde teve a oportunidade de se doutorar na USP (2002) e depois concluir os bacharelados em Biologia (2005) e Filosofia (2014). Tudo isso, associado a uma busca incessante por expandir os seus horizontes com formações complementares em Análise Bioenergética e Constelações Familiares. Fundou e coordena com Suzi Barboni o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Filosofia, Saúde, Educação e Espiritualidade da UEFS que tem desenvolvido diversos trabalhos de pesquisa e extensão dentro de uma cosmovisão sistêmica, integradora e pautada no referencial colaboracionista e altruísta do biótipo justo identificado pelo filósofo evolucionista Pietro Ubaldi. Esta forma de ser, ver e viver o mundo é totalmente coerente com a proposta dos Empreendedores Sociais, que acreditam que “todo mundo pode mudar o Mundo”, e que são cidadãos comprometidos com a melhoria da sociedade e muito ativos e participativos na transformação desta tendo como parâmetro que “não é dado a ninguém o direito de prejudicar quem quer que seja”. Como doutor em Saúde Pública que trabalha ativamente para o sucesso do Sistema

Único de Saúde (SUS), é fácil perceber como tudo isso se alinha perfeitamente com os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Suzi de Almeida Vasconcelos Barboni

Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

Professora Adjunto B da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

E-mail: suziavbarboni@gmail.com

Suzi possui graduação em Licenciatura em Ciências Habilitação em Biologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1984), Mestrado em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (1990) e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2003). Atualmente é professora adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Ciências Biológicas, ministrando as disciplinas Biologia Humana, Saúde e Espiritualidade, Terapias Corporais, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para diferentes contextos sócio-culturais. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ensino, pesquisa, extensão e tutorial em: atenção básica, linhas do cuidado, epidemiologia molecular, qualidade de vida, equidade, espiritualidade, constelação familiar, direitos humanos e justiça social. Pesquisadora-fundadora do Laboratório de Microbiologia Aplicada e Saúde Pública (LAMASP/DCBio-UEFS). Pesquisadora do Centro de Referência de Informática em Saúde (CRIS/DSAU-UEFS), do Núcleo de Estudos da Contemporaneidade (NUC/DCHF-UEFS), do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde, Filosofia, Educação e Espiritualidade (NPEFSEE - DSAU/UEFS) e do NIEPEXES. Tem capacitação em Análise Bioenergética promovido pelo LIBERTAS (PE) e em Constelação Familiar pelo Instituto Nephesh (SP). É palestrante, conferencista, pesquisadora e estudiosa das Ciências Biológicas, da Saúde Pública, do Ensino de Ciências Biológicas, das PICS, da Espiritualidade, assim como, da Filosofia e das obras do Prof. Pietro Ubaldi, Allan Kardec, Roustaing, Chico Xavier, Reich e Lowen.

Viviana Graziela de Almeida Vasconcelos Barboni

Mestre em Ciências pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo – EEFÉ-USP

Professora de Educação Física - CAPS Infante Juvenil II Perus – São Paulo

E-mail: vivianabarboni@yahoo.com.br

Viviana possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2012) e graduação em Educação Física pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2017), fez residência em Saúde da Família pela FESF-SUS/Fiocruz-BA (2020) e mestrado em Ciências pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, sob orientação da prof.^a Dr.^a Yara Maria de Carvalho, em

que se dedicou a pesquisar a formação em Saúde Coletiva com ênfase nas PICS. Possui ainda formação em Terapia Energética Corporal e Constelação Familiar Sistêmica e atualmente compõe a equipe multiprofissional de um CAPS ij no município de São Paulo.

CONSTELAÇÃO FAMILIAR – FAMILIENSTELLEN

Eleine Aparecida Penha Martins

Introdução

Sob a premissa de que “o essencial é simples”, descrita por Hellinger (2014) ressaltamos que simples é diferente de ser fácil. Desta forma, traremos alguns conhecimentos a respeito da constelação familiar, ou familienstellen (termo original em alemão e que no Brasil se popularizou por meio da tradução para Constelação Familiar) que foge totalmente da possibilidade de “ser um constelador” ou tornar-se um constelador, e sim, apresentar uma aproximação dos conhecimentos que embasam a constelação familiar, por meio de sua filosofia, teoria e prática.

Há no Brasil várias escolas de formação em constelação familiar considerados “cursos livres”, ou seja, cursos com cargas horárias diferentes e quantidade de módulos variados, porém, sem registros no Ministério da Educação (MEC) como uma especialidade. Esta realidade acontece com várias práticas integrativas. Salientamos que os cursos em formato de especialidade “abrem portas” para atuação como constelador/facilitador, além de permitir a continuidade dos estudos e pesquisas em programas de pós graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

Lembramos que a constelação familiar é totalmente dinâmica em sua ação e fica ao encargo de cada constelador o conhecimento e a profundidade que trabalha as questões da alma e, enfatizamos que quanto mais tempo participamos das vivências, mais instrumentalizados ficamos para uma possível atuação.

Também ressaltamos que na Hellinger Schule, escola e empresa criada por Sophie Hellinger e Bert Hellinger, o termo constelador pode ser substituído por facilitador e trata-se de uma formação com titulação de especialista, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), ou seja, duração de no mínimo 360h, com desenvolvimento de monografia como critério de conclusão de curso.

A constelação familiar no Brasil é considerada uma prática integrativa complementar para a saúde, mediante homologação da portaria nº 702 junto ao Ministério da Saúde e reconhecida no Sistema Único de Saúde desde 2018 pela Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC) (BRASIL, 2018). Também a Hellinger Schulle é membro associado da Universidade europeia Jean Monnet em Bruxelas com a dispensação de diploma universitário e em Alta Baviera (Alemanha) como método escolar e de ensino no campo de formação continuada para adultos (HELLINGER, 2020).

A National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) no National Institute of Health (NIC), dos Estados Unidos da América, classifica as práticas

integrativas em: práticas da medicina integrativa, praticas biológicas, corporais, energéticas e ainda mente e corpo (NIH, 2023). Acreditamos que a constelação familiar ou familienstellen, em breve, também ganhe a sua classificação.

Desenvolvida há 50 anos por Bert Hellinger, filho do meio de um casal alemão, vivenciou sua primeira infância com o apoio do pai em todas suas ações e da mãe que o levava em óperas, museus, natação e andar de bicicleta. Porém, passou grande parte da sua infância na companhia dos avós, quando os pais decidiram mudarem de cidade. Teve várias indagações sobre a sua permanência com os avós e principalmente sobre a atitude da mãe com relação ao sentimento de abandono. Antes de iniciar sua jornada de vida adulta, tinha especial admiração pelos jesuítas, porém não se percebia como professor até tornar-se professor na África do Sul (HELLINGER, 2020).

Em sua trajetória de vida pessoal e profissional vivenciou o período da primeira guerra como soldado, vendo pessoas sendo exiladas e mortas, fugiu de um campo nazista, passou por períodos de horror, medo da morte, fome e luto. Tornou-se um missionário e padre na África do Sul, formou-se em psicanálise, especializou-se em terapia familiar conjunta, psicodrama, análise transacional, programação neurolinguística, terapia primal, terapia familiar sistêmica e hipnoterapia. Aqui ressaltamos a amizade com Rüdiger Rogoll, neurologista e psiquiatra especialista em análise transacional com quem conversava sobre a teoria do script, e a aproximação com os conhecimentos de Carl Gustav Jung sobre árvores genealógicas, destino e antepassados da família (HELLINGER, 2020).

Permitimos a análise de que Bert Hellinger teve toda esta trajetória de vida e autoconhecimento, fato que se torna pré-requisito para um constelador, onde há a somatória de vários conhecimentos prévios para a aplicação e introdução deste conhecimento. A constelação familiar foi sistematizada a partir de formações acadêmicas e experiências pessoais que permitiram a Bert ao longo do tempo identificar a postura fenomenológica, os níveis de consciência, a ordens do amor, ordens da ajuda e do sucesso.

Descobriu que a habilidade do constelador está em permitir que o campo fenomenológico ou campo morfogenético se movimente sem a interferência do constelador, que deve permanecer na postura fenomenológica, ou seja, permanece a disposição para olhar para as informações que emergem. Então, a postura fenomenológica passa a ser o grande desafio e uma competência de um “constelador”. Segundo Hellinger, (2019b) o constelador deve ser destemido do tema morte e ter confiança no campo que emerge. Esta atitude exige a consciência plena no momento presente. Hellinger (2018, p. 155) ainda acrescenta sobre a morte: “viver e morrer se torna indiferente, pois ambos estamos igualmente em harmonia com o que permanece”.

Ressaltamos que a constelação familiar diferente da psicologia, não tem a pretensão de acompanhar o consulente, muito menos explicar a constelação em

longos períodos. Ela atua como uma intervenção na alma, de maneira pontual, que pelo campo mórfico tem repercussão ao longo dos anos seguintes (HELLINGER, 2019b).

Marusa Gonçalves, psicóloga formada em ciência da complexidade e constelação familiar, junto de uma equipe multiprofissional, sistematizaram e descreveram as interfaces dos conceitos da Terapia Sistêmica familiar com os conceitos e termos das constelações familiares (GONÇALVES et al., 2013).

Portanto, a constelação familiar/familienstellen “está longe” de ser a psicoterapia vindo da psicologia e próxima da psicanálise, como um passo a mais, porque pratica uma intervenção (HELLINGER 2019a; HELLINGER 2020). Ainda segundo Hellinger (2020), o efeito de uma constelação familiar atua por dez anos. Parte do princípio de que todos somos energia e conectados com as energias do mundo. Quando nascemos nos conectamos com as facilidades e dificuldades de um sistema familiar pelo campo mórfico.

Definição de Constelação familiar

Para a definição de constelação familiar, foi realizado um apanhado nos livros de Bert e Sophie Hellinger, que apresentamos na sequência.

Numa definição simples é a ciência dos relacionamentos. Numa definição mais aprimorada é a ciência do amor do espírito e a ciência universal das ordens de convivência humana, ou seja, de todos relacionamentos (HELLINGER, 2015).

O conhecimento de uma constelação tem multidimensionalidade envolvendo o aspecto consciencial, o espiritual, o psicológico, o sistêmico, o filosófico sobre os princípios humanos e não requer nenhum tipo de acompanhamento. O conhecimento se compõe pelo caminho fenomenológico onde acessamos um campo de informações e memórias familiares e pessoais do consciente coletivo de um sistema, por meio do caminho do amor, do não julgamento e do pertencimento (HELLINGER, 2012; 2015).

Hellinger (2019a) acrescenta que a constelação familiar emerge tanto das informações ocultas do passado como do futuro, e, mostra um caminho para a solução de um emaranhamento além de guiar as pessoas envolvidas nesta trajetória. Chama de emaranhamento todas as vezes que infringimos uma das ordens que estão descritas a seguir. A principal conexão para as soluções é a conexão com os pais e os antepassados.

A constelação familiar organiza o passado por meio da aceitação e do agradecimento incluindo o olhar para o presente e o próximo passo para o futuro na sequência da caminhada de vida. A vida em movimento.

Ainda pode ser definida como uma cirurgia energética na alma (HELLINGER, 2019a). A constelação não dá seguimento ao tratamento, o acompanhamento

pertence a outros profissionais. A constelação não é uma terapia, é um apoio a vida, uma mensagem para a família, uma perspectiva de visão diferente e/ou traz a luz uma informação relevante para a pessoa e para a família seguir em frente o seu destino.

Na PNPIC (BRASIL, 2018, p. 38) a constelação familiar foi definida como:

Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares, para por meio do conhecimento das forças ocultas que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.

Para quem a conhece e pratica torna-se um modo de ver a vida a partir do lugar que ocupamos, ou seja, uma filosofia de vida, que emerge a partir do “eu” essência, onde procuramos o próximo passo. Para concluirmos a Hellinger sciencia é uma ciência do amor, é a ciência universal do amor que inclui tudo e todos da mesma maneira (HELLINGER, 2015).

A história

A constelação familiar (CF) fez uma trajetória progressiva e foi modificada conforme a consciência da força de atuação. A evolução da história passa desde a constelação familiar clássica, com ênfase na consciência pessoal e a pergunta sobre os sentimentos dos representantes; os movimentos da alma onde emergiam os movimentos profundos da consciência; os movimentos do espírito que envolvem a alma coletiva e a conexão com a força criadora que chamou de espírito, a criação da hellinger ciência em 2000, com a definição de ciência de todas as relações e a evolução da constelação familiar, constelação medial, até chegar nas novas constelações familiares onde busca-se poucas ou informação e sugere-se dois representantes: um para o problema e um para a pessoa e, tudo passa a ser entregue para uma força maior e pôr fim a constelação familiar original Hellinger expandida em 2018 para diferenciação dos diversos tipos de trabalhos com a constelação (HELLINGER, 2015; HELLINGER, 2020).

Aqui vale o significado descrito por Hellinger (2022a, p. 38) sobre energia, força cósmica e espírito. O termo energia vem de Aristóteles derivado da palavra “energeia” quando considerou “uma transição do estado de possível para a realidade e eficácia”. “Energeia então significa alma, compreensão e vida”. Coloca que a força cósmica existe e deriva de uma força única e que há um espírito inteligente e consciente por trás desta força; este espírito é a matriz de toda matéria, conceitos trazidos por Max Planck,

pai da física quântica. O ser humano bioelétrico é um transmissor e receptor de energia.

Bert Hellinger, em todas suas obras, sistematizou seus conhecimentos os limites de atuação dos níveis de consciência, compreendeu as ordens do amor, as ordens da ajuda, as ordens do sucesso, as consequências no tratamento de doenças graves, traumas, psicoses, agressores e vítimas, as ordens no relacionamento de casal, ordens entre pais e filhos, efeitos do comportamento religioso, encontros com a morte e os mortos e ainda sobre os caminhos e modos de promover a paz e a reconciliação. Sophie Hellinger contribui enquanto esposa e parceira, e, acrescenta o cosmic power enquanto medida potencializadora para as constelações (HELLINGER, 2022a).

A seguir discorreremos sobre a postura fenomenológica enquanto passo fundamental para a atitude de um constelador.

Postura fenomenológica

Segundo Hellinger (2012; 2015) e Hellinger (2019b) a postura do constelador está baseada na presença em 100% e ocorre pela exposição à situação, pelo reconhecimento que há a vulnerabilidade, pela necessidade de viver o momento absolutamente no presente, pelo render-se as incertezas, pelo reconhecimento do que se sente e permissão do contato com tudo o que se conecta neste momento. Há a necessidade de sabedoria para compreender as pessoas, famílias, grupos, culturas, na profundidade da composição do ser humano.

Adotamos a postura fenomenológica quando entramos na postura de presença /neutralidade e respeito. Passamos a ser um canal por onde a percepção se expressa, chamado também de campo sábio que elucida as informações ligadas ao inconsciente coletivo que estão ligadas ao sistema familiar. Precisamos ter coragem para enxergar a dor do outro com o outro.

Discorreremos abaixo o desmembramento da postura fenomenológica com base em Hellinger (HELLINGER, 2012; 2013, 2015; HELLINGER 2019a):

- a. sem intenção: há a necessidade de renúncia do conceito de bom e de mau, da intenção de querer ajudar e de querer encontrar uma solução. A ausência de intenção procura a harmonia, o movimento da alma profunda, serve a paz e ao amor;
- b. sem julgar ou sem julgamento é ter a concordância com os fatos ou com as situações exatamente como se apresentam, sem querer ajustar. Há a necessidade do olhar amoroso e concordante que são qualidades do amor do espírito;

- c. vazio – há a necessidade de suspender qualquer conhecimento sobre o tema ou sobre o assunto posto e de nos sintonizarmos com nossas próprias famílias e com os destinos das nossas próprias famílias, e também com o destino e história da outra família. Esta postura de vazio faz a conexão do constelador e do constelado. É uma postura de neutralidade também lida como “sem amor” (não posso ter dó ou pena de mim ou da minha história ou da história da minha família);
- d. coragem (agir com amor) ou sem medo de nos submetemos não somente ao que vem a luz, mas também aquilo que permanece oculto e a tudo o que se manifestou e volta a imergir. Estamos em harmonia com os movimentos e nos submetemos a ambos; precisamos ter abertura para o desconhecido. Esta postura possibilita trazer a consciência o essencial; sem pena e sem medo dos fatos que podem emergir em uma constelação;
- e. recolhimento e concordância com o que se mostra, mesmo que nos exija ao máximo o fato de estarmos em postura neutra, contermos a vontade de ajudar. Estar “sem amor” remete a postura neutra.

Estas habilidades acima remete a síntese da postura de estarmos sem medo, “sem amor”, sem intenção de ajudar e sem culpa pelo que não podemos fazer ou resolver dentro do destino e ordem de merecimento de cada pessoa (HELLINGER, 2019a)

Segundo Hellinger (2006; 2015; 2019a) com esta postura amplia-se: a percepção (diminuir o pensamento) é um olhar mais amplo, que vê o todo, de uma forma distanciada percebe o contexto, porém de uma forma imprecisa quanto aos detalhes e há uma relação dialética com a observação que se complementam. O limitar-se a percepção é uma grande renúncia; a percepção não tolera a objeção e o protesto; devemos olhar e nos limitar ao que percebemos. Exige modéstia;

b. a observação que passa a ser direcionada para os detalhes é precisa, porém limitada e sem intencionalidade do que pretendemos ver, torna-se focada na postura do cliente, como ele nos olha, se há conexão com o constelador ou não. Observamos a respiração, o sentimento que se expressa, o sentimento que é gerado em mim, e o sentimento gerado no grupo. Por exemplo, quando ouvimos um choro, observamos se é comovente ou irritante, se leva ao sentimento de dor ou dispersão. Importante saber diferenciar os tipos de sentimentos: os primários (sentimento genuíno, simples e forte, quando em contato trazem a condição de segurança e calma); os secundários (aqueles que as pessoas querem nos mostrar, quase entra numa situação de convencimento, não tem limites ou vergonha, muitas vezes são exagerados); os adotados (assumo os sentimentos de ou por alguém e parto para a somatória de atitude de convencimento) e os metassentimentos (carregados de coragem, sabedoria, fé, paz). O metassentimentos é o local que a pessoa tem dentro do campo;

c. a compreensão pressupõe a somatória da observação e percepção que somadas compõem o todo. O que emerge em uma verdade momentânea, junto da intuição, percepção e sintonia revela a profundidade da alma no campo. Quando há o olhar “distanciado”, reverente, há uma clareza, um fechamento;

d. a intuição que é uma compreensão súbita da próxima ação a ser realizada; tem haver com a percepção súbita de algo sem auxílio do raciocínio, é um insight, é como um raio que vai para a ação; podem vir como sensações, imagens, movimentos, frases, intervenções que vem naquele momento específico; como são os canais de percepção; quanto mais fazemos e praticamos mais habilidade desenvolvemos e facilita o reconhecimento do próximo passo;

e. a sintonia é o insight no momento da constelação. É a união da pessoa e o destino. O que vem a luz mantem-se fiel ao campo, ou seja, não trai o oculto nem aquilo que está em segurança dentro de um contexto, somente nos é mostrado por ele de maneira limitada. Exige que o constelador entre na mesma vibração do outro para entendê-lo. Sintonia com sua origem, seu destino, suas possibilidades, limites e também com as consequências de seu comportamento, sua culpa; é um estado de conexão comigo mesmo, com a minha família, com a família do outro. É o botão de “On”.

A sintonia é uma atitude recolhida que se relaciona ao todo, como ele é. Ela permanece no amor a tudo e a todos tais como são. Qualquer perda da sintonia leva a inquietação;

f. a retirada – ajuda é temporária. Após a ajuda, ajudante e ajudado seguem em sua própria força e com o seu próprio destino. Exige a manutenção da humildade em ocuparmos o último lugar dentro do sistema.

G. caminho do centramento – nos recolhemos ao centro vazio estamos intimamente ligados a um campo de força e atuamos sem agir. Sentimos pelo efeito, o que mais ajuda e faz bem. Quando simplesmente respiramos nos conectamos com nossos sentimentos mais profundos. Os metassentimentos são sentimentos em harmonia. Exigem coragem, humildade e sabedoria para compreender que as pessoas, famílias, grupos, religiões valores, culturas são tão boas conforme a profundidade de cada ser. E que compõe a profundidade de cada ser humano.

Numa formação há a intenção de desenvolver a capacidade de sintonia, capacidade de entrega, de experimentar em si mesmo o desabrochar das imagens, por meio do estado de presença do constelador, o estar 100% no momento presente. Hellinger (2015) afirma que percebemos internamente quando a pessoa se senta ao nosso lado, o nosso próprio corpo, percebo algo dentro de mim e algo fora de mim, e, se revela na qualidade do silêncio, da pessoa ou do grupo. O centramento é quase um sinônimo de tranquilidade e paz interior.

Também a postura fenomenológica pode ser relatada em forma de distanciamentos. Há a necessidade do distanciamento interno, ou seja, esqueço ou me distancio do meu conhecimento ou do conhecimento prévio e, entrego-me ao campo permitindo que algo novo se apresente. O segundo distanciamento é a exposição da situação que se apresenta, sem nenhuma intenção. E o terceiro distanciamento é o manter-se sem medo. Mantemos sem medo do que se apresenta e sem medo do que as pessoas dirão quando se mantém na postura do esquecimento e da falta de intenção. Somente assim temos força para uma constelação (HELLINGER, 2015).

Para uma boa aproximação com a postura fenomenológica indicamos a leitura do livro “O poder do agora” – Deepak Chopra, como um exercício inicial de manter-se no momento presente, algo difícil nos dias atuais.

Níveis de consciência

Estes conhecimentos são dinâmicos e profundos, e a partir deles expressa-se um olhar diferente para a vida. Ao ser constelado há o emergir da dinâmica oculta que tende a mostrar onde há a interrupção para o sucesso, sendo que para o constelador estes conhecimentos tornam-se quase uma filosofia de vida.

Hellinger (2022b) a consciência na etimologia a palavra significa “com conhecimento”. A consciência é a percepção de um sentimento que nos adverte a medida que o nosso comportamento assegura ou ameaça nossa vinculação ao grupo (HELLINGER, 2007).

Ressaltamos que todo movimento é consciente, pois, para acontecer o movimento há a uma força atuando, então, todo movimento é pensado (HELLINGER, 2015).

Hellinger (2007, 2015, 2019) dividem a consciência em três níveis: a pessoal, a coletiva e a espiritual. Define como consciência pessoal àquela vivida como um meio para pertencermos a família ou a um grupo, está ligada a sobrevivência; a consciência coletiva busca pela consciência do grupo.

O nosso primeiro pertencimento ou clã está ligado ao que uniu nossos pais, considera-se a família como um todo e a integridade da mesma em sua plenitude, mesmo quando há destinos difíceis (relações de vítimas e perpetradores, abortos, vícios, acidentes, etc), todos tem o igual direito de pertencimento; predomina uma ordem arcaica e hierárquica que se orienta pelos antepassados e pósteros. E a consciência espiritual que tem a fluidez com o ciclo da vida, sem julgamentos, é leve.

Ainda dentro da dinâmica dos limites da consciência, a consciência pessoal pode se manifestar na boa e na má consciência (HELLINGER, 2007; 2015; HELLINGER 2019a).

Manifesta-se na boa consciência a constância de padrões (HELLINGER, 2007; 2015). Como exemplo a atitude se todos bebem eu bebo, se todos rezam eu rezo. A boa consciência se manifesta pela necessidade de pertencer e o indivíduo faz tudo o que o grupo exige dele, independente de valores éticos e/ou morais da sociedade (HELLINGER, 2007) quando a pessoa tenta fazer algo diferente do que o grupo está acostumado, sente-se de consciência pesada então volta a repetir o que o grupo faz para se sentir pertencendo (HELLINGER, 2019). Somente quando se perde o medo de enfrentar a realidade que se ultrapassa a boa consciência (HELLINGER, 2007, 2015; HELLINGER 2019).

A má consciência custa nosso bem estar, saímos da zona de conforto e muitas vezes ocorre a culpa. Há o sentimento de perda do pertencimento a aquele grupo que pensamos ou agimos diferente, então, a pessoa pode se sentir a “ovelha negra”. Ainda, a má consciência nos leva a mudar nosso comportamento, até acomodá-la em nosso coração. Então, sentimo-nos inocentes e com boa consciência. Ela não propõe conteúdos, é o conhecimento de um estado ou sentimento de paz interior (HELLINGER, 2007; 2015).

Esta situação é muito tranquila de se imaginar em situações de fácil aceitabilidade para a sociedade, por exemplo, uma pessoa que decide dentro do seu núcleo familiar deixar de roubar, ou de cometer atos considerados imorais na sociedade. Esta pessoa para ser aceita na sociedade passa a ter a má consciência perante seu núcleo familiar, pois sofre o não pertencimento à sua origem, e, carrega consigo uma culpa por fazer diferente: a má consciência. A boa consciência a faria manter-se no movimento da família.

Na consciência coletiva todos os membros do grupo têm o direito de pertencer, quando um membro é excluído ou por algum motivo sente-se excluído outro membro que nasce naquele contexto assume o papel ou se comporta como o excluído. Uma criança quando nasce liga-se ao campo morfogenético da família onde nasceu e conecta-se com o campo, principalmente dos excluídos ou daqueles que querem ou precisam ser vistos pelo grupo de origem. É difícil imaginarmos que uma pessoa com vício pode estar trazendo alguém que foi excluído em gerações anteriores como uma maneira de fazê-lo pertencer.

A constelação familiar considera pertencentes a um sistema familiar todas crianças, incluindo as abortadas, ou não nascidas de forma intencional ou não, as esquecidas, as que morreram, os meio-irmãos, as doadas; os pais dos irmãos de sangue; ex-companheiros dos pais e dos avós; os avós e seus irmãos; relacionamentos extraconjugais; as situações de morte que proporcionou algum tipo de benefício para a família ou para os descendentes; tanto as vítimas como os perpetradores de que uma família precisam fazer a inclusão nos dois sistemas ou seja, tanto a família que proporcionou quando aquela que sofreu o ato; a família que obteve alguma vantagem em relação ao prejuízo proporcionado na outra família (HELLINGER 2019a; HELLINGER 2022b).

A consciência coletiva vela pela integridade do grupo e quer restaurá-la quando se perde, é amoral, pré moral. Procura reestabelecer a integridade do grupo sem levar em conta a culpa ou a inocência dos membros envolvidos e o sistema terá em gerações futuras um representante para o excluído e trazê-lo de volta ao grupo, por meio de atitudes, comportamentos ou sentimentos. É superior a consciência que sentimos, porque confere prioridade à integridade do grupo e a sobrevivência de cada membro (HELLINGER 2007; 2015; HELLINGER, 2019a). Há duas forças das consciências coletivas muito fortes: família e religião, que de maneira consciente e muitas vezes inconsciente entramos no fluxo das solicitações e regras.

A consciência espiritual ocorre quando se está em conexão com o todo do universo e com o tudo, inclusive com as oposições. Ela percebe que está em sintonia com as áreas da vida como elas são. Não toma partido, se mantém na posição neutra e aceita tudo como é, tudo flui para algo maior naturalmente. Quando não estamos em sintonia temos o sentimento de inquietação, desconforto ou desassossego comparáveis ao sentimento de culpa e má consciência. A consciência espiritual é destituída de medo e exaltação. Sua ação une, está a serviço da paz para todos. Há algo muito maior que atua para trazer de volta o equilíbrio (HELLINGER 2007; 2015).

Ordens do amor

Bert Hellinger durante sua caminhada de vida e profissional descobriu as leis do amor que permeiam todos os relacionamentos, iniciando no sistema familiar, e, expandindo para o trabalho, a saúde e no sucesso (HELLINGER, 2012; HELINGER, 2019a). Faz a analogia de que o amor é a água e a ordem é o jarro (HELLINGER, 2015).

As ordens do amor são Leis que pertencem ao movimento da vida originada em nós mesmos e nos nossos sistemas familiares. Nossas vidas fluem de maneira mais leve quando as entendemos e aceitamos, e, então, podemos decidir fazer algo diferente ou fazermos o movimento para algo novo. Quando seguimos as leis com sabedoria e as seguimos com humildade, temos sucesso (HELLINGER, 2015).

Vale lembrar que a palavra ordem em alemão é mais do que lei. É um princípio filosófico e ocorre entre pais e filhos, dentro do grupo familiar, entre casais e em todos contextos que envolvem os relacionamentos.

Segundo os conhecimentos de expostos por Bert Hellinger (HELLINGER, 2006; HELLINGER, 2012; HELLINGER, 2015) são três leis que caracterizam as ordens do amor: o pertencimento – a hierarquia e o equilíbrio entre o dar e o tomar.

Sobre o pertencimento, vale a consideração de que todos tem o direito de pertencer a um sistema. O que é um sistema? É um grupo que se reúne e, nosso primeiro sistema é o familiar (HELLINGER, 2015).

Quando há alguém excluído, e, aqui entende-se por excluído aquele que por algum motivo é “deixado de lado”, ou “se fala mal”, “sentir vergonha” ou ainda aquela pessoa que “se sente excluído” de algo, ou ainda, algum fato, ocorrência que traz a vontade de deixar encoberto ou escondido, então, esta pessoa ou fato precisa ser visto dentro do sistema, e, quando nasce alguém posteriormente, por amor, há a necessidade de reproduzir os fatos, ou sentimentos, ou comportamentos dentro do sistema, para que a pessoa seja lembrada e incluída.

As ordens do amor dentro do grupo familiar nos remetem ao fato de que temos a nossa vida concebida por meio de nosso pai e de nossa mãe e pertencemos aos dois grupos familiares que acaba de formar um novo sistema familiar (HELLINGER, 2015). Este pertencimento faz vivenciar uma força que liga todos os seus membros e todos ficam sob a regência da ordem e do equilíbrio que atua em todos da mesma forma (HELLINGER, 2015; HELLINGER 2019a).

Com relação a hierarquia diz que quem chega primeiro no sistema tem precedência, precisa ser respeitado e honrado (HELLINGER, 2015). Também vale lembrar que quem chega depois no sistema tem prioridade. Cada pessoa deve ocupar o seu lugar no sistema, como um exemplo, quando há cinco irmãos em uma família, cada um deve ocupar o seu lugar: o primeiro, o segundo, o terceiro, o quarto e o quinto e lembrar que papai e mamãe sempre são maiores em relação aos filhos. Quando um tenta ocupar o lugar do outro há possibilidades de conflitos e “emaranhamentos”. Lembro também que temos força quando estamos no lugar correto, ou seja, no nosso lugar.

As ordens do amor entre pais e filhos coloca que os pais são grandes e doam aos filhos no sentido de ofertar, dar e, os filhos “tomam”, também vale a mesma ordem quando se fala do irmão mais velho para o irmão mais novo (HELLINGER, 2015). Os pais chegaram à vida primeiro que os filhos então tem precedência, e o irmão mais velho também chegou antes do mais novo então, também tem precedência. Quem recebe agradece o que recebeu, e, usa o ditado “faz a vida valer a pena”, com tudo o que ela nos traz, como forma de honrar a vida recebida.

E, o equilíbrio que implica nas ações do dar e do tomar. Tomar é diferente de receber. “Tomar algo” adoto como exemplo a ação de uma mãe que oferta o seu leite materno para que uma criança a tome. O tomar na abordagem hellingeriana é ato de receber ativo, com amor (HELLINGER, 2019a; 2022; HELLINGER, 2019b). Tomamos tudo o que papai e mamãe tem para nos dar.

O dar e o tomar tem um campo de compensação tanto para o “bem” como para o “mal” e, é determinado pela nossa consciência (HELLINGER, 2019). Se recebemos algo de alguém nos sentimos presos até a hora que, de alguma forma compensamos de maneira correspondente, e, normalmente ofertamos algo a mais do que recebemos, então, provocamos um desequilíbrio e em seguida recebemos ou tomamos algo novo. Esse movimento proporciona o crescimento de um relacionamento positivo.

Portanto, a compensação também ocorre para o mal: quem recebeu algo de ruim ou um mal, vinga-se com amor, ou seja, retribui com algo menos ruim. Nos relacionamentos de forma geral quem sempre perdoa alguém por algo ruim, sem compensação, ameaça o relacionamento (HELLINGER, 2019).

Ainda nas ordens do amor entre o homem e a mulher, onde se prioriza a atração do homem pela mulher, cada um assumindo seu papel e, normalmente caminha-se para “algo maior”, que pode ser um filho, um projeto de vida. O homem torna-se verdadeiramente homem como pai e a mulher torna-se plenamente mulher quando mãe. É só no filho que o homem e a mulher são indissoluvelmente uma unidade de maneira plena e visível para todos (HELLINGER, 2015; HELLINGER 2019a; HELLINGER, 2019).

Vale ressaltar que um homem e uma mulher são iguais em um relacionamento. Quando saímos do nosso lugar de esposa, e cuidamos do marido de forma constante como um tutor sem uma necessidade real, pode se tornar uma relação de mãe e filho e vice-versa. Quando esta inversão acontece deixamos de ser a esposa e passamos a posição de mãe. Assim como há a persistência do cuidado do marido para com a esposa existe a possibilidade de assumir a posição de pai (HELLINGER, 2019a).

Ordens da ajuda

Segundo Hellinger (2013) “ajudar é uma arte”. Há necessidade de uma sensibilidade para compreender aquele que procura ajuda, para simultaneamente atingir algo acima de si mesmo, algo que seja mais abrangente (HELLINGER, 2013).

O dar e o tomar acontecem em dois níveis. No primeiro ocorre entre pessoas equiparadas; e, o segundo entre pais e filhos ou entre “superiores” e necessitados. Ainda é possível um terceiro nível quando o se exerce “o ajudar” por meio de uma profissão (HELLINGER, 2012; 2015), onde ocupamos o último lugar dentro do sistema.

Segundo Hellinger (2013; 2015) existem seis ordens da ajuda: 1- Dar o que se tem e tomar o que se necessita; não querer dar além do que o outro necessita; 2- submissão às circunstâncias e interferir e apoiar no que foi permitido; 3- posicionar-se como um adulto que oferta a ajuda para o adulto que procura por ajuda; 4- ter empatia sistêmica, o indivíduo faz parte de uma família, porém não se envolve com o cliente; 5- amar cada pessoa como é, sem julgamento, por mais que seja diferente de mim; 6 – reconhecer o cliente e a sua história.

Para a ordem de ajuda é importante ocupar o último lugar no sistema que será olhado com humildade e com a postura: “estou à disposição” ou “sinto-me a disposição”, caso você precise de algo (HELLINGER, 2013).

Sobre a condição dos filhos ajudarem os pais é bastante delicado, porque recebemos o nosso maior presente por meio de nossos pais, nossos genitores: a vida.

Podemos ajudar os nossos pais com o essencial naquilo que necessitam e nos pedem. Por exemplo: pais em condições precárias de aposentadoria, fazer aporte naquilo que for necessário, discretamente, sem humilhar. Lembrar que os pais que cobram os filhos bem sucedidos estão expressando aos filhos que não se sentem honrados: “não reconhecem tudo o que fiz por você”. O auxílio aos pais de forma a tomar a frente do cuidado somente quando os pais não tiverem mais lucidez para as próprias decisões (HELLINGER, 2015).

Ordens do sucesso

O sucesso leva em conta a lei da sabedoria, e, mais especificamente as leis do amor; um amor que serve a vida, a nós mesmos e a de muitas outras pessoas. Quando infringimos as leis do amor, temos repercussão em nossas vidas em todos os aspectos (HELLINGER, 2017), inclusive no sucesso.

O sucesso tem a “cara da mãe” e a “força do pai”. Há os pilares das ordens do sucesso: disciplina, gratidão, humildade e serviço ou estar a serviço. Com a prática destes quatro itens atinge-se a saúde física, mental, emocional, obtém-se o dinheiro e a conquista das boas relações, obtendo-se o sucesso. O sentimento de gratidão é a chave para a abundância na vida (HELLINGER, 2006; 2017; 2019). Como colocado anteriormente a constelação familiar é quase uma “filosofia de vida”.

As ordens do sucesso são compostas por três movimentos: o nascimento, o encontrar e tomar a mãe, o movimento em direção a mãe. Também o movimento em direção ao pai que nos conduz ao movimento em direção ao mundo (HELLINGER, 2019).

Segundo palestra Hellinger (2017), somos 100% nossa mãe e nosso pai. Devemos tomar os dois como são, nem mais e nem menos. Às vezes os pais até gostariam de fazer diferente, porém não conseguem, então a cada geração pede-se para fazer um pouquinho diferente (HELLINGER, 2012). Hellinger (2018 p. 16) afirma que “uma pessoa que ama os pais evidentemente tem mais força que alguém que rejeitam um deles ou ambos”.

Aqui vale lembrar que, mesmo os pais que se separaram ou divorciaram continuam a exercer a função pai e função mãe. Houve a dissolução do relacionamento de casal entre o homem e mulher, porém nunca haverá a dissolução dos genitores que deram a vida a um ser.

Dentro deste movimento do tomar, primeiro eu olho para a mãe e verifico onde há o amor interrompido. O sucesso está relacionado com o “tomar” a mãe. O papel da mãe é de gerar, nutrir e de proteção. O “sucesso tem a cara da mãe”, e, o significado é no sentido de ter a mesma força que a mãe teve para que a vida chegasse até nós (HELLINGER, 2019).

Também ser mãe, é ser fonte de vida e de nutrição. O nosso sucesso depende das atitudes que alimentam e dão força para a vida. Precisamos do pai para seguir em frente, para arriscarmos, para sermos apresentados e fazermos a conexão com o mundo. O papel do pai é a realização, é o impulso da vida e a atuação no mundo e a força para enfrentar as dificuldades, por este motivo a importância de ter a presença, dos dois nos nossos corações. Não “brotamos” da terra, somos semeados por meio de sementes em terra fértil.

Para o sucesso também é necessário ocupar nossos lugares enquanto filhos, pais, esposa, para termos força e o sucesso vem quando tomamos o amor para nossa mãe (HELLINGER, 2019).

O sucesso também está relacionado ao servir e estar à disposição, na ação de primeiro ofertarmos e darmos e depois na ação de recebermos (HELLINGER, 2006). Hellinger (2022) acrescenta: “eu não faço nada. Eu me coloco à disposição da energia universal como ferramenta”. Acrescentamos que as vezes pensamos em dar e tomar em atos imediatos na vida, porém, o universo é generoso e o ato de recebermos pode estar nas pequenas situações da vida como um desconto em algo que não esperamos, uma promoção, um brinde entre outras possibilidades. Recomendamos a leitura do livro “Sete leis espirituais do universo” – Deepak Chopra.

Por estes conhecimentos serem dinâmicos e profundos exige que o constelador esteja realmente no momento presente, em paz com a própria história de vida e com os fatos ou situações colocadas à disposição para serem olhados por meio de uma constelação para que ela seja efetiva. Para esta postura é interessante que o constelador tenha experiências de vida que o levaram ao autoconhecimento e ao sucesso.

Aqui vale ressaltar que, o constelador realmente precisa ter a postura fenomenológica e a responsabilidade ética de ser fiel ao campo durante uma constelação familiar e permitir que o consulente, a partir da sua vivência de tomada de consciência, decidir o próximo passo que dará em sua vida.

Na constelação familiar há várias dinâmicas que podem emergir: pertencimento, ordem, amor cego, “eu sigo você”, “você por mim”, amor interrompido, relação vítima perpetrador, porém o constelador precisa estar sensível ao campo, para evitar o processo de adivinhação com frases de efeito.

Aplicação das Constelações familiares

As constelações familiares podem ser aplicadas em todas as instâncias da vida, desde que tenha a postura do constelador, a clareza do lugar que ocupa.

Ela é a ciência dos relacionamentos, então, em todas as empresas independente da sua natureza tanto na estrutura, quanto no processo ou no resultado,

no âmbito da saúde e doença, na relação com o dinheiro, nas relações familiares e nas atitudes de forma geral.

Também pode ser aplicada em design de programas de ensino e aprendizagem, nas tomadas de decisões, na mediação de conflitos, na integração de povos e culturas e para os programas de assistência social.

Na Hellinger Schule ouvimos que é muito importante adotarmos a postura fenomenológica no nosso dia-a-dia e aplicá-la em nossas profissões de base para termos o sucesso; recomendam anotar os resultados. Também colocam que é um privilégio poder “ser um constelador” como profissão e ter esta ação como fonte de renda. Nesta linha de raciocínio já existem algumas publicações (PETRUZZELLA, SOCORRO 2019; RAMOS 2020; STORCH, 2021; BERTATE, 2021; MARTINS; CARVALHO, 2023).

O desenvolvimento de uma constelação familiar

As formas de aplicação da constelação familiar podem ser individuais ou em grupo. Nas duas situações, individual ou em grupo, pode ser utilizado meditações, técnicas de visualizações e viagens interiores ou jornadas interiores.

Também pode ser realizado por meio de trabalhos energéticos (respiração, cosmic power), por meio de exercícios de desenvolvimento da percepção, movimentos do campo, análises biopsicossociais, melhoria da comunicação interpessoal, e entendimento de conteúdos psíquicos (entendimento de desenhos), com o uso de âncoras: papéis, bonecos e objetos.

Vale lembrar que o constelador ocupa o último lugar dentro de um sistema que será constelado, e, exige muita experiência e humildade para encerrar uma constelação quando se atinge a força máxima de atuação dos representantes (HELLINGER, 2019a).

Quando uma pessoa tem um tema a ser constelado em grupo, normalmente escolhe-se dentro dos presentes as pessoas que representam algo ou alguém que está ligado ao mesmo tema do constelado de forma “às cegas”. Normalmente é indicado pelo constelador o número de pessoas que podem se colocar a disposição do campo. Imediatamente esta pessoa entra em contato com a energia do campo e de repente sentem o mesmo que as pessoas representam, sem ter informações sobre elas, e nem mesmo ter contato com a história. Neste momento aflora as características pessoais de algo ou alguém que precisa ser visto.

Em algumas literaturas Hellinger (2019, 2022) e Hellinger (2019b) colocam que parece um processo mediúnico de incorporação que são conduzidos por um outro poder ou de ancoragem a exposição ao campo morfogenético ao ponto de os representantes terem os atitudes e vozes de quem representam. Com o cosmic power

associado e praticado de forma regular, durante a constelação familiar há o alcance da clareza, clariaudiência e sabedoria, além da liberdade interior para atingir a sincronia cósmica (HELLINGER, 2022a, p. 41). Hellinger afirma que com o cosmic power uma nova dimensão se abriu (HELLINGER, 2019) e fala de espírito no sentido de um poder superior que deve ser visto como a causa de tudo. Todos que participam de uma constelação estão ligados a um campo de força maior (Hellinger, 2019a).

O constelador precisa ter a postura fenomenológica para permitir o emergir das dinâmicas que precisam ser vistas e curadas. E, em vários livros de Bert Hellinger há relatos de experiências com a constelação familiar e em especial no último livro de Sophie Hellinger (2022b) há os vários relatos de casos atendidos com resultado de sucesso, assim como autores como Hausner (2010), Bertate (2021), entre outros.

No atendimento individual podemos utilizar de âncoras (papeis, objetos) e atribuir um nome ou um lugar para os objetos que serão os representantes. Ainda pode ser realizada com bonecos (GONÇALVES et al., 2013), na água e algumas pessoas o fazem com animais. Sem literatura o suficiente neste momento para discorrer como o fazem.

Conclusão

A constelação familiar permite ao constelador viver o momento presente em sua plenitude, por meio da postura fenomenológica, que utiliza a presença em 100% do tempo.

A força da vida está na permanência em nosso lugar correto. Lembrando que é necessário ter a consciência de que a vida é dinâmica e, a cada momento posso ocupar um lugar diferente, dependente da minha ordem de chegada, quando estou na família, no trabalho, na empresa e nas minhas relações pessoais e profissionais. Porém, o primeiro lugar que ocupamos é no nosso seio familiar, e esta situação repercute em todos os âmbitos da vida. A ligação com a mãe e o pai são decisivos para o sucesso com paz e tranquilidade. Para um constelador é importante o ato de estar em 100% no presente, adotar a postura fenomenológica, entender os níveis de consciência e reconhecer as ordens do amor, do sucesso e da ajuda e deixar a energia emergente no campo fluir. Recomendamos evitar ler frases isoladas dos livros sobre a constelação familiar para evitar equívocos de interpretação. Então, voltamos a afirmar: o essencial é simples.

Referências

BERTATE, Renato Shaan, Saúde um novo olhar constelações familiares vol. 1: o novo conhecimento. Brasília: Editora Tagore. 2021. 383p.

BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de atenção a saúde. Glossário Temático: Práticas Integrativas e complementares em Saúde. Brasília- DF, Ministério da Saúde, 2018.159p.

GONÇALVEZ, Marusa Helena da Graça et al., Constelações familiares com bonecos e os elos de amor que vinculam aos ancestrais. Curitiba: Juruá, 2013.

HAUSNER, Stephan. Constelações familiares e o caminho da cura: a abordagem da doença sob a perspectiva de uma medicina integral. São Paulo: Cultrix, 2010.

HELLINGER, Bert. No centro sentimos leveza: Conferências e histórias. 2ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 166p.

HELLINGER, Bert. Conflito e Paz. São Paulo: Cultrix, 2007. 152p.

HELLINGER, Bert. A fonte não precisa perguntar pelo caminho. Um livro de consulta. 3ª ed. Goiânia: Ed. Atman, 2012. 312p.

HELLINGER, Bert. Ordens da ajuda. Goiás: Atma, 2013. 248p.

HELLINGER, Bert. O amor do espírito na Hellinger sciencia®. Patos de Minas: Ed. Atman, 3ª ed. 2015, 224p.

HELLINGER, Bert Liberados somos concluídos. 3ª ed. Editora Atman. 2018. 166p

HELLINGER, Sophie. A Própria Felicidade: fundamentos da constelação familiar. V.1, 2ª ed. Brasília: Trampolim, 2019a 182p.

HELLINGER, Sophie. A Própria Felicidade. v. 2. Brasília: Trampolim, 2019b. 166p.

HELLINGER Bert. Êxito na vida e êxito na profissão: como ambos podem ter sucesso juntas. 5ª ed. Belo Horizonte: Atman, 2019 80p.

HELLINGER, Bert. Bert Hellinger: Meu Trabalho, Minha vida. A autobiografia do Criador da Constelação Familiar – São Paulo: Cultrix, 2020. 295p.

HELLINGER, Bert. Histórias de Sucesso na empresa e na profissão – Belo Horizonte: Atman, 2017. 160p.

HELLINGER Sophie. Cosmic power/Sophie Hellinger, Brasília: Tagore Ed, 2022a. 264p.

HELLINGER Sophie. Constelação familiar e ciência, Brasília: Tagore Ed, 2022b. 259p

MARTINS, Eleine A P, CARVALHO, Amauri Moreira. A prática da enfermagem sob o olhar da constelação familiar – familienstellen. International Journal of Development Research, 2023, (01), 61155-61159

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH). National Center for Complementary and integrative health. US Department of Health and humans services. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>. Acesso em 20.01.2023

PETRUZELLA, Rachel Maynard Salgado, SOCORRO Tatiana de Carvalho. A aplicabilidade da constelação familiar sistêmica na resolução de conflitos nas varas de família. Revista científica da FASETE, 2019.1 pg-165 -180

RAMOS, Dagmar. Constelações familiares na medicina: o que as histórias revelam sobre sintomas, doenças e cura. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix, 2020

STORCH, Sami. A origem do direito sistêmico. Brasília: Editora Tagore. 328p.

Sobre a autora:

Eleine Aparecida Penha Martins

Enfermeira. Doutora pela escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Líder do grupo de pesquisa cadastrado no diretório do CNPQ: Núcleo de estudos em espiritualidade, práticas integrativas e complementares e conscienciologia (NEEPICS) desde 2018 e na Grupo de Pesquisa Urgência e Emergência e Paciente Crítico (GUEPC) desde 2011.

Professora do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

E-mail: eleinemartins@uel.br

Graduada em enfermagem pela UEL, Mestrado pela Escola de Enfermagem da USP/SP e doutorado na EERP/USP. Docente da UEL, atua na graduação, programa de residência em enfermagem, mestrado e doutorado, na área de urgência e emergência e paciente crítico e nas práticas integrativas e complementares à saúde. Formação em Reiki níveis: I, II e III; Parapsicologia e Terapias holísticas (regressão de memória, parapsicologia científica, psicoterapia holística, reprogramação mental, relaxamento mental, a mente humana, hipnose, radiestesia, radiônica, comportamento humano, cromoterapia, meditação, aconselhamento, ética terapêutica, Programação neurolinguística, Florais de Bach; Terapia com cristais; Terapeuta e ativista quântico; Auriculoterapia e acupuntura auricular; especialização em Acupuntura; Especialização em Constelação familiar Hellinger; Facilitadora do Familienstellen e Formação em professora de meditação. Curso avançado multiprofissional em cuidados paliativo na Casa do Cuidar.

CROMOTERAPIA

Carlos Tadeu Portugal Costa

Cassia Regina Alves Pereira

“Observando a Natureza e observando-se na Natureza, o homem amplia infinitamente suas já conhecidas capacidades de obras maravilhosas.”

(Autoria Própria)

Conceito de Cromoterapia

Entendemos como cromoterapia o ramo da medicina complementar q utiliza a aplicação do espectro da luz visível colorida (comprimento de onda) em regiões do corpo para equilíbrio energético, podendo tratar alterações psíquicas e biológicas. (VALCAPELLI, 1997). Segundo Azeemi et al. (2019), a cromoterapia é um método de tratamento que utiliza o espectro visível (cores) da radiação eletromagnética para curar doenças. É um conceito centenário usado com sucesso ao longo dos anos para curar várias doenças (RADELJAK et al., 2008).

Origem e História da Cromoterapia

Em templos como Karnak e Tebas e na grande cidade de Heliópolis, ambos no antigo Egito, foram encontradas salas coloridas, as quais sugerem que o uso das cores se relacionava ao tratamento de problemas de saúde. Muitos povos antigos, como egípcios, indianos e chineses, já usufruíam da técnica da água energizada e da água solarizada. Nestes casos, utilizavam pedras coloridas porque acreditava-se que continham energia concentradas em suas cores. Ou seja, as principais aplicações das cores pelos povos antigos eram: o reestabelecimento da saúde, do equilíbrio emocional e da elevação espiritual (VALCAPELLI, 1997).

Dois nomes muito importantes e contribuintes para com a cromoterapia foram Leonardo da Vinci e Isaac Newton (AZEEMI; RAZA, 2005).

Da Vinci, grande pintor e pesquisador italiano que viveu no final do século XV, conhecido por ser um grande observador dos fenômenos naturais, produziu o tratado sobre a pintura (título original – Trattato della pittura), o qual traz 3 questões fundamentais. A primeira: a cor é resultante da luz que incide sobre o corpo; a segunda: o branco e o preto não são cores, mas sim a mistura e a ausência das cores, respectivamente; e a terceira: a cor é um fenômeno subjetivo porque depende do olho que observa o objeto (GASPAR, 2002; AZEEMI; RAZA, 2005).

Isaac Newton rascunha em 1669 pela primeira vez a teoria das cores, que observa o fenômeno da decomposição da luz branca em prismas e demonstra que ela não é simples ou homogênea como acreditam os estudos até o momento. Esta decomposição nada mais é do que a ação de fazer passar a luz comum por um cristal em forma de prisma, reproduzindo assim o arco-íris. Comprovando, dessa forma, a teoria de Da Vinci (GASPAR, 2002).

No ano de 1970, o fundador da cromoterapia, Peter Mandel, criou a escala de cromoterapia atual. Observou que a aplicação de determinada luz colorida sobre um local a ser tratado atua enviando informações ao cérebro, reestabelecendo o fluxo de comunicação entre os órgãos de produção endócrina. Este retorno envolve cérebro, glândulas e local afetado. Assim, todo o fluxo de informações antes incompleto ou em desequilíbrio, por alguma enfermidade encontra novamente a harmonia. Essa teoria foi deduzida de maneira empírica após a aplicação da cromopuntura – correlação entre a acupuntura e a cromoterapia - em centenas de pacientes (VALCAPELLI, 2017).

Na década de 80, o biofísico alemão Fritz Albert Popp comprovou que todas as células do corpo emitem e captam alguma quantidade de energia luminosa (AZEEMI; RAZA, 2005).

A cromoterapia aparece na relação das principais terapias complementares reconhecida pela OMS desde 1976. No Brasil, esse tipo de terapia não é aceito pelo Conselho Federal de Medicina, por conta de suas comprovações científicas de atuação não serem reconhecidas por ele. Contudo, é aprovado e oferecido pelo SUS, fazendo parte também do PNPIC (Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) (VALCAPELLI, 2017; BRASIL, 2018).

As Cores

Cores primárias, secundárias, terciárias, complementares, luminosidade e temperatura da cor são conceitos importantes na cromoterapia (GIMBEL, 1980; COCILOVO, 1999; GASPAR, 2002).

- Cores primárias: assim chamadas por não poderem decompor de outras cores. São três: amarelo, azul (ciano) e vermelho (magenta) (GERBER, 1992; NUNES, 1998).
- Cores secundárias: o resultado da combinação das cores primárias, duas a duas, na mesma quantidade. São três: verde, laranja e violeta (GERBER, 1992; NUNES, 1998).
- Cores terciárias: o resultado da combinação das cores primárias com uma das cores secundárias. São seis: vermelho-arroxeadado, vermelho-alaranjado, amarelo-esverdeado, amarelo-alaranjado, azul-arroxeadado e azul-esverdeado (GERBER, 1992; NUNES, 1998).
- Cores complementares: aquelas posicionadas nas extremidades opostas do círculo cromático (GERBER, 1992; NUNES, 1998).

- Luminosidade: determina quão clara ou escura é a cor. Ou, também, a quantidade de luz absorvida ou refletida pela cor (GASPAR, 2002).
- Temperatura aparente da cor: classifica as cores como quentes, neutras ou frias. Pode interferir nas sensações sentidas, como conforto ou alerta, por exemplo (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Aplicações da Cromoterapia

Nosso corpo relaciona-se com o ambiente, recebendo estímulos constantes através das cores e luzes, da mesma forma que ocorre com todos os demais seres vivos. Como seres humanos, somos muito afetados pelas cores, seja em nossa energia vital, seja em nossas emoções. A presença em ambientes naturais, como mata e bosque, traz para nós a sensação de bem-estar, paz e calma, que não se deve apenas ao ar puro que experimentamos, mas também à influência da cor verde exercida sobre nós (AZEEMI; RAZA, 2005; RADELJAK et al., 2008; VALCAPELLI, 2017).

Podemos afirmar que as cores nos afetam não apenas visualmente, mas também nossos campos de energia. Mesmo pessoas com deficiência visual parcial ou total são afetadas pelas cores. Algumas pesquisas relatam que essas pessoas sentem o vermelho como quente, áspero e dinâmico, enquanto o azul, como macio e fresco (AZEEMI; RAZA, 2005; RADELJAK et al., 2008; VALCAPELLI, 2017; SAKLECHA et al., 2022).

As cores não possuem capacidade de reviver células já mortas, mas podem restaurar e possivelmente recuperar células debilitadas, a partir do estímulo de sua capacidade regenerativa, alterando e reestabelecendo a frequência de saúde e harmonia. Lembra-se de que cromoterapia não dispensa a indicação, o diagnóstico e o devido acompanhamento de um profissional de saúde (AZEEMI; RAZA, 2005; VALCAPELLI, 2007; SAKLECHA et al., 2022).

Apresenta-se a seguir possíveis formas de aplicação da cromoterapia.

- **Banho de Luz**

No Banho de luz, utiliza-se as 7 cores do arco-íris aplicadas sobre vegetais, animais ou pessoas com o objetivo de restaurar o equilíbrio físico ou emocional através do fortalecimento do chakra que se apresentar debilitado (BRENNAM, 1987; VALCAPELLI, 2017).

Banha-se a região com uma lâmpada de led ou lanterna coloridas de feixe voltado unicamente para essa área a ser tratada, podendo ser usado leves movimentos no processo. A distância da fonte de luz para o paciente deve ser de até 20 centímetros, respeitando sua potência para que não seja causada lesões por calor (VALCAPELLI, 2017).

A quantidade das cores varia conforme a necessidade, normalmente envolvendo o mínimo de 2 (duas) e o máximo de 4 (quatro) em uma única sessão. A projeção simultânea de mais de uma cor resultará na ação complementar dessas cores isoladas; ou seja: não se gera novas tonalidades com a mistura de cores. Se necessária a utilização de efeitos relacionados a cores secundárias ou complementares, elas devem ser geradas diretamente na fonte (VALCAPELLI, 2017).

Sobre a recuperação do paciente, a prevenção é o melhor método a ser utilizado para mantê-lo saudável. Evita-se a perda do equilíbrio, potencializando ou energizando as regiões do corpo mais utilizadas e detendo a manifestação de possíveis doenças (VALCAPELLI, 2017).

Abaixo vemos um quadro de desequilíbrios, suas respectivas cores para tratamento, correlacionadas com as siglas a seguir, e o tempo necessário por aplicação. Siglas: Am = amarelo; Az = azul; Ig= índigo; La = laranja; Ro = rosa; Ve = verde; Vr = vermelho; e Vi = violeta (VALCAPELLI, 2017).

- Água solarizada

Para o método de água solarizada, é necessário um recipiente de vidro colorido. Expõe-se esse recipiente de cor translúcida à luz do sol. O tempo necessário para que a vibração da cor impregne nas moléculas de água é de: 30 minutos em dias de sol forte; 8 horas em dias de tempo nublado; e 12 horas em dias chuvosos (VALCAPELLI, 2017).

Feito isso, está pronta para o consumo, podendo ser colocada em outros recipientes e também refrigerada. Deve-se beber ao menos 1 copo por dia. Este método é indicado principalmente para distúrbios gastrointestinais e/ou circulatórios (VALCAPELLI, 2017).

As cores e suas indicações

Vermelho

- Efeitos Orgânicos

Por ser rica em raios caloríficos, aquece e estimula a circulação, levando calor às artérias. Tem a capacidade de aumentar a pressão sanguínea e o ritmo respiratório. Estimula a decomposição do sal ferroso, aumentando os eritrócitos. Aumenta a atividade nervosa e glandular, produzindo contração da musculatura estriada (músculos voluntários) (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- **Indicações**

Em caso de: alterações cardiovasculares não congestivas, pressão baixa, insuficiência cardíaca, anemia, fraqueza nervosa, convalescença, impotência sexual, frigidez, tristeza, depressão, melancolia, desinteresse pela vida, excesso de práticas psíquicas (yoga, meditação, etc), doenças musculares atroficas, paralisias musculares, preguiça e doenças debilitantes em geral (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- **Contraindicações**

Em caso de: todas as formas de loucura, ira, nervosismo, neurastenia, tensão emocional excessiva, pressão alta, exaltação sexual, tensão pré-menstrual, paranoias, esquizofrenias com agitação, fase maníaca do distúrbio afetivo bipolar (mais útil na fase depressiva), câibras musculares, doenças do fígado e da vesícula biliar, insônia e excitabilidade exagerada (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Azul

- **Efeitos orgânicos**

Relaxa o corpo e regula o desenvolvimento harmonioso dos tecidos e da estrutura orgânica, sendo considerado um grande regenerador celular. A cor azul produz efeito calmante, refrescante, absorvente e analgésico em todos os órgãos e sistemas do corpo humano. Possui intensa ação purificadora, que limpa as impurezas do organismo com seu efeito antisséptico, bactericida e estabilizador. Gera redução do pulso, redução leve da frequência cardíaca, diminuição do ritmo respiratório, redução da pressão sanguínea, inibição da descarga de adrenalina e efeito hipnótico no sistema nervoso central, de forma que o organismo tenda a recarregar-se energeticamente (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- **Indicações**

Em caso de: estresse, estafa, convalescença, pressão alta, obesidade, taquicardia, palpitação, nervosismo, insônia, ira, irritabilidade, temperamento agressivo, ciúme, medo, insegurança, ansiedade, alcoolismo, convulsões, esgotamento nervoso, agitação psicomotora e neuroses (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- **Contraindicações**

O azul não possui contraindicações dignas de destaque, exceto a casos de coma, de estupor e de medos muito acentuados ou fobias (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Amarelo

- **Efeitos orgânicos**

O amarelo é absorvido através do plexo solar, que é um centro muito importante para todo o sistema nervoso e para o controle do processo digestório. Provoca o aumento da produção de sucos gástricos, responsáveis por uma boa digestão, e estimula o processo assimilativo do organismo. Sendo a mistura da luz vermelha com a luz verde, contém metade da força estimulante do vermelho e metade da capacidade regenerativa do verde. Tem capacidade tanto de estimular como de restaurar as células debilitadas (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

Utiliza-se essa cor como purificador de todo o sistema, contudo é particularmente na pele que se manifestam suas propriedades curativas, como: estímulo da regeneração dos tecidos, aceleração do processo de cicatrização, amenização de cicatrizes e manchas, e também eliminação das impurezas dos poros. Recomenda-se nos casos de pápulas, pústulas, comedões e furúnculos (GASPAR, 2002).

Além disso, o amarelo tem ação antidistônica, estabelecendo certo grau de equilíbrio entre o sistema nervoso simpático e o parassimpático. Como o vermelho, o amarelo também tende a elevar um pouco a pressão sanguínea, contudo, com menos intensidade. Reduz levemente a produção de ácidos gástricos (GASPAR, 2002).

- **Indicações**

Em caso de: manias, ideias fixas, preocupação excessiva, fixação em aspectos materiais da vida como lucros, acúmulos de bens, etc., estafa mental, excesso de senso de responsabilidade, fraqueza com pressão baixa, úlceras gástrica e duodenal, choro excessivo e constante, falta de confiança no futuro, diarreias nervosas, colites nervosas, doenças psicossomáticas em geral (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- **Contraindicações**

Em caso de: imaturidade, infantilidade, doenças mentais, oligofrenia (demência), síndrome de Down, crianças com distúrbios de fala, mau desenvolvimento psicomotor, impuberdade psíquica, sugestionabilidade, pressão alta, atraso menstrual, falta de memória, baixa capacidade de concentração e de cálculo (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Verde

- Efeitos orgânicos

É uma combinação do azul e do amarelo. Efeito de leve contração dos músculos involuntários (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- Indicações

Em caso de: depressão crônica, complexo de inferioridade, psicose maníaco-depressiva, personalidade fraca, medo do fracasso, falta de motivação, autoestima diminuída, prisão de ventre, falta de memória e crianças desatentas (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- Contraindicações

Em caso de: hipocondria, sadismo, masoquismo, megalomania, úlcera gástrica e duodenal (úlceras pépticas), cólicas menstruais, espasmos viscerais e diarreias dolorosas (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Laranja

- Efeitos orgânicos

É uma combinação do vermelho e do amarelo. Seu poder de cura é maior que as das duas cores isoladamente. Possui efeito antiespasmódico, sendo, portanto, aplicado a casos de espasmos musculares e câibras. Fortalece e expande os pulmões; tonifica o estômago e ajuda no metabolismo do cálcio. Ameniza as perturbações emocionais que afetam o estômago, porém pode causar vômito. É responsável pelo

estímulo das glândulas mamárias, aumentando a produção de leite após o parto (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- Indicações

Em caso de: espasmos musculares e câibras de qualquer natureza (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- Contraindicações

Em caso de: abuso de poder ou/e egocentrismo (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Índigo

- Efeitos orgânicos

Induz a anestesia local e às vezes geral, pode provocar até total insensibilidade à dor. Essa cor é eficaz no tratamento das doenças que afetam os órgãos da percepção: olhos, orelhas e nariz (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- Indicações

As mesmas da cor azul (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- Contraindicações

Nenhuma (GASPAR, 2002).

Turquesa

- Efeitos orgânicos

O turquesa tem a capacidade de acalmar e é uma excelente cor para utilizar em casos de tensão nervosa e combater infecções (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- Indicações

As mesmas da cor azul (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- Contraindicações

Nenhuma (GASPAR, 2002).

Preto

- Indicações

O preto tem o efeito de isolar, por isso, muitas vezes é usado antes de uma aplicação específica, para neutralizar o paciente da influência de outras cores. Também pode funcionar como antídoto ao efeito indesejável de uma determinada cor. Tem ainda o curioso efeito de aumentar a capacidade de ação de outras cores, quando é aplicado simultaneamente a essas cores. Nesses casos, a técnica de aplicação da cor preta é simplesmente a permanência da pessoa num aposento escuro e totalmente sem luz (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- Contraindicações

Em caso de tristeza excessiva, depressão, melancolia, medo, senilidade e paranoia. Por isso, jamais deveria ser usado por pessoas que acabaram de perder um ente querido - o amarelo seria mais indicado. A tradição do uso do preto como a cor do luto era comum entre sacerdotes somente durante cerimônias fúnebres (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Branco

- Efeitos orgânicos

O branco envolve todas as cores, sendo as vibrações dessa cor as mais rápidas. Seus efeitos em nosso ser são a da divina realização, humildade e imaginação. É a energia e o poder para transformar o centro da imaginação. O branco nos leva na direção da harmonia e do amor divino (NUNES, 1998; GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Violeta

- Efeitos orgânicos

O violeta age em diversos órgãos, produzindo equilíbrio entre o sistema simpático e parassimpático. Detém o crescimento de tumores. O uso dessa cor é eficaz em pessoas nervosas e excitadas. Nelas, o efeito é rápido e visível (NUNES, 1998; GASPAR, 2002).

- Indicações

Carência afetiva, autodestruição, crises de personalidade, materialismo excessivo, remorso e sentimento acentuado de culpa (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

- Contraindicações

Mistificação, manias, psicoses, vícios de drogas, alcoolismo, hipoglicemia, fanatismo e dispersão mental (GASPAR, 2002; RADELJAK et al., 2008).

Cromoterapia: onde aprender?

A cromoterapia é um conhecimento bastante prático. Isso significa que é necessário, além do estudo, o treino das técnicas para desbloquear toda a extensão da

terapia. Ela pode ser aprendida através de cursos específicos de imediata aplicação ou através do cronograma de outras terapias integrativas relacionadas. Existe uma considerável literatura à disposição.

É fundamental ressaltar que se deve utilizar lanterna própria para cromoterapia e cromopuntura, que pode ser adquirida nos mais variados modelos.

Referências

AZEEMI, STY, RAFIQ HM, ISMAIL I, KAZMI SR, AZEEMI A. The mechanistic basis of chromotherapy: Current knowledge and future perspectives. *Complement Ther Med.* n. 46, p. 217-222, out., 2019.

BRASIL. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde - Glossário Temático. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossariotematico.pdf> Acesso em 02 nov 2022.

BRENNAM, B. A.. Mãos de Luz. 16 ed., São Paulo: Editora Pensamento, 1987.

COCILOVO, A. Colored light therapy: overview of its history, theory, recent developments and clinical applications combined with acupuncture. *Am J Acupunct.* v. 27, n.1-2, p. 71-83, 1999.

GASPAR, E. D.. Cromoterapia: cores para a vida e para a saúde. 2 ed., Rio de Janeiro: Coleção Círculo das Fadas, 2002.

GERBER, R.. Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro. 1 ed., São Paulo: Cultrix, 1992.

GIMBEL, Theo. A Energia Curativa Através das Cores, 1ª edição. São Paulo: Editora Pensamento, 1991.

LIMA JUNIOR, A. Cromoterapia: 1 ed., Sorocaba: Estudando Cromoterapia, 2010. volume 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Técnicas da medicina tradicional, como homeopatia, meditação e yoga podem ser encontradas no SUS. Disponível em: <https://www.progresso.com.br/sociedade/saude/tecnicas-da-medicina-tradicional-como-homeopatia-meditacao-e-yoga/394617/>. Acesso em: 29/08/2022

NUNES, R. Dinâmica da Cromoterapia. 5 ed., Brasília: Linha Gráfica Editora, 1998.

RADELJAK S, ZARKOVIĆ-PALIJAN T, KOVACEVIĆ D, KOVAC M. Chromotherapy in the regulation of neurohormonal balance in human brain - complementary application in modern psychiatric treatment. *Coll Antropol.* n. 32, suppl 2, p. 185-8, out., 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19138024/> Acesso em 02 no. 2022.

ROUSSEAU, R-L.. A Linguagem das Cores. 1 ed., São Paulo: Pensamento, 1991.

SAKLECHA P, KISHAN KV, SAVALIYA K. Effect of chromotherapy on the anxiety level in the patients undergoing endodontic treatment: A randomized clinical study. *J Conserv Dent.*; v.5, n. 4, p. 398-402, Jul-Aug, 2022

VALCAPELLI. Cromoterapia: a cor e você. 1 ed., São Paulo: Roca, 1997.

VALCAPELLI. Cromoterapia: o segredo das cores. 1 ed., São Paulo: Vida & Consciência, 2017.

Sobre os autores:

Carlos Tadeu Portugal Costa

Pós graduado em Medicina Chinesa e Acupuntura

Médico Veterinário com formação em Cromoterapia, Metafísica da Saúde

tadeuportugal@gmail.com

Reikiano Nível 2

Terapeuta Integrativo

Cassia Regina Alves Pereira

Doutora em Ciências da Saúde Pública e Meio Ambiente (ENSP/FIOCRUZ)

Membro Titular no Instituto Hahnemanniano do Brasil

crapvet@gmail.com

Médica Veterinária com formação em Homeopatia, Acupuntura, Sistemas Florais atuante na área acadêmica e em produção animal orgânica.

DANÇAS CIRCULARES: UM ESTÍMULO AO CORPO FÍSICO E EMOCIONAL

Yolanda Flores e Silva

Uma conversa inicial sobre as PICS e as Danças Circulares

Desde 2006, as práticas integrativas e complementares (PICs) foram inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), como ações a serem realizadas com pessoas enfermas ou com problemas crônicos de saúde, tendo como fundamentação a abordagem integral junto a estas em seus processos saúde/doença. Associar ou organizar práticas terapêuticas não biomédicas como as Danças Circulares (DC), é algo inovador que envolve através de mecanismos naturais, estimular o corpo físico e emocional das pessoas para promover, recuperar e manter a saúde, bem como prevenir agravos através de cuidados terapêuticos seguros que sejam de baixo custo (BRASIL, 2017; SILVA et al., 2022).

A inclusão dessas práticas no SUS e a possibilidade que o atendimento seja realizado em unidades de saúde públicas em qualquer cidade e bairros, abre espaço para que se repense o modelo biomédico que por vezes se pauta em um olhar sobre a doença e não nas pessoas, sua saúde e bem-estar (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2017). A inclusão das DC enquanto uma PIC no SUS é recente e para muitos profissionais ainda é algo exótico enquanto terapêutica. A DC é uma atividade realizada em grupo seguindo músicas e sons de tradição folclórica de diferentes países e culturas. Para os terapeutas, a DC se caracteriza pela indução a liberação corporal (mente e corpo) através de movimentos e gestualidade, criando mecanismos físico-químicos que parecem auxiliar as pessoas na prevenção de doenças e promoção da saúde (DUBNER, 2015; BRASIL, 2017).

Nos tópicos a seguir, se tenta mostrar o que são as DC e a importância de se conhecer um pouco mais sobre elas, de modo que se possa compreender a sua importância enquanto uma prática integrativa e complementar voltada principalmente para a promoção da saúde.

O que são Danças Circulares (DC)

Para escrever sobre as DC, é importante situar o pioneirismo do bailarino alemão Bernhard Wosien, o pai das DC. Estas danças, também recebem a denominação de 'Danças Circulares Sagradas'(DCS) e são assim conhecidas fora do universo das investigações relacionadas a saúde. Wosien ao recuperar as danças de

roda de distintos países por onde circulou ensinando e dançando, criou coreografias que transcendiam o que ele aprendeu nas danças clássicas de sua formação básica. Em 1976, em função de seu envolvimento com as danças do mundo, foi convidado a fazer um trabalho de dança na Comunidade de Findhorn no norte da Escócia, lugar que o ajudou a divulgar o movimento das DCS, criando uma rede internacional de meditação através da dança (WOSIEN, 2000).

Wosien (2000) considera que as DCS se tornaram um movimento cultural que abarca todo o planeta, visto que as músicas e danças de qualquer cultura podem ser utilizadas como repertórios das rodas de danças. Para ele é possível utilizar as coreografias já existentes ou a partir delas criar outras coreografias, conforme o objetivo e as especificidades do grupo formado. Ao participar da atividade, as pessoas podem dançar distintas coreografias, sejam elas relacionadas as tradições religiosas ou folclóricas do território onde a roda está se realizando. A inspiração para a existência de uma roda de danças ocorre pela intencionalidade do grupo com seu repertório de simbologias, significados e representações socioculturais.

Fernandez (2018) afirma que Wosien ao estudar as danças circulares, o fez segundo referências sagradas e linguagens simbólicas relacionadas as músicas e coreografias das diferentes culturas que visitava. Para ele, nesse modelo de dança não existem hierarquias, ainda que as pessoas sigam um focalizador (pessoa que auxilia o processo da roda de danças) e estas possam acontecer em escolas, universidades, clubes, unidades de saúde, hotéis ou outros estabelecimentos, não há um chefe ou patrão. A roda de dança se forma a partir das intencionalidades de um dado grupo, suas necessidades e desejos. Enquanto uma manifestação ritualística de um grupo [a dança é coletiva], essas expressam o que chamam de dimensão sagrada, a partir da conexão das pessoas com a natureza. Não é uma dança espetáculo para ser aplaudida por espectadores, é acima de tudo uma dança 'privada' de um grupo que anseia por aprendizados relativos ao seu corpo, mente e espírito (COUTO, 2008). Para Ostetto (2010, p. 46):

As danças circulares sagradas, tal como hoje as conhecemos, trazem em suas raízes esse passado longínquo da dança dos povos. Reencontram e recuperam a dança como comunhão e transcendência, uma prática comunitária e gregária. Como no passado, qualquer pessoa pode participar dessa dança, basta entrar na roda, dar as mãos e se abrir para o encontro além da palavra. Como o próprio nome indica, as danças circulares sagradas são práticas de dança desenvolvidas em círculo, envolvendo simbologias, tradição e cultura de diferentes povos. Na roda, de mãos dadas, voltada para um centro comum, ao ritmo de suas músicas, nos passos e nos gestos desenhados no movimento coletivo, as marcas de tradições diversas são dançadas e acolhidas, são vivificadas no círculo.

As danças não são patrimônios de uma única cultura e seria praticamente impossível apresentar e/ou relacionar as origens das danças, músicas e mesmo as coreografias utilizadas, visto que são dos mais diversos povos e tradições e cabe aos

focalizadores falar sobre estas danças e orientar os movimentos e ritmos das rodas. Ainda segundo Ostetto (idem) as DC fazem parte de práticas e saberes que a ciência clássica nega e não considera como algo que possa auxiliar as pessoas. Para ela, no modelo acadêmico, onde se classificam e controlam objetivos e resultados, os investigadores se sentem perdidos e por vezes sem compreender que a dança circular nasceu para criar linguagens e formas de comunicação, inclusive terapêuticas, com outras regras e intenções. Para Wachekowski e colaboradores (2020, p. 924) a:

Dança circular ou danças circulares sagradas, inspiradas em culturas de várias partes do mundo, é uma prática corporal que, através da dança de roda, é capaz de incitar o auxílio mútuo e a igualdade, promovendo o bem-estar físico e mental (...) ela é praticada em grupo e em círculo, onde os participantes seguem uma coreografa, cooperando mutuamente, em busca da consciência do todo, não existindo hierarquia. Com isso, trabalha-se o equilíbrio entre a pessoa e o coletivo; os participantes percebem que estão amparados e reconhecem e entendem a importância da presença de cada um do grupo. Contudo, para que a dança circular aconteça de forma correta, é necessário um focalizador. Ele é quem mantém a ordem física e centraliza a ideia, para que ela possa ser repassada com clareza e calma ao grupo, além de fazer a conexão com energias sutis que dão apoio a todos.

A DC tem uma série de simbologias que ao longo das coreografias, podem representar força, luz e energias conforme a origem da música e dos símbolos que estas representam. Segundo os focalizadores, as DC podem auxiliar na articulação entre a mente e o corpo e com isso promover o relaxamento e a concentração em elementos corporais ou mentais que a pessoa precisa para se sentir bem. Para os profissionais da saúde que aceitam e estudam esta prática, a DC manifesta uma oposição aos tratamentos de base biomédica convencional, porque suas atividades levam em consideração os aspectos culturais, sociais e psicológicos que podem atuar na promoção, proteção e prevenção (FRISON; CHIMO; GABRIEL, 2014; BRASIL, 2017).

No Brasil a DC ainda é pouco utilizada no SUS e ainda são poucas as iniciativas oriundas de ações dos profissionais que atuam em Unidades Básicas. Em sua maioria se vêem experiências nascidas a partir de estágios profissionais realizados por grupos de docentes da Enfermagem, Psicologia e Educação Física que unem a prática técnica específica de sua área de atuação com a DC, normalmente com usuárias (os) dos serviços de saúde que fazem parte de grupos formados para orientações relativas a problemas que os fizeram procurar estes serviços. Também são comuns ações em asilos de idosos, escolas e centros comunitários. Contudo, a prática das DC em boa parte do país ainda é de natureza privada (FARIAS; MARINHO, 2019).

Carneiro e D'Ávila (2019) consideram que na dança circular não é a técnica o fator ou elemento mais importante a se considerar. Para as pesquisadoras, o sentimento de pertencimento e espírito comunitário é o que possibilita aos envolvidos e participantes da dança, criarem uma consciência de seus corpos físico e emocional e a partir desse contexto, conseguem trabalhar a concentração e a memória. Mas, acima de tudo, estas consideram que a DC pode ser uma estratégia e/ou elemento capaz de

contribuir nos processos educativos mais integrados, o que na área da saúde pode ser algo importante para a criação de laços de confiança entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde.

As Danças Circulares como recurso terapêutico

No SUS, as DC são utilizadas como forma de humanizar os serviços e em particular aqueles considerados mais invasivos e dolorosos. Contudo, para além de ações com propósitos de amenizar o medo que por vezes o usuário de saúde sente em unidades básicas e/ou hospitais, as rodas de danças podem contribuir também na prevenção, no tratamento e como veículo de promoção da saúde. Para Ostetto (2009), a DC pode ser um instrumento eficaz no desenvolvimento de capacidades como o equilíbrio e a coordenação motora. Pode ser muito eficiente no aspecto cognitivo porque orienta formas de manter a concentração, memorização, lateralidade e o ritmo. Também é valorizado os aspectos espiritual, psicológico e social, algo importante para pessoas que precisam sentir-se acolhidas em determinados espaços e/ou momentos de suas vidas. Para além do enfoque relacionado a saúde física, a DC convida as pessoas a refletirem sobre o sagrado, a beleza, o planeta, entre outras temáticas.

Para que se possa trabalhar aspectos que remetam a saúde, a DC deve acima de tudo ser algo a ser realizado por prazer e sem pressão. O acolhimento e o incentivo de se criar um ambiente em que as pessoas se sintam bem e sem receios se faz para além da dança. Sempre após as danças, se criam espaços de compartilhamento dos pensamentos e das emoções. Ali também as pessoas revelam o que gradativamente se modifica no corpo e na mente com relação aos problemas de saúde. Para Furlan e Campos (2010), os participantes aos poucos compreendem que não estão nas rodas de dança para mostrar performances, o propósito é ter um lugar onde possam se sentir amorosamente acolhidos. Como bem afirmava Wosien (2002, p. 11):

Como um meio de ensinar, é insuperável em treinar a consciência, a percepção de si mesmo e a relação com o espaço. Constitui uma escola de conhecimento que ensina o aspecto transcendental das coisas, e o que significa conhecer a nós mesmos.

Sentir, portanto, a DC a partir desse olhar é percebê-la como um canal e instrumento da promoção do cuidado integral. Isso significa se colocar como uma pessoa proativa nos cuidados e observação de si, selecionando o que lhe faz bem, o que leva a uma autonomia nas escolhas que faz para viver melhor e mais saudável. Esta é a aposta que se faz quando se trabalha com as PICs e as DC, nesse sentido, abrem espaço para as energias curadoras dos corpos em desequilíbrios (WOSIEN, 2000).

Estudos realizados por Farias e Marinho (2019) mostram que entre os usuários de unidades básicas de saúde é percebido o aumento do autocuidado e da autonomia frente a ações preventivas em detrimento de intervenções ou solicitações seguidas de médicas(os) e enfermeiras(os). Também é comum referirem um aumento da disposição para o trabalho e animação para ficar junto a amigos e familiares, mesmo quando se sentem tristes por conta de alguns exames e tratamentos que necessitam realizar.

Também são citadas melhorias relativas ao aspecto emocional, com o desaparecimento de medos e inseguranças em função da depressão. No aspecto da comunicação e experiências espirituais [fora do contexto religioso com foco em igrejas], muitos usuários (as) sentem bem-estar geral e humor, redução do sentimento de solidão, mais disposição física e mental, e menos tensão quando precisam enfrentar problemas ligados ao cotidiano. Os cuidadores de pessoas com Alzheimer, pessoas idosas e mulheres mastectomizadas relatam também estes benefícios em diversos estudos (HAMILL; SMITH; RÖHRICHT, 2012; CORAZZA, 2014; FRISON; SHIMO; GABRIEL, 2014).

Importante enfatizar que as questões simbólicas são parte deste universo das rodas de DC. Os centros das rodas de danças trazem, conforme o grupo, imagens que refletem valores, crenças, anseios, desejos e esperança dos participantes. Bem como as músicas selecionadas para as danças, que no Brasil podem ser músicas e coreografias de danças populares como o samba, xote, ciranda, maracatu, danças indígenas, danças ligadas a umbanda e músicas religiosas de base cristã e judaica que também passaram a integrar as rodas (COUTO, 2010). O centro das rodas de danças com adornos enquanto representações das vivências simbólicas dos participantes são como altares. Estes altares centralizados com “imagens e símbolos que representam um mundo de significados, de ideias, de fantasias (...) de crenças, de valores” (SILVA et al., 2021, p. 3), podem servir também como um apoio para cada participante, facilitando a descoberta de ‘respostas’ relacionadas às suas necessidades emocionais, sociais e espirituais.

É possível evidenciar essas respostas e benefícios em relatos dos participantes quando após a roda descrevam os benefícios nos cotidianos de suas vidas. Para estas pessoas a dança não é percebida apenas na perspectiva de uma atividade física que possa melhorar a saúde e produzir bem-estar e qualidade de vida aos seus participantes em função dos movimentos realizados. Fica evidente, inclusive em pesquisas realizadas nos últimos anos, que os aspectos emocionais e sociais é que muitas vezes são evidenciados pelos participantes o que torna a DC uma dança terapêutica (SILVA; NITCSKE; SANTOS, 2018; BRITO; GERMANO; SEVERO, 2021).

A simbologia das DC, seja pela música, gestos ou pela linguagem refletida nos centros das rodas, mostra como é relevante essa interação de imagens, crenças e valores para o processo de cuidado e tratamento das pessoas no seu ciclo vital. Do aspecto lúdico ou voltado ao relaxamento, chega-se a uma forma de cuidado tão

significativa quanto um tratamento convencional com medicamentos, exames e até mesmo cirurgias (RAMOS, 2002).

Como bem descrevem Antunes e Fraga (2020, p. 10), os benefícios positivos para a saúde quando se faz uma prática corporal integrativa são percebidos quando:

1. São propostas de cuidado e promoção de saúde que se fundamentam no paradigma da vitalidade-energia.
2. Envolve movimentos corporais que agregam técnicas de respiração, relaxamento, atitude mental, mobilidade em sequências rítmicas ou posturas de permanência, oriundos de diferentes tradições culturais.
3. Prezam pela introspecção e pela qualidade da presença.
4. Estimulam as pessoas a descobrirem os limites e potencialidades do corpo (nas suas dimensões mais visíveis e mais sutis).
5. Promovem processos individuais, mas que reverberam também na coletividade, na medida em que convidam para a construção de uma nova relação consigo, com os outros e com o universo, para o questionamento e o compartilhamento da vida e para a ressignificação dos processos saúde-doença.

Para Antunes (2019), quando se está lidando com práticas corporais como as DC, por exemplo, não se trata apenas de reativar antigas práticas exotéricas e místicas através delas. A ideia é entender e valorizar as crenças e valores místicos das pessoas e através destes saberes e conhecimentos cosmológicos, compreender o mundo no qual estas são parte integrante e usar este conhecimento para ajudá-las no processo de cuidado e cura. A autora também ressalta que os processos que envolvem a realização destas práticas vão muito além da dimensão física, uma vez que estas práticas são concebidas a partir de concepções filosóficas que entendem que o corpo físico, para de fato se curar, precisa ser trabalhado considerando as dimensões mental, emocional, espiritual e energética. Ou seja, algo que de certa forma entra em conflito com os valores e conhecimentos defendidos por muitos profissionais que entendem ser a formação biomédica convencional a única que de fato pode curar uma pessoa doente. Trabalhar com outros olhares e perspectivas é o grande desafio de quem decide assumir entender e trabalhar com as PICs e em particular com as DC.

Para Silva (2016), não é apenas o paciente/usuário que se beneficia com a DC. Esta também pode ser vista como um apoio as ações efetivadas pelas equipes do SUS (ou mesmo em instituições de saúde privadas), no sentido de humanizar mais os serviços, e nesse momento percebe-se um olhar para uma cultura transformadora, voltada para a paz em meio a tantos conflitos. A promoção da saúde e a educação permanente também fazem parte desse rol de benefícios para as equipes de saúde, contribuindo inclusive para se pensar os serviços com um olhar que Capra e Luisi (2016) denominam de uma visão sistêmica da vida, quando se assume que todos fazem parte de uma rede de relacionamentos pela qual "todas as coisas" são constituídas. Incluindo-se os processos de saúde e adoecimentos. Nos relatos de avaliação da DC

realizada por Silva (2016), percebe-se que a experiência com rodas de dança unifica os benefícios e mostram na prática que saúde está relacionado a bem-estar, convívio e outras possibilidades:

Com Relação aos Participantes

A liberação de endorfinas que tem efeito direto na percepção da dor, no bem-estar, na respiração, nas glândulas endócrinas e no sistema imunológico. Todos estes fatores vivenciados na DC foram expressos pelas participantes do estudo, através das sensações e dos sentimentos relatados: harmonia, alegria, bem-estar, pertencimento, leveza, prazer, relaxamento, liberdade, vigor, unidade, respeito, cooperação, igualdade, paz, felicidade, alívio das dores físicas e estresse (SILVA, 2016, p. 97).

Com Relação aos Profissionais da Saúde

Observou-se que houve empoderamento dos profissionais para a utilização dessa prática no serviço e o seu reconhecimento como uma PIC, visto que 93,3% das participantes acreditam que podem usar a DC nas atividades desenvolvidas em seu ambiente de trabalho e 100% reconheceram esta prática como uma PIC, principalmente pelo seu potencial em promover a integração consigo, com o outro, pelo bem-estar e energia que promove (SILVA, 2016, p. 98).

Vale nesse momento também tecer algumas considerações sobre o uso de práticas corporais como as DC, visto que, apesar dos benefícios citados, ainda se percebe uma falta de delimitação, principalmente quando se trata de algo relacionado a práticas vistas em muitas ocasiões como algo apenas lúdico ou exercício físico. Antunes e Fraga (2020, p. 4218), nesse sentido, afirmam que o que pode ser considerado PIC no SUS:

Exige atenção porque tem desdobramentos no campo dos saberes e práticas em saúde, uma vez que mobilizam diferentes intencionalidades, metodologias e concepções. Além disso, tem impactos nos registros e monitoramento das PICS, no financiamento e na gestão. Essa preocupação é também do Ministério da Saúde (MS), tendo em vista as tentativas de melhoramento dos sistemas de cadastro e a publicação do Glossário Temático de PICS.

Apesar da oficialização das PICS, as leituras realizadas para elaboração deste texto, apontam para a imprecisão do uso, a pouca preparação dos profissionais para realizar as rodas de dança nos serviços de saúde e o pouco espaço (área física) e material, para que de fato se possa implantar a DC e outras PICS nos serviços de saúde público.

Fechando o diálogo com as DC

No percurso realizado para elaboração desse texto torna-se evidente que de fato as DC merecem estar como PICs nas ações voltadas a prevenção de doenças e agravos, bem como na promoção da saúde. Estar qualificada como uma dança terapêutica não retira da DC o percurso histórico que este tipo de dança tem com relação as memórias e histórias dos povos que sempre usaram as rodas de danças como forma de expressão do que consideram sagrado em suas vidas.

Aliás, a busca que as pessoas têm em seus cotidianos pelo sagrado, se revela durante os processos de dificuldades, seja no dia a dia profissional, na vida amorosa ou durante um momento de morbidade. Talvez por conta disto é que a DC tenha no mundo e no Brasil pela metade do século XX uma aceitação importante como parte de um movimento que busca uma reconexão com os patrimônios culturais que remetem ao sagrado, as tradições e rituais que podem ser importantes meios de sustentação emocional quando estamos frágeis pela idade, doentes ou vivenciando momentos de luto.

Dançar em círculos, mover-se em grupo, aprender a ver o sagrado no toque, no mover do corpo, pode ser tão ‘curativo’ quanto outros cuidados incentivados ou prescritos por equipes de profissionais da saúde. Nesse sentido, a criação de espaços onde as pessoas possam fazer estas atividades de forma gratuita é um dos anseios de quem deseja que as PICs como política pública seja de fato de acesso integral e universal a todas as pessoas.

A falta de preparação e estudos sobre o que pode ser considerado PIC no SUS é bastante evidente. Embora existam profissionais bem-intencionados, muitos consideram (as vezes) que a simples leitura de um texto sobre DC ou a realização de cursos com poucas horas os preparam para a execução da atividade. É importante portanto, que se tenha uma atenção especial a essa questão, visto que os impactos e benefícios destas práticas podem ser questionadas quando realizados apenas pela intencionalidade, com movimentação mecânica e técnica como se fosse uma aula de ginástica.

No entender que se fez ao longo de práticas e estudos sobre as DC, se chega a conclusão que cultivar a prática de rodas de danças curativas, vai além do modismo de se realizar uma ou várias danças. Ao se praticar a DC enquanto uma PIC, se busca integrar a dança ao que pode trazer cura, bem-estar e qualidade de vida as pessoas, sem oposição ou como algo meramente alternativo ao modelo biomédico existente. A ideia é se permitir integrar o que pode melhorar e ampliar a saúde das pessoas e de todos que se permitem entrar em uma roda de dança terapêutica.

Referências

ANTUNES, P. C. & FRAGA, A. B. Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4217 – 4232, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/B5TfnFPdrWG9NVsmfRXNkvS/?format=pdf&lang=pt> .

ANTUNES, P. C. Práticas corporais integrativas: experiências de contracultura na Atenção Básica e emergência de um conceito para o campo da saúde. 471f. Tese. (Doutorado em Ciência do Movimento Humano). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/203795> .

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: PNPICS. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017 .

BRITO, R.M.M.; GERMANO, I.M.P. & SEVERO Jr. R. Dança e movimento como processos terapêuticos: contextualização histórica e comparação entre diferentes vertentes. *Hist Ciênc Saúde*, v. 28, n. 1, p. 146-165, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/WSFdKbSxtSygsP9BNwdWdRt/?format=pdf&lang=pt> .

CAPRA, F. *Patterns of Connection: Essential Essays from Five Decades*. New México: High Road Books / University of New México Press, 2021.

CAPRA, F. & LUISI, P. L. *The Systems View of Life: a unifying vision*. Cambridge (GB): Cambridge University Press, 2016.

CARNEIRO, J. & D'ÁVILA, C. Danças circulares e ludicidade em contextos universitários: experiências formativas. *Revista Humanidades e Inovação*, v.6, n. 2, p. 364 – 371, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/fchag/Downloads/840-Texto%20do%20artigo-4126-3-10-20190315%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fchag/Downloads/840-Texto%20do%20artigo-4126-3-10-20190315%20(1).pdf)

CORAZZA, D. I. Influência de um programa sistematizado de danças circulares em aspectos psiconeuroimunológicos de idosos cuidadores de indivíduos com doença de Alzheimer, 150f. Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade). Universidade Estadual Paulista - Instituto de Biociências. Rio Claro: UNESP, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/114056/000807060.pdf?sequen ce=1&isAllowed=y> .

COUTO, Y. A. *Arte na educação: brincar, dançar, rodar... tempos e espaços da infância*. In: PINHEIRO, M. do C. M. (Org.). *Intensidades da infância: corpo, arte e o brincar*. Goiânia: FUNAPE/DEPECAC, 2010.

COUTO, Y. A. *Dança Circular Sagrada e seu potencial educativo*. 222f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Ciências Humanas. Piracicaba: UNIMEP, 2008. Disponível em: https://iepapp.unimep.br/biblioteca_digital/pdfs/2006/NTFYKKWCNQAQ.pdf

DUBNER, D. O poder terapêutico e integrativo da Dança Circular. Itu (SP): Ottoni, 2015. 201p.

FARIAS, J. D. & MARINHO, A. Lúdico e danças circulares: reflexões sobre um grupo em um centro de saúde em Florianópolis (SC). Rev Bras Educ Fís Esporte, v. 33, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/170274/160957> .

FERNANDEZ, J. B. A dança circular sagrada: uma história de amor. 2018. 81 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Arte e História da Cultura) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/bitstream/handle/10899/25058/Jane%20Botelho%20Fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .

FRISON, F.S.; SHIMO, A. K. K. & GABRIEL, M. Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto. Saúde Debate, v.38, n. 101, p. 277 – 284, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0277.pdf> .

FURLAN, P.G. & CAMPOS, G. W. S. Os grupos na atenção básica à saúde. Brasília: Cadernos Humaniza SUS - Ministério da Saúde, 2010. p. 105-16. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizausus_atencao_basica.pdf .

HAMILL M, SMITH L, RÖHRICHT F. 'Dancing down memory lane': circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia – a pilot study. Dementia, v. 11, n. 6, p. 709-24, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258131836_'Dancing_down_memory_lane'_Circle_dancing_as_a_psychotherapeutic_intervention_in_dementia_-_A_pilot_study .

OSTETTO, L. E. Para encantar, é preciso encantar-se: danças circulares na formação de professores. Cad. Cedes, v. 30, n. 80, p. 40-55, jan.-abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/ffFTgB7LCvKtFKQV6PbHjRK/?format=pdf&lang=pt> .

OSTETTO, L. E. Na dança e na educação: o círculo como princípio. Educ Pesqui, v. 35, n. 1, p. 177-93, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/bjphmXRN7jYRNGVp4wZK3Qb/?format=pdf&lang=pt> .

RAMOS, R. C. L. (org.). Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura. São Paulo: TRIOM / Faculdade Anhembi Morumbi, 2002.

SANTOS, S.C.; TONHOM, S.F.R. & KOMATSU, R.S. Saúde do Idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. Rev. Bras. Promoç. Saúde, v. 26, n. 29 (suplementar), p. 118 – 127, maio, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413/5220> .

SILVA, K. M. et al. Dança circular: prática integrativa e complementar no cotidiano da promoção da saúde da pessoa idosa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75,

suplemento 4, p. 1-8, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/d7LZgJ94fMmj7YvLbSMDd5P/?format=pdf&lang=pt> .

SILVA, K. M. et al. O significado da dança circular no imaginário da pessoa idosa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 24, n. 3, p. 1-10, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/FvPvgHYc4JqwRRK5vmYSRDd/?format=pdf&lang=pt> .

SILVA, K. M.; NITCHSKE, R. G. & SANTOS, S. M. A. The dance and the aging: benefits described in the literature. Cienc Cuid Saúde, v. 17, n. 3, p. 1 -10, 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.39020> .

SILVA, J. P. R. da. Dança circular como prática integrativa e complementar: contribuições para a promoção da saúde. 120f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2016. Disponível em:
<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22463> .

WACHEKOWSKI, G. et al. Dança circular: ampliando possibilidades no cuidado em saúde. Rev. APS, v. 23, n. 4, p. 923-932, out./dez. 2020. Disponível em:
<file:///C:/Users/fchag/Downloads/27075-Texto%20do%20artigo-140816-1-10-20210615.pdf> .

WOSIEN, B. Danças sagradas: deuses, mitos e ciclos. São Paulo: Triom, 2002.

WOSIEN, B. Dança: Um Caminho para a Totalidade. São Paulo: TRIOM, 2000.

Sobre a autora:

Yolanda Flores e Silva

Docente/ Investigadora - Escola de Artes, Comunicação e Hospitalidade

Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Itajaí

E-mail: floresesila.yolada97@gmail.com/ yolanda@univali.br

Doutora em Enfermagem (Linha de Pesquisa: Filosofia da saúde) em 1999;

Mestrado em Antropologia Social (Linha de Pesquisa: Antropologia da Saúde) em 1991; Bacharelado em Enfermagem Generalista em 1986, todos pela Universidade Federal de Santa Catarina. Realizou estudos pós-doutorais na Faculdade de Economia (Área de pesquisa: Turismo) pela Universidade de Algarve (UALg) em Portugal, onde desde então atua junto a QRER - Cooperativa para Desenvolvimento dos Territórios de Baixa Densidade do Algarve. É professora e investigadora na Universidade do Vale do Itajaí nas áreas de Ciências Sociais com ênfase em Antropologia, Economia e Gestão Local e Ciências da Saúde com ênfase em Saúde Comunitária. Na área da saúde os termos mais frequentes em seus trabalhos são: bem-estar, comunidades tradicionais, desenvolvimento local, itinerários terapêuticos, vida saudável e vida de qualidade.

FITOTERAPIA, AROMATERAPIA E AROMACOLOGIA: SABERES E FAZERES NA SAÚDE COM AS PLANTAS MEDICINAIS

Maria Teresa Brito Mariotti de Santana

Vinicius Pereira de Carvalho

Introdução

O uso de plantas medicinais apresenta uma longa história e envolve diferentes povos, espaços e culturas. Nos variados sistemas de construção e manutenção das vidas humanas, essas plantas mediaram acordos, empreendimentos, habilidades e conhecimentos em torno de diferentes experiências e sentidos para o viver coletivo e em relação com o ambiente. Define-se como planta medicinal, uma “espécie vegetal, cultivada ou não, administrada por qualquer via ou forma, que exerce ação terapêutica” (BRASIL, 2018a, p. 89). A planta medicinal seca (em que se aplicou técnica de secagem) também é denominada como droga vegetal, enquanto a apresentação na forma fresca (in natura) faz referência à planta medicinal colhida no momento em que será utilizada (BRASIL, 2006a).

Esses modos de conceituação, fixados e sustentados no entorno de pesquisas acadêmicas, como aquelas orientadas nas noções da etnofarmacologia e etnobotânica e baseadas nas metodologias ocidentais de produção de conhecimento, operam programas e políticas institucionais de saúde e buscam dar conta, em algum grau, das realidades em que se propõem ao estudo e intervenção. Nessas realidades, as práticas da fitoterapia ganham corpo em saberes tradicionais e científicos, mundos que se (des)encontram num mesmo universo. Um exemplo é o uso de plantas medicinais aromáticas, também conhecido como aromaterapia, que produziu diferentes saberes ao longo da história e na atualidade evidencia um campo terapêutico em expansão (ALMEIDA, 2011).

Neste manuscrito, apresentaremos apontamentos sobre os saberes e fazeres relacionados às plantas medicinais e sua institucionalização no setor saúde. Entre as várias modalidades de emprego dessas plantas, comentaremos a aplicação na aromaterapia, visto o reconhecimento recente dessa prática integrativa no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018b) e a demanda em conhecer as questões abrangidas na sua produção, uso, história e formação profissional. Não se pretende esgotar o assunto. Tendo em vista a sua extensão, a perspectiva é oferecer pontos de partida para o estudo e debate, com vias a informar sobre os aspectos importantes que o circunda.

Plantas medicinais na cultura e nos serviços de saúde brasileiros: algumas considerações

Registros muito antigos de diferentes partes do mundo mostram as relações estabelecidas entre os grupos sociais, suas representações e as plantas medicinais. Nessas relações, as plantas carregam múltiplas interpretações sobre a realidade e revelam questões da natureza, vida, saúde, adoecimento e cuidado, confundindo-se com as próprias maneiras de compreensão de mundo das culturas em que são empregadas. Como práticas de cuidado da saúde ou culturas de cuidado em saúde, as plantas medicinais delinham compreensões ampliadas e contextualizadas da vida humana, estão dispostas em diferentes terrenos do transcurso da saúde-adoecimento e envolvem saberes e fazeres populares, religiosos e espirituais (com poderes, origens e mistérios determinados), além daqueles produzidos no campo biomédico, que mais recentemente tem influenciado suas modalidades de uso (ALMEIDA, 2011).

Ainda que, em um primeiro exame do tema, possa parecer algo do passado, o uso tradicional de plantas medicinais conserva-se na contemporaneidade como componente forte e resolutivo nas práticas de cuidado. No povo indígena Guarani e Kaiowá de algumas aldeias localizadas na região do cone sul do estado de Mato Grosso do Sul, o reconhecimento das plantas medicinais é feito a partir de recursos da experiência sensorial (textura, odor, observação, entre outros artifícios). Esse procedimento de identificação, ao encaminhar as possibilidades e maneiras de uso medicinal de cada planta, preserva a ancestralidade que alimenta a prática tradicional e sustenta a sua validade conforme a metodologia adotada. Para esse povo, mais do que as finalidades convencionais, o uso dessas plantas está incluído numa trajetória de resolução de um desequilíbrio espiritual e ambiental e se desenrola com a participação de outras práticas de cura, como rezas e cantos (BASTA et al., 2020).

Em religiões afro-brasileiras, observa-se também que a planta medicinal corporifica poderes mágicos e espirituais por meio dos quais é instituída sua ação no processo de cura. Segundo a demanda apresentada, os problemas relacionados à vida e saúde requerem consulta aos oráculos (como o jogo de Ifá e o jogo de búzios) e são dirigidos aos orixás, os quais traduzem as indicações de plantas medicinais para o cuidado. Desse modo, as indicações e aplicabilidades terapêuticas consideram os saberes tradicionais acumulados nas comunidades de terreiros, principalmente por seus sacerdotes (Babalorixás e Yalorixás), que, sendo agentes de cuidado e “portadores de conhecimento etnomédico respeitável, prescrevem o uso das folhas, raízes, sementes e cascas para fins medicinais, banhos, ebós e outros propósitos ritualísticos” (ALMEIDA, 2011, p. 45).

No conjunto das práticas tradicionais de saúde que integram a cultura brasileira, o uso de plantas medicinais evidencia contribuições descritas das heranças indígena, africana, europeia e oriental, tendo em mente o processo de colonização ao qual foi submetido o atual território do país. Contudo, mesmo que exerça papel potente na

vida das pessoas e na organização dos cuidados tradicionais, constituindo-se muitas vezes como o primeiro recurso acessado diante do adoecimento, essa forma de utilização de plantas medicinais conforma um sistema não-oficial de saúde. Nesse sistema, a prescrição das plantas medicinais se dá nas interações cotidianas e nas comunidades religiosas, por meio da transmissão oral dos saberes. O uso é feito através da ingestão ou aplicação tópica de preparados das plantas medicinais (como chás, remédios caseiros e garrafadas), banhos, incensos, oferendas, entre outras receitas e instrumentos. De uma mesma planta podem ser aproveitadas muitas partes (raiz, folha, flor, casca, semente e caule), o que determinará como proceder o preparo para o seu uso: no caso de chás, a infusão pode ser recomendada quando é determinada a escolha das folhas e a decocção das raízes. De uma mesma planta medicinal também podem surgir diferentes orientações, a depender da indicação empreendida nos cenários vividos de saúde-adoecimento (ALMEIDA, 2011).

A existência no interior de um sistema não-oficial simboliza a própria condição de subalternidade desse saber-prática de saúde. A colonização europeia operou diversos procedimentos que culminaram no reconhecimento da biomedicina enquanto única racionalidade capaz de fornecer cuidado em saúde, sendo o seu modo de produção de conhecimento estendido a todas as áreas da vida. Nesse sentido, tudo que exprimia a diferença em relação aos saberes e práticas da medicina ocidental, como é o caso dos usos tradicionais de plantas medicinais, foi perseguido, oprimido e invisibilizado, garantindo sua monocultura no campo da saúde (GUIMARÃES et al., 2020).

Na atualidade, o desmatamento dos biomas brasileiros está intimamente relacionado do mesmo modo com o colonialismo no campo da saúde e reverbera os procedimentos de invalidação dos saberes e práticas tradicionais, em diferentes níveis. Portanto, a preservação dos costumes vinculados à utilização de plantas medicinais é uma matéria de grande preocupação. Os grupos sociais que insistem na adoção desse saber-fazer demonstram verdadeiros movimentos de enfrentamento e resistência diante das pressões dominantes.

Na tentativa de contornar essa condição, estratégias visando a inserção das plantas medicinais e outras Práticas Integrativas e Complementares no sistema nacional de saúde foram empreendidas. Como resultados iniciais desses esforços estão a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portarias do Ministério da Saúde nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006), da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006), do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Portaria Interministerial nº 2960, de 9 de dezembro de 2008) (BRASIL, 2006a, 2006b, 2009). Em razão de sua relevância, listamos em ordem cronológica alguns dos documentos e eventos que endereçaram a construção desses atos normativos (tabela 1).

Tabela 1. Documentos e eventos que endereçaram a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Ano	Acontecimento	Resumo das decisões vinculadas à fitoterapia
1986	8º Conferência Nacional de Saúde	Recomendou a incorporação do que chamou de “práticas alternativas” nos serviços de saúde
1988	Resolução nº 08, de 08 de março de 1988, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan)	Designou as normas e regulamentou a implantação da fitoterapia em serviços de saúde do território brasileiro
1995	Portaria nº 2543, de 14 de dezembro de 1995, do Ministério da Saúde	Composição de um grupo assessor técnico-científico na área das “medicinas não-convencionais” no Ministério da Saúde
1996	10º Conferência Nacional de Saúde	Recomendou a introdução da fitoterapia no Sistema Único de Saúde, inclusive na assistência farmacêutica, com normas concebidas com apoio da participação social
1998	Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde)	Orientou a continuidade e expansão do suporte aos estudos científicos que tematizavam a exploração do potencial terapêutico presente na flora e fauna brasileira
2000	11º Conferência Nacional de Saúde	Propôs a inclusão de “práticas não-convencionais” na atenção básica
2001	Fórum para debate e elaboração da proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos	
2003	Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica	Orientou a inclusão das plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde
2003	Estabelecimento de um grupo de trabalho para construção da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares	Contou com representantes de associações ligadas à fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa e medicina antroposófica
2003	1º Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica	Destacou a necessidade de acesso aos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde
2003	12º Conferência Nacional de Saúde	Ressaltou a necessidade de estratégias que beneficiem a implantação de fitoterápicos nos serviços de saúde

2004	2º Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde e Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Adição da “medicina natural e práticas complementares” como um dos campos estratégicos de pesquisa na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa
2004	Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde)	Favorecimento do uso plantas medicinais e fitoterápicos entre as suas ações
2005	Decreto presidencial de 17 de fevereiro de 2005	Definição de um grupo de trabalho destinado a produzir a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Fonte: elaborado pelos autores com base em Brasil (2006a, 2006b, 2009).

Com a publicação das políticas de saúde supracitadas, as ações e debates em torno das plantas medicinais passaram a ser conduzidos considerando os princípios e diretrizes definidos. Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, introduziu-se o termo “Práticas Integrativas e Complementares”, que passou a denominar conjuntamente as práticas reconhecidas no sistema nacional de saúde a partir de sua publicação: plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa – acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2006b).

Outro esforço institucional é observado na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a qual, além de lançar mão de uma noção para o significado das plantas medicinais, conforme apresentado no início deste manuscrito, dispôs de uma definição para a fitoterapia (prática terapêutica em que se utiliza plantas medicinais em suas distintas apresentações farmacêuticas, sem a extração e o isolamento de substâncias ativas), o derivado de droga vegetal (“produto de extração da matéria prima vegetal: extrato, tintura, óleo, cera, exsudato, suco, e outros”) (BRASIL, 2006a, p. 45), o fitoterápico (medicamento produzido com o uso exclusivo da planta medicinal in natura, seca ou derivado vegetal, que possui caracterização delineada sobre qualidade, eficácia e riscos), entre outras terminologias (BRASIL, 2006a).

Na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a fitoterapia foi descrita como potencial contribuidora para o desenvolvimento econômico e social brasileiro, creditando seu papel nos processos de cuidado desenvolvidos em contextos populares e tradicionais, a biodiversidade do país e as atividades que compreendem a produção e manejo de produtos de origem vegetal. Nessa política, as questões que envolvem as plantas medicinais e fitoterápicos adotam uma ênfase em mecanismos garantidores de eficácia e são situadas no âmbito intersetorial, tendo em vista a articulação de diferentes áreas do conhecimento e da gestão pública nos processos de relacionados à fitoterapia, desde a produção, distribuição e comercialização dos

produtos, à legitimação dos conhecimentos, formas de produzir e praticantes. A política reconhece que a adoção de plantas medicinais possui uma ampla inserção nas práticas de cuidado elaboradas tradicionalmente no Brasil e aponta a necessidade de proteção desses conhecimentos, levando em conta a diversidade de formas de uso. Ademais, enfatiza o acesso seguro e o uso racional, pensando, inclusive, estratégias para a divulgação de informações nesse sentido, de modo a informar população geral e trabalhadores da saúde sobre o assunto (BRASIL, 2006a).

Esse cenário de estímulo das plantas medicinais produziu efeitos no sistema de saúde. Em uma análise dos programas municipais de fitoterapia presentes no território brasileiro, observou-se que desde a década de 1990 há uma taxa crescente no número de programas, acentuada a partir do período de 2006-2008, o que demonstra que as estratégias elencadas institucionalmente resultaram em impulso na implementação da fitoterapia. Em relação à localização desses programas, a concentração está estabelecida nas regiões sudeste e sul do país, onde historicamente há acúmulo de riquezas. Destaca-se a predominância de programas baseados no uso de fitoterápicos industrializados, em detrimento daqueles que se desenvolvem apoiados em hortos de plantas medicinais e/ou na manipulação de fitoterápicos (RIBEIRO, 2019).

O predomínio do uso de fitoterápicos industrializados corrobora com as práticas homogeneizantes representadas por meio das ideais de validação biocientífica, dado que se baseia focalmente na compra e dispensação dessas formas farmacêuticas. O cultivo de plantas medicinais e a adoção de fitoterápicos manipulados, por sua vez, caminha mais no sentido de manutenção de um cuidado situado localmente, uma vez que, nesse modelo, se apresentam com força os saberes e as práticas culturais vinculadas aos processos de saúde-adoecimento-cuidado presentes no espaço em que se desenvolve, além de abrir espaço para a abrangência das plantas medicinais tradicionalmente cultivadas pela própria comunidade (RIBEIRO, 2019).

Especificamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, um metaestudo, ao analisar a inserção da fitoterapia através da literatura científica do período 1988-2012, verificou que há uma concentração de publicações em 2004 a 2008, corroborando com a janela de oportunidades aberta pelos movimentos que culminaram na criação das políticas de saúde e seus mecanismos institucionais. Nesse nível de atenção à saúde, há uma variedade de maneiras de trabalhar com as plantas medicinais, as quais variam desde atividades que demandam acompanhamento de profissionais da saúde e legislação específica de funcionamento até as que se desenvolvem com o protagonismo dos saberes e práticas da comunidade, sem a obrigação de supervisão profissional. Em vista disso, torna-se possível o estímulo e encontro entre a fitoterapia praticada no plano familiar, tradicional, popular, científico e de racionalidades médicas diversas, ainda que haja uma grande ênfase para os aspectos que provém da biomedicina (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013). Um exemplo de experiência exitosa é o das farmácias vivas-jardins terapêuticos, nas quais há estímulos para comunicação entre os conhecimentos populares e científicos de plantas medicinais (BARROS; CARNEVALE, 2022).

Entretanto, observam-se dificuldades para a inserção e continuidade da fitoterapia nos serviços de saúde. Entre elas, estão: (1) obstáculos no processo de compra de produtos de origem vegetal e equipamentos para a estruturação dos programas, causados por ausência de recursos financeiros apropriados e inadequação na qualidade e qualificação do abastecimento; (2) carência de espaços compatíveis com as atividades de cultivo e manipulação de plantas medicinais nas unidades de saúde; (3) subordinação dos programas à gestão administrativa de modo a provocar flutuações em suas estratégias quando ocorrem mudanças nos mandatos governamentais e cargos do governo (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; RIBEIRO, 2019); (4) Falta de adaptação da regulamentação nacional às realidades locais e demandas da cadeia produtiva de fitoterápicos, o que influencia na dinâmica de pesquisa, desenvolvimento e produção relacionada ao setor (OLIVEIRA; ROPKE, 2016; RIBEIRO, 2019); (5) desqualificação do uso de plantas medicinais e saberes associados por parte de profissionais de saúde, com destaque para classe médica (RIBEIRO, 2019; BARROS; CARNEVALE, 2022).

Durante a formação superior em saúde, a inserção da fitoterapia costuma acontecer de forma pontual e optativa/eletiva/não obrigatória, dentro ou fora dos currículos institucionalizados. Assim sendo, trata-se de uma inserção tímida. As atividades que geralmente integram o ensino e debate sobre essa prática são as disciplinas, ações de extensão, ligas acadêmicas, grupos de estudos, eventos acadêmicos, estágios, projetos especiais e cursos de curta duração. Em um estudo feito em instituições de ensino superior do Rio de Janeiro, por exemplo, verificou-se que a fitoterapia estava presente em menos de 10 unidades de ensino-aprendizagem entre as 56 pesquisadas. Além disso, a maior parte das disciplinas que abordavam as Práticas Integrativas eram optativas ou eletivas e abrangiam conteúdos teóricos-conceituais sobre o tema (NASCIMENTO et al., 2018). Em uma outra investigação (CARVALHO et al., 2021), que mapeou instituições de ensino superior da Bahia, foi registrada situação similar: a maior parte dos componentes curriculares é optativo, teórico e abrange carga horária reduzida. Isso significa que o modo como a fitoterapia está inserida no ensino superior não parece garantir a sua incorporação nas atividades profissionais.

Desse modo, tal como ocorre com a maior parte das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil (GUIMARÃES et al., 2020), a formação de profissionais da saúde no campo da fitoterapia acontece predominantemente depois da graduação e por meio de cursos livres, especializações, aperfeiçoamentos e outras modalidades de atividades formativas. Apresentando-se dessa maneira, o uso e prescrição de plantas medicinais, a partir da perspectiva tradicional ou biocientífica, desenvolve-se como uma habilidade opcional a ser adquirida e incorporada na caixa de ferramentas do cuidado em saúde. Ainda que esteja prevista nas políticas públicas, comumente praticar a fitoterapia depende dos interesses, vontades e disponibilidades dos profissionais de saúde em investir nas ações formativas produzidas sobre o tema.

Óleos essenciais, aromaterapia e aromacologia

O uso dos óleos extraídos das plantas medicinais é um ramo da fitoterapia. Por ser um produto da extração da matéria-prima de origem vegetal, o óleo é um derivado vegetal. Esse composto possui grande importância para os setores produtivos no âmbito medicinal, cosmético e alimentício, a depender do tipo de extração pode resultar em óleos essenciais, extratos aromáticos ou óleos vegetais (BRASIL, 2006a, 2018a). Há várias maneiras de extrair componentes voláteis das plantas aromáticas: um óleo essencial é produzido a partir da destilação por arraste de vapor d'água (essência destilada) ou prensagem mecânica a frio (para casca de frutas da família Citrus), enquanto um extrato aromático é gerado quando o processo de obtenção é a enfloração, extração por CO₂ ou extração por solventes. Nesse sentido, o elemento básico que diferencia os óleos derivados de matéria vegetal é o processo de extração do produto final originário da planta aromática. Óleos vegetais são utilizados principalmente como carreadores dos óleos essenciais, por conta de suas propriedades hidratantes e suavizantes (BUCKLE, 2019).

Os óleos essenciais são produtos voláteis naturais de origem vegetal, diferenciando-se dos extratos aromáticos e essências sintéticas (BUCKLE, 2019). Geralmente, requerem grandes quantidades de matéria vegetal para a extração: quanto maior a quantidade de matéria vegetal, maior será o custo produtivo e o impacto ambiental para as florestas (BAUDOUX, 2018). Os óleos essenciais são considerados substâncias orgânicas, puras e potentes, representando o que poderíamos descrever como a alma da planta. Trata-se de um extrato proveniente das bolsas de essências de uma planta aromática. Essas plantas necessariamente dispõem de caráter odorante (no óleo essencial, a volatilidade implica seu caráter odorante), conforme explica Giraud (2018, p. 30-31):

[...] que contém moléculas aromáticas ou odorantes [...] nos seus órgãos produtores, denominados bolsas de essências, em quantidade suficientes para serem destiladas e por isso excreta uma essência que tem duas características específicas, o odor e a volatilidade, não é gordurosa e a maioria dos seus componentes não se mistura com água, é perfeitamente solúvel em óleo vegetal e em álcool.

As bolsas de essências são estruturas encontradas nas plantas aromáticas, localizadas em: (1) folhas: abetos, citronelas, coentro, eucaliptos, hortelãs, louro, niaouli, palmarosa, petitgrain, pinheiros, ravintsara, tea tree; (2) cascas de madeiras: agarwood, canela-do-ceilão, katrafay; (3) madeiras: sândalo, madeira-do-sião, cedros, pau-rosa; (4) raízes: angélica, nardo-do-himalaia, vetiver; (5) resinas e oleorresinas: benjoim e outras espécies de Styrax, copaíba, elemi, mirra, olíbano; (6) rizomas: cálamo, gengibre; (7) semente e frutos: ajowan, anis-estrelado, casca de frutas cítricas, coentro, cenoura; (8) sumidades floridas e flores: alecrins, camomilas, cravo-da-Índia, jasmim, lavandas e lavandins, rosas, sálvias, tomilho, ylang-ylang. A quantidade de

essência pode variar em proporção entre uma parte e outra da planta, o que torna indispensável realizar a seleção do órgão a ser empregado na extração do óleo essencial para maior aproveitamento (BAUDOUX, 2018).

As bolsas de essências, assim como outros constituintes da planta, são produtos da fotossíntese. Por intermédio desse processo, as plantas são capazes de fabricar moléculas simples de açúcares (com destaque para a frutose) e estocar energia na forma de adenosina trifosfato (ATP). As plantas aromáticas, a partir desses açúcares, elaboram metabólitos primários (carboidratos, lipídios e proteínas), da mesma forma que qualquer planta. O diferencial dessas plantas é que nelas também ocorre a confecção de metabólitos secundários (moléculas aromáticas), formando as bolsas de essências. Portanto, as essências são resultantes da fabricação de açúcares durante a fotossíntese (GIRAUD, 2018).

O entendimento desse processo metabólico auxilia na compreensão das atitudes resilientes mediadas pelas essências das plantas aromáticas: em momentos difíceis de ausência de recursos, é possível transformar as essências em açúcares para garantir a sobrevivência a partir dos metabólitos primários; servindo-se de seus próprios aromas (as bolsas de essências), as plantas podem repelir agressores e garantir proteção em casos de ataques microbianos; as bolsas de essências servem para as plantas aromáticas atraírem insetos polinizadores, como as abelhas; as bolsas de essências possuem a capacidade de serem empregadas para comunicação diante do perigo, visto que uma planta envia mensagens de alerta às plantas vizinhas pela difusão de fitoferomônios. Essas propriedades das moléculas aromáticas contidas nas bolsas de essências são importantes para a aromaterapia em geral, dado que corroboram as virtudes antibacterianas e antivirais reconhecidas em óleos essenciais e encaminham o interesse em usá-los nos seres humanos (GIRAUD, 2018).

Chegando até aqui, podemos constatar que a forma como as plantas aromáticas se comunicam entre si e com o meio ambiente em torno, quando nós extraímos a essência delas, é o óleo essencial (GIRAUD, 2018). Segundo Giraud (2018, p. 30) “[...] a essência não é, em nenhum caso, uma forma concentrada da planta aromática: é na verdade a sua fração volátil com propriedades bem específicas e diferentes daquelas da planta na totalidade”. No ser humano, a essência da planta aromática entra em contato com o organismo de forma imediata através da via nasal-olfativa.

Escolas de formação na antiguidade e na contemporaneidade

A formação e utilização dos óleos essenciais remonta a tempos antigos (ALMEIDA, 2011). Há evidências que sugerem que quase todos os lugares do mundo têm alguma tradição sobre o uso dos óleos essenciais no seu sistema de assistência médica e cuidado em saúde. Apresentamos na tabela 2 alguns acontecimentos

históricos que revelam o uso de óleos essenciais e outros produtos das plantas medicinais aromáticas desde a antiguidade.

Tabela 2. Panorama histórico do uso de plantas medicinais aromáticas no mundo.

Ano*	Local	Descrição do acontecimento histórico
60.000 a.C.	Atualmente é o Iraque	Esqueleto Neandertal enterrado com extratos concentrados de milefólio, centáurea, muscari, malva e outras plantas
40.000 a.C.	Austrália	Povos nativos utilizavam plantas aromáticas, como <i>Melaleuca alternifolia</i>
17.000 a.C.	França	Pinturas nas paredes de uma caverna em Lascaux mostram ervas medicinais
17.000 a.C.	Síria	Registros explicitam que os sumérios praticavam os conhecimentos herboristas e podem ter trabalhado na destilação de plantas aromáticas
3.000 a. C.	China	“A Grande Fitoterapia” de Shen Nung enumera diversas plantas utilizadas como remédios
2.800 a.C.	Egito	Túmulo de Tutancâmon é preenchido com plantas medicinais aromáticas, como olíbano e mirra
2.500 a.C.	China	“Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo” delinea o uso de ervas na medicina chinesa
1.500 a.C.	Egito	Papiro de Ebers descreve espécies vegetais aromáticas utilizadas com fins medicinais, como é o caso do olíbano e gálbano
1.000 a.C.	Índia	“Charaka Samhita” apresenta o uso de plantas aromáticas na medicina ayurvédica
460 a.C.	Grécia	Registros de Hipócrates apontam o uso de plantas medicinais como possibilidade na medicina
300 a.C.	Grécia	“Historia Plantarum” de Teofrasto veicula informações sobre espécies vegetais
100 d.C.	Grécia	“De Matéria Médica” escrito por Pedanius Dioscórides fundou a medicina herborista ocidental
130 d.C. a 200 d.C.	Roma	Trabalho de Cláudio Galeno sistematizou a identificação das plantas e suas finalidades medicinais
Séc. XVI	Inglaterra	Criação de dispositivos legais para controlar a venda e prescrição de medicamentos
Séc. XVII	-	Considerada a era de ouro do herbalismo
Séc. XVII	Inglaterra	“Complete Herbal” de Nicholas Culpeper descreve os usos de mais de 400 ervas medicinais

Séc. VIII	Tibete	Medicina tibetana apresenta as plantas medicinais dentro do escopo terapêutico
Séc. XIX	Inglaterra	Anúncio da síntese das cumarinas (metabólicos secundário encontrado em plantas) por William Henry Perkin
Séc. XIX	Inglaterra	“Matéria Médica e Terapêutica” de William Whittlea exhibe primeira avaliação científica de óleos essenciais

Fonte: elaborado pelos autores com base em Buckle (2019), Giraud (2018) e Almeida (2011).

*Datas aproximadas.

Nos séculos XX e XXI, os estudos relacionados aos óleos essenciais persistiram e assumiram mais notadamente a lógica biocientífica. Esses produtos vegetais renascem como um assunto pertinente à clínica, com base nos trabalhos de um químico (René-Maurice Gattefossé), um médico (Jean-Valnet) e uma enfermeira (Marguerite Maury), considerados pioneiros na prática da aromaterapia moderna. Mais recentemente, gerações de pesquisadores importantes somam contribuições na produção de conhecimento sobre o tema:

Robert Tisserand traduziu os dois primeiros livros de aromaterapia e depois escreveu seus próprios livros de aromaterapia, e desenvolveu um programa de treinamento que abriu caminho. Shirley Price continuou e seu livro *Aromatherapy for Health Professionals*, ajudou a fazer com que a aromaterapia fosse uma terapia reconhecida pela Inglaterra e provocou o interesse das comunidades científicas de medicina e enfermagem. Muitos pesquisadores continuaram. Os mais destacados são Guenther, Duke e Lawrence nos Estados Unidos; Belaiche e Daniel Péroël na França; Deans e Svoboda no Reino Unido; Penfold e Carson na Austrália, entre outros, sendo que todos escreveram extensamente sobre o uso clínico dos óleos essenciais (BUCKLE, 2019, p. 42).

Aromaterapia clínica

A aromaterapia tem especificado o uso de óleos essenciais, responsáveis pela ação terapêutica das plantas aromáticas nessa prática de saúde. Em 1930, desenvolveram-se as escolas inglesa e francesa como parte da aromatologia (estudo científico dos óleos essenciais tendo em vista o seu emprego terapêutico) (BRASIL, 2018b).

A composição química dos óleos essenciais pode ser determinada por cromatografia em fase gasosa, que fornece uma análise qualitativa e quantitativa das moléculas presentes. As famílias bioquímicas mais frequentemente encontradas são álcoois, fenóis, cetonas, ésteres, óxidos, éteres, cumarinas, aldeídos terpênicos e aromáticos, monoterpenos e sesquiterpenos. A presença desta ou daquela molécula, constatada através desse método, em um óleo essencial, propicia apenas orientações

para o seu campo de atividade. Considera-se que a ação global de um óleo essencial natural não se resume à soma das propriedades de cada um dos seus constituintes isoladamente: todo óleo essencial é um complexo químico, sendo o resultado da mistura de muitos compostos orgânicos, e os efeitos sinérgicos explicam a singularidade de cada óleo essencial (BAUDOUX, 2018; GIRAUD, 2018).

Na aromaterapia clínica, objetiva-se entregar uma dose considerável de princípios ativos da biossíntese (terpenos e seus derivados ou fenilpropanóides) de tal modo que exerça papel sobre um sintoma específico. Também conhecida como aromaterapia científica e médica, essa prática é definida como a utilização dos óleos essenciais quimiotipados e das essências de plantas aromáticas pelas vias de administração atmosférica, oral, bucal, sublingual, respiratória, olfatória, cutânea, ótica, retal, vaginal, otológica ou auricular. Sua finalidade é assegurar o cuidado preventivo ou curativo a uma grande variedade de afecções humanas, animais ou vegetais, tanto pelo combate dos focos patogênicos, quanto pela gestão de problemas sintomáticos característicos de cada afecção (BAUDOUX, 2018).

Existem diferentes modelos classificatórios das moléculas aromáticas. Em um desses referenciais, conhecido como bioelétrico, a classificação é feita consoante o comportamento elétrico e a polaridade avaliada das moléculas aromáticas. Dessarte, o óleo essencial pode ser descrito com um perfil mais calmante/relaxante ou, ao contrário, tônico/estimulante. Essa classificação é útil ao fornecer uma ideia do que se pode esperar dos efeitos de um óleo essencial em função de sua composição química. Contudo, ao contrário de uma droga química, que consiste em uma ou mais moléculas isoladas com uma ou mais ações específicas, o óleo essencial apresenta uma combinação de componentes pertencentes a diferentes famílias químicas que atuam em sinergia, cada uma com suas especificidades e aplicabilidades. Por esse motivo, os óleos essenciais têm atividades variadas (GIRAUD, 2018). Algumas dessas atividades, conforme as famílias bioquímicas, são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3. Famílias bioquímicas comuns na composição de óleos essenciais e suas principais ações terapêuticas observadas na aromaterapia clínica

Família bioquímica	Efeitos
Monoterpenos	Estimulante do sistema imunológico (anti-infeccioso: bactericida, virulicida e fungicida)
Sesquiterpenos	Ligeiramente hipotensor, calmante e anti-inflamatório
Sesquiterpenóides	Tônico e estimulante geral
Fenóis	Anti-infeccioso
Diterpenoides	Regulador hormonal
Aldeídos	Anti-inflamatório
Ácidos	Hipotérmico e hipotensor
Cetonas	Em doses baixas possui ações calmantes e sedativas, em doses elevadas ou em doses repetidas são neurotóxicas ou abortivas
Ésteres	Antiespasmódico e harmonizador do sistema nervoso

Óxidos	Descongestionantes e mucolíticos, diminuem a viscosidade do muco brônquico e facilitam a expectoração
Cumarinas	Sedativo e anticoagulante
Lactonas	Mucolítico
Dionas	Antiespasmódico e anticoagulante

Fonte: Giraud (2018).

Aromacologia

A aromacologia é o estudo das relações entre os aromas dos óleos essenciais (odores) e seus efeitos psicológicos. Esse método trabalha as emoções com o objetivo de restaurar o equilíbrio do corpo e do espírito, graças às moléculas aromáticas odoríferas e a sua volatilidade (GIRAUD, 2018). Tem como propósito explorar a atividade informacional que os óleos essenciais exercem sobre o organismo humano, visando regular as reações psicoemocionais da pessoa, de acordo com sua história pessoal. Considera-se que o óleo essencial pode trabalhar em problemas relacionados ao sistema nervoso, no manejo de dores, no sofrimento inespecífico e no autoconhecimento. Também é recomendado para sujeitos que estão desenvolvendo aproximação e uso de saberes e práticas da religiosidade e espiritualidade, considerando as indicações feitas nas instituições religiosas e de ordem similar. O óleo essencial é julgado como um método de excelentes resultados nas áreas da psiquiatria, oncologia e cuidados paliativos (BAUDOUX, 2018).

Na aromacologia, a via de administração do óleo essencial é a nasal. Trata-se de um método da olfação ou olfatoterapia. O olfato é um dos nossos cinco sentidos orgânicos, possui a estrutura do nariz para que seja possível sentir os cheiros, odores, aromas e fragrâncias. Essa função é assegurada pela mucosa olfativa, que recobre cerca de 10 cm² da superfície da mucosa nasal e é composta por neurônios olfativos, muito mais sensíveis do que os do paladar (GIRAUD, 2018).

Aromas produzem e conjuram lembranças nas diferentes fases da vida humana. Como observa Ackerman (1996, p. 25), “os odores detonam suavemente nossas memórias”, recuperando pensamentos e recordações das experiências da infância. Esse é um processo acessível, visto que depende somente da percepção dos cheiros. Todavia, evoca grande complexidade vivencial, em razão do olfato ser um sentido que permanece em constante trabalho, do qual não há como fugir:

O olfato é um sentido mudo, o que não tem palavras [...]. Vemos somente quando existe luz suficiente, degustamos o paladar quando colocamos coisas na boca, sentimos apenas quando tocamos alguém ou alguma coisa, ouvimos somente quando os sons são audíveis. Mas cheiramos o tempo inteiro, sempre que respiramos (ACKERMAN, 1996, p. 25-26).

Isso significa que, ao respirar, percebemos os odores. A respiração não é neutra, agradável ou desagradável, trata-se do ar submetido a um processo ininterrupto de cozimento, dado o estado de ebulição em que vivemos. O ar inspirado é diferente daquele expirado: possui composição material modificada (na inspiração está rico de oxigênio e na expiração há maior abundância de gás carbônico) e carrega as experiências de mundo que passam em nossas corporalidades. A cada dia, respiramos aproximadamente 23.040 vezes, movimentando em torno de 12 metros cúbicos de ar. O tempo de uma respiração compreende, em média, dois segundos de inspiração e três segundos de expiração (ACKERMAN, 1996).

A percepção de um odor ocorre em várias etapas. O ar, com os aromas e perfumes que o acompanham, penetra nas narinas e, por meio de alguns processos, envia estímulos nervosos ao cérebro. As mensagens elétricas que compõem esses estímulos permitem decodificar duas informações sobre o aroma: a intensidade do odor percebido e o reconhecimento do odor, utilizando-se da conexão da memória com a experiência olfativa. Cada indivíduo é único e pode reagir de forma diferente ao mesmo aroma (GIRAUD, 2018).

Para praticar aromacologia é suficiente respirar profundamente diretamente no frasco do óleo essencial ou sobre uma tira de papel impregnado com o mesmo e fazer quatro ou cinco inspirações consecutivas. Pelo seu cheiro e vibração, os óleos essenciais fazem remontar as emoções enterradas: impressões aparecerão que devem ser recebidas sem julgamento. Solicita-se que o sujeito esteja simplesmente presente e atento às suas revelações. Uma sessão de aromacologia pode deslocar de volta a consciência, por meio do contato com memórias muito antigas. Uma proposta para execução dessa prática é através de um cuidado que assume a dinâmica dos sentidos do corpo próprio como experiência existencial, fundamentada na fenomenologia. Nessa forma de uso dos óleos essenciais, a consciência perceptiva do corpo próprio exprime a existência total, porque integra a existência biológica e a existência humana. O corpo próprio não é apenas ponto de passagem, instrumento, veículo ou manifestação pessoal: este retoma e recolhe em si aquela existência dada como anônima, dela extrai o seu sentido e a ela atribui significação. Exprime a existência total (SANTANA, 2005).

Essa proposta baseada na fenomenologia merleau-pontiana (MERLEAU-PONTY, 1999) tem sido desenvolvida de forma inovadora em uma universidade do estado da Bahia, ainda em fase de sistematização da experiência. Nela, uma cuidadora faz a mediação do uso de óleos essenciais salientando uma disposição para a (auto)consciência e (auto)observação do ser. O processo considera que ambos os corpos (da cuidadora e das pessoas que buscam cuidado) não são indiferentes ao ritmo próprio tomado a partir da aplicação de cada óleo essencial.

Considerações finais

O uso de Práticas Integrativas e Complementares, como a fitoterapia e a aromaterapia, está institucionalizado no sistema de saúde brasileiro por meio de diferentes políticas e programas de saúde. As modalidades e orientações erigidas para o emprego dessas práticas, suas relações sociais e culturais, novas e antigas, demanda abordagem compreensiva. Neste manuscrito, trouxemos algumas notas sobre o tema com o objetivo de fomentar a sua divulgação e auxiliar no desenvolvimento de estudos na área.

Defendemos as Práticas Integrativas e Complementares no processo de emancipação social, de modo que sejam capazes de interceder no cuidado, conforme cada crença, em suas dimensões mental, emocional, física, social, ambiental e espiritual. A diversidade deve ser um dos pressupostos subjacentes à sustentação dessas práticas e a participação social presente nos espaços em que são endereçadas e tensionadas no Sistema Único de Saúde. Um dos importantes desafios para a fitoterapia e aromaterapia é a garantia da formação profissional adequada. Como apresentado, a formação de terapeutas para as Práticas Integrativas e Complementares ainda apresenta pequena dimensão, demanda de expansão e deve ser uma das pautas de luta para os próximos tempos. Além de garantir a inserção no ensino superior (cursos de graduação e pós-graduação), são importantes as estratégias de educação permanente dos trabalhadores da saúde.

Referências

- ACKERMAN, D. Uma História Natural dos Sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- ALMEIDA, M. Z. Plantas medicinais. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011.
- ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 46, p. 615–633, 2013.
- BARROS, N. F.; CARNEVALE, R. C. Modelagem Farmácias Vivas-Jardins Terapêuticos: para implantação em serviços de Atenção Primária à Saúde no SUS. Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2022.
- BASTA, P. et al. (ed.). Pohã Ñana: ñanombarete, tekoha, guarani ha kaiowá arandu rehegua = Plantas medicinais: fortalecimento, território e memória guarani e kaiowá. Recife: Fiocruz-PE, 2020.
- BAUDOUX, D. O grande manual da aromaterapia de Dominique Baudoux. Tradução de Mayra Corrêa e Castro. Belo Horizonte: Laszlo, 2018

BUCKLE, J. Aromaterapia clínica: óleos no cuidado da saúde. Tradução de Maurício Gaggero. Belo Horizonte: Laszlo, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 23 dez. 2022.

CARVALHO, V. P. et al. Práticas Integrativas e Complementares no ensino superior brasileiro: mapeamento do estado da Bahia. In: Congresso Online Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, II edição, 2021, Macaé. Anais Eletrônicos... Macaé: Editora Congresse-me Ltda, 2021.

FIGUEREDO, C. A.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR, G. D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 381–400, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200004>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GIRAUD, A. M. Óleos essenciais e câncer: abordagem terapêutica, inovadora e natural. Tradução de Ana Lúcia Ramalho Mercê. Belo Horizonte: Laszlo, 2018.

GUIMARÃES, M. B. et al. As Práticas Integrativas e Complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. Saúde e Sociedade, v. 29, n. 1, e190297, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902020000100314&script=sci_arttext. Acesso em: 5 jan. 2023.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

NASCIMENTO, M. C. et al. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: desafios de universidades públicas. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 2, p. 751– 772, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>. Acesso em: 15 jan. 2023.

OLIVEIRA, A. C. D.; ROPKE, C. Os dez anos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e os principais entraves da cadeia produtiva de extratos

vegetais e medicamentos fitoterápicos no Brasil. *Revista Fitos*, v. 10, n. 2, p. 185–198, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19253>. Acesso em: 16 jan. 2023.

RIBEIRO, L. H. L. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1733–1742, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.15842017>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SANTANA, M.T. B. M. O sentido do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo: uma abordagem à luz de Merleau-Ponty. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

Sobre os autores

Maria Teresa Brito Mariotti de Santana

Doutorado em Enfermagem - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestrado na Universidade Federal da Bahia (UFBA)

mariotti@ufba.br

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialização em Enfermagem Intensivista sob a forma de Residência pela UFBA, Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem também pela UFBA e Doutorado pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atualmente, é Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordena o Projeto de Extensão Universitária “CUIDADOTECA: Cuidado Transdisciplinar do Corpo como Consciência e as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde”. Coordenou os cursos de pós-graduação Lato Sensu Enfermagem em Emergência e Urgência Pré-Hospitalar e Hospitalar e Residência Profissional com área de concentração em Enfermagem Intensivista e Enfermagem em Bloco Cirúrgico. Coordena programas de iniciação em pesquisa (PIBIC e PIBIT) e extensão (PERMANECER e SANKOFA).

Vinicius Pereira de Carvalho

Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

viniciuscarvalho@ufba.br

Possui Bacharelado em Saúde e Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente, é Bolsista de Apoio Técnico à Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e estudante de Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA. É integrante do Núcleo de estudos interdisciplinares em saúde, violência e subjetividade, da Liga de Atenção Primária à Saúde da UFBA e do Projeto de Extensão Universitária “CUIDADOTECA: Cuidado Transdisciplinar do Corpo como Consciência e as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde”.

FLORAIS DE BACH

Luana Borges Dutra

Raphael Neves Barreiros

História dos Florais de Bach

Os florais de Bach foram criados pelo doutor Edward Bach – médico, cirurgião, patologista e bacteriologista – durante a década de 30, na Inglaterra. O Sistema completo de florais é composto por 39 florais.

O Dr. Bach foi considerado um grande visionário, pois pensava em conceitos de saúde muito à frente de seu tempo e se faz atual até hoje, ao dizer que saúde depende não somente do estado físico, mas também do estado emocional e espiritual.

Bach criou um sistema completo, composto por 38 remédios florais e o Rescue Remedy (floral emergencial); as 37 essências foram criadas a partir de flores silvestres ou árvores silvestres, com a exceção da essência Rock Water, o qual é preparado a partir da água de uma fonte natural. Ele descreveu os fundamentos de uma nova medicina, neste mesmo período escreveu a obra “cura-te a Ti Mesmo”, com a mensagem principal que a doença física resulta de um conflito com os nossos desígnios espirituais.

A trajetória do Bach foi decisiva para a criação do sistema de florais. Ele foi responsável por 400 leitos de feridos de guerra, durante a primeira guerra mundial, nesse período, observou que o mesmo tratamento aplicado a pessoas diferentes nem sempre curava a mesma enfermidade e que pacientes com temperamentos similares, melhoravam com o mesmo tratamento. Ainda durante o período da primeira guerra, Bach ficou muito doente e apresentou uma forte hemorragia, após passar por uma cirurgia delicada, disseram-lhe que só viveria por mais três meses.

Após recuperar-se da cirurgia, ainda que em um estado muito fraco de saúde, passou a ocupar um cargo nos laboratórios, onde dedicou-se e passou a se sentir mais forte, esquecendo de seus problemas, levando-o a concluir que foi a consciência de um propósito de vida que lhe trouxe de volta a saúde. Bach havia percebido que a personalidade e as atitudes das pessoas afetam o seu estado de saúde. Que o interesse, o amor ou um propósito de vida são fatores decisivos para a saúde e a felicidade. Decidiu então, após estudar intimamente cada paciente que, a personalidade do paciente era mais importante do que os sintomas e que deveria ser levada em consideração ao traçar um tratamento.

Contudo, tornou-se cada vez mais insatisfeito com a medicina convencional e o foco em tratar os sintomas, acreditando que o tratamento eficaz deveria ser concentrado nas causas das doenças. Todavia, decidiu seguir o interesse pela bacteriologia e imunologia.

Em 1919 passou a trabalhar como patologista e bacteriologista no Hospital Homeopático de Londres. Bach surpreendeu-se ao aproximar-se das obras de Samuel Hahnemann, fundador da homeopatia (descritas a 150 anos antes), por relatar a importância da personalidade na doença manifestada pelas pessoas. Bach criou através de seus conhecimentos somados as obras de Hahnemann, vacinas orais, chamadas de Sete Nosódios intestinais de Bach, com o objetivo de melhorar a saúde geral e estados crônicos, tais vacinais orais tiveram ampla aceitação médica.

Em 1928 em um jantar, Bach observou os convidados e compreendeu que as pessoas pertencem a tipos distintos de personalidade. Concluiu então que cada tipo de personalidade reagiria de uma forma particular as doenças.

Aos 43 anos, em 1929, estava em seu auge profissional. Era reconhecido e respeitado pela sociedade e por outros médicos alopatas e homeopatas de toda a Europa como referência em clínica e pesquisa. Porém ao receber um chamado interior, abandonou todas as suas atividades e partiu para o campo, em busca de novos remédios.

Em 1936 disse aos seus colaboradores que a tarefa dele havia se cumprido e que sua missão neste mundo havia terminado. Poucas semanas depois, enquanto dormia, Bach faleceu.

PNPIC e os Florais

Em 2006 foi criado a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC, com o intuito de implementar tais práticas no SUS. Porém somente através da PORTARIA N° 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018 houve a ampliação da Política e a incorporação da Terapia Floral, anunciado durante a abertura do 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública (INTERCONGREPICS), que aconteceu em março, no Rio de Janeiro.

Entretanto é de grande valia ressaltar que apesar da terapia floral estar presente na PNPIC, a mesma não possui regulamentação no Brasil, o que abre brechas para cursos livres ou formações em terapia floral. Destacamos ainda que o respaldo legal para a prática da terapia floral do profissional de saúde se dá através do seu conselho de classe e no que se refere à terapia floral cada conselho exige uma carga horária mínima, que pode ser somada através de vários cursos e formações inclusive opções de formações internacionais de escolas inglesas.

Princípios Básicos e os Funcionamentos dos Florais de Bach

Dr. Edward Bach pesquisou na natureza uma forma simples, indolor e benigna de cura e desenvolveu o Sistema Floral de Bach. Seu objetivo era que qualquer pessoa

pudesse utilizar, independente de idade, ou tratamento medicamentoso necessário para tratar a patologia apresentada, pois seu sistema é um método de autoajuda suave, natural e simples. Por ser simples e seguro, é compatível e complementar a qualquer tratamento convencional.

Bach dizia: “trate a pessoa, não a enfermidade ou seus sintomas”. Por isso, os florais tratam a causa do mal-estar emocional e não o seu efeito final; trabalham sobre as emoções e não sobre os sintomas físicos.

Os florais buscam restabelecer sutilmente o equilíbrio e o bem-estar emocional, nos permitindo tomar consciência das dificuldades que nos incomodam, nos trazendo a paz mental, nos permitindo o “desenvolvimento das virtudes”.

Efeito dos Florais de Bach

Os efeitos dos florais de Bach são percebidos na aparência, na linguagem, nas reações. As pessoas que passam pelo tratamento Floral, tendem a ficar mais expressivas e conscientes, além disso:

- Ajudam o reequilíbrio das emoções;
- Não tem efeito farmacológico;
- São sutis e trabalham de maneira gentil; trabalham de maneira gradativa;
- Não temos como prever o tempo de ação ou efeito;
- O efeito pode ser imediato ou levar algumas semanas, deve-se levar em consideração que a autopercepção é lenta;
- Não tem problema em tomar a essência “errada” – os florais são vibracionais e vão no local onde “há necessidade”;
- É necessário acompanhar o processo de cura;
- Aqueles que buscam tomar as essências florais em situações negativas, terão reações menos dramáticas.
- Observação importante: Os florais não vão substituir os cuidados médicos ou tratamentos convencionais, mas podem ajudá-los a alcançar a cura.

O efeito descascar a cebola

O efeito descascar a cebola é uma forma lúdica e metafórica a qual o Dr. Bah utiliza para explicar o que ocorre com a utilização dos florais. Ele utiliza esse termo para explicar que camadas ou dificuldades emocionais vão se sobrepondo ao problema

real (núcleo do problema), quando cada dificuldade emocional é resolvida (“se descasca uma camada”), podemos então enxergar com mais consciência e podemos ver o núcleo do problema.

O descascar a cebola está intimamente ligado ao processo de autoconhecimento, ao movimento de olhar para dentro. Gosto sempre de fazer uma analogia quando falo do descascar a cebola: quem nunca descascou uma cebola?!

O descascar a cebola pode hora ser uma tarefa aparentemente simples ou um tanto desconfortável, podemos lacrimejar e até mesmo chorar durante o processo, porém a cebola é um ingrediente fundamental para dar sabor à várias receitas.

O floral ajuda a simplificar nossa visão de vida. A essência floral não trata apenas a superfície, mas ao removê-la, mostra que a realidade para reconhecemos que o problema é mais simples do que imaginamos. A medida em que formos descascando a cebola, a camada superficial será resolvida e outras irão emergir. Esta ação acontecerá no ritmo em que a pessoa estiver preparada ou permitir que aconteça.

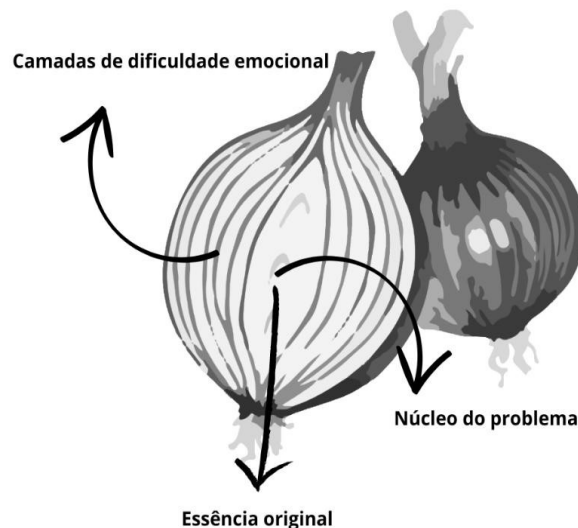


Imagem 1: O descascar a cebola e os florais.

Fonte: Autores

Como utilizar os florais

Há duas formas de se utilizar os florais de Bach, essa escolha será feita junto ao terapeuta floral, para isto será levado em consideração as necessidades do cliente/paciente, disponibilidade de utilização e disponibilidade financeira. As essências serão escolhidas após uma anamnese a qual o foco será nas emoções, principalmente negativas, presentes nos últimos dias/semanas, à partir disso, o terapeuta poderá selecionar até 7 essências florais. Contudo, há duas opções para realizar o tratamento com os florais de Bach.

A primeira opção de utilização dá-se através da escolha de essências e a utilização de “concentrados”, também conhecidos como frasco stock (comercializados por empresas que importam diretamente da Inglaterra). Nessa modalidade o paciente necessitará de um frasco stock de cada floral selecionado e o mesmo irá preparar diariamente uma garrafa (preferencialmente de vidro) com água mineral e irá acrescentar 2 gotas de cada essência floral selecionada; o paciente/cliente deverá consumir todo líquido contido na garrafa ao longo do dia, em partes.

Não é recomendado ingerir tudo de uma vez, pois o Dr. Bach fala da importância de no mínimo 4 “estímulos” por dia, ou seja, o líquido contido na garrafa deve ser ingerido aos poucos, em no mínimo, 4 partes. Vale salientar que para o Dr. Bach não importará a quantidade de água mineral contida no frasco – pode-se utilizar uma garrafa de 200ml, 500ml ou 1000 ml, a quantidade de florais será a mesma (2 gotas de cada essência), isso se dá devido os florais serem de origem vibracional.

A segunda opção é a prescrição feita pelo terapeuta floral para a manipulação do frasco de tratamento, com todas as essências escolhidas (máximo de 7 essências) após a anamnese, em farmácias de manipulação especializada. A manipulação deve ser feita em frasco de vidro, âmbar de 30ml, com água mineral, sem gás; a dosagem do brandy, conhaque de uva ou vinagre de maçã (esses três funcionam como um conservante e o terapeuta deverá escolher o de sua preferência), e em seguida é acrescentado 2 gotas de cada essência floral selecionada. O paciente/cliente deverá consumir 4 gotas, 4 vezes ao dia.

A essência emergencial – Rescue Remedy é a única essência que se deve utilizar 4 gotas, ao invés de 2 gotas, tanto na forma de utilização dos frascos stock quanto na preparação do frasco de tratamento. Uma nova avaliação deverá ser feita a cada término do frasco de tratamento ou a cada 21 a 30 dias para verificar a necessidade de continuação ou de modificação na prescrição das essências florais.

Com relação à eficácia, não há estudos que comprovem diferença de qual das opções é mais efetiva, ambas funcionam e apresentam bons resultados. Já na parte que se refere ao custo, o frasco manipulado de 30 ml dura aproximadamente 21 a 30 dias e acaba sendo um investimento inicial menor, quando comparado a necessidade de comprar os frascos stocks dos florais selecionados.

Grupos de Essências Florais

No Sistema de Florais de Bach, temos 7 grupos. São eles:

- Medo (5 essências);
- Incerteza e Insegurança (6 essências);
- Falta de Interesse no Presente (7 essências);

- Solidão (3 essências);
- Hipersensibilidade às Influências e ideias externas (4 essências);
- Desespero (8 essências);
- Cuidado Excessivo com os outros (5 essências).

Grupo Medo

- Mimulus - Indicação: medo das coisas conhecidas, ou seja, a pessoa consegue denominar do que tem medo. Exemplo: medo do escuro, medo de andar de avião, medo de ser assaltado, medo de algum animal específico, como barata) e timidez.
- Rock Rose – Indicação: Terror; pânico. Geralmente a pessoa que precisa dessa essência tem queixas no plexo solar diante de uma situação de medo, como por exemplo taquicardia devido à exposição de algo, sente o “coração na boca”, ou ainda precisa correr para o banheiro. Exemplo: pessoa precisa correr para o banheiro pois a prova começará em minutos e está muito nervosa. Ou ainda, pessoa recebe a prova e só de começar a preencher o cabeçalho com os seus dados pessoais, sente uma taquicardia e o “coração parece estar pulsando na boca”.
- Chery Plum – Indicação: Medo de perder o controle físico, mental e emocional; cometer uma loucura, de perder a razão, não conseguem controlar seus atos ou possuem algum vício. Exemplo: para pessoas que roem unha e não conseguem parar. Ou ainda, para aqueles que dizem ter vontade de se jogar de algum lugar, gerar algum dano à si próprio.
- Aspen – Indicação: medos e preocupações de origem desconhecidas, a pessoa não consegue descrever com clareza do que tem medo. Presságios e pressentimentos indefinidos. Exemplo: pessoa está trabalhando e sem motivo sente um arrepio e uma sensação como se algo ruim fosse acontecer.
- Red Chestnut – Indicação: medo ou preocupação de que aconteça algo de ruim com os seus entes queridos. Pessoas com medo, pensamentos negativos e preocupação pela segurança, saúde e pelo bem-estar dos seus entes queridos e amigos. Exemplo: a pessoa não pode ouvir uma ambulância que já pega o celular para mandar mensagem para familiar ou amigo pois pensa logo que pode ter ocorrido algo de ruim e essa pessoa pode estar envolvida.

Grupo Incerteza e Insegurança

- Cerato – Indicação: decide, mas duvida de sua decisão; busca conselho e confirmação dos outros. Exemplo: Maria convidou uma amiga para comer risoto de

camarão em um restaurante, ao chegar com sua amiga no local, resolveu perguntar ao garçom sobre qual seria o melhor risoto.

- Scleranthus – Indicação: indecisão entre duas situações. Seu estado de humor oscila com frequência. Indicado também para crianças e adultos que possuem dificuldade ou enjoou com coisas que giram, para quem não consegue ler em movimento, ou, enjoam em meios de transporte quando estão em movimento. Exemplo: criança não consegue ir à roda gigante no parque pois fica enjoada. Roberto não consegue responder à mensagens enquanto está dentro do ônibus, pois o ato de ler faz com que o mesmo fique nauseado.
- Gentian – Indicação: desânimo após uma causa conhecida; duvida; perdeu a fé, para pessoas que sentem desânimo e desilusão diante de uma dificuldade. Exemplo: Eduarda sempre foi excelente funcionária e após 8 anos de dedicação à instituição foi demitida sem justificativa. Agora, Eduarda está desanimada para procurar emprego e pensou até em mudar de área pois não acredita que será possível outra empresa lhe dar a oportunidade de trabalho.
- Gorse – Indicação: falta de esperança e “desistiu de lutar”. Para aqueles que perderam toda a esperança de serem felizes ou de que haja mudança em suas vidas. Exemplo: Márcio sempre foi muito ativo, sempre gostou de fazer atividade física e ajudar as pessoas do seu bairro. Recentemente, Márcio descobriu que está com câncer e terá que fazer um tratamento, após receber o diagnóstico, ele vive cabisbaixo, não sai de casa, não quer ver ninguém e acha que nunca mais será feliz como era.
- Hornbeam – Indicação: preguiça similar aquela famosa de “segunda-feira de manhã”; insegurança na sua energia para a realização do trabalho, mas tem energia para o prazer. Para aqueles que não tem vontade de fazer atividades rotineiras. Exemplo: Roberto acumulou uma pilha de louças sujas em sua cozinha, disse que primeiro precisaria descansar pois os últimos dias a rotina do trabalho havia sido muito cansativa, porém, ao receber uma mensagem em um grupo de amigos o convidando para um churrasco, rapidamente se arrumou para encontrá-los, ou seja, Roberto não tem “forças”, está muito cansado e procrastina para realizar as atividades necessárias e rotineiras, mas tem energia suficiente para fazer o que gosta e lhe dá prazer.
- Wild Oat – Indicação: incerteza sobre qual direção seguir na vida; falta de propósito; estar perdido. Floral indicado para aqueles que se perdem facilmente. Exemplo: Ana tem 17 anos e está prestes a decidir qual curso de graduação escolherá para cursar, ela está em dúvidas entre direito, medicina e engenharia civil.

Grupo Falta de Interesse no Presente

- Clematis – Indicação: sonhador, pensa no futuro, falta de praticidade e concretização. Floral indicado para aquele que se puder, dorme o dia todo; a fuga do Clematis é dormir para fugir dos momentos tristes, frustrantes, estressantes etc.

- Honeysuckle – Indicação: vive no passado ou pensando no passado. Exemplo: Dona Maria tem 58 anos e é viúva a 30 anos, porém vive contando para todos sobre as vivências com seu esposo de forma saudosa e nostálgica, as vezes Maria conta de casos que parecem que acabaram de acontecer, sendo que ocorreram há mais de 30 anos.
- Wild Rose – Indicação: resignação e apatia. Exemplo: Igor relata não estar com vontade de comer, ir ao trabalho e encontrar parentes e amigos.
- Olive – Indicação: falta de energia vital, sensação de cansaço físico e/ou mental e/ou emocional, a pessoa se sente exaurida, “não tem forças” para fazer as atividades por se sentir muito cansada. Exemplo: Luciana após 2 meses sem ter um único dia de descanso (folga), relata estar sem forças para fazer suas atividades, “parece que estou me arrastando”, “não consigo dar conta de atividades simples devido ao cansaço que estou sentindo”. Diferente do Roberto, exemplo do floral Hornebean, Luciana não tem forças/ energia para nada, incluindo atividades que gosta e lhe dá prazer.
- White Chestnut – Indicação: pensamentos indesejáveis, preocupantes, fixos que causam tormento mental. Exemplo: Letícia fez uma bateria de exames de rotina e está com /pensamentos preocupantes pois o resultado de um dos exames ainda não saiu.
- Chestnut Bud – Indicação: dificuldade em aprender com os erros, repetindo as mesmas situações. Indicado para quem tem dificuldade de aprender uma atividade, matéria ou língua estrangeira; para aqueles que não conseguem gravar/decorar. Exemplo: Melissa está na 8ª tentativa para fazer a prova de direção para conseguir sua carteira de habilitação. Em todas as 7 tentativas anteriores Melissa cometeu os mesmos erros que a fizeram perder o exame.
- Mustard – Indicação: tristeza profunda sem causa conhecida, cíclica. indicado para momentos de tristeza sem motivo aparente; vai e vem do nada; Angústia; Angústia existencial. Exemplo: Carla sofre todo mês com uma tristeza sem motivos aparentes, quando ela percebe esse sentimento identifica que faltam alguns dias para a menstruação chegar (a famosa TPM). Do mesmo jeito que a tristeza aparece, ela desaparece, “sem qualquer gatilho para dar start”.

Grupo Solidão

- Water Violet – Indicação: reservado, sério, fechado nos sentimentos; gosta de solidão, preferem fazer atividades sozinhos. Exemplo: Jonathas estava conversando com um grupo de amigos sobre um lançamento de um filme. Os amigos combinaram de assistir juntos, Jonathas concordou, mas logo se adiantou e foi ao cinema sozinho.
- Impatiens – Indicação: impaciência, não consegue compreender o tempo do outro, quer tudo “para ontem”. Exemplo: A senhora Joana sempre reclama na fila do

caixa sobre a demora para ser atendida, ela sempre diz que as caixas do supermercado são muito lentas.

- Heather – Indicação: gosta de ser o centro das atenções, sofre pela solidão, dificuldade de ser compreendido. Floral indicado para quem não consegue “se preencher”; pode buscar por drogas ou se relacionar com inúmeras pessoas ao mesmo para preencher o “vazio” que sente.

Grupo da Hipersensibilidade às Influências e Ideias Externas

- Agrimony – Indicação: tormento interior escondido atrás de um rosto sorridente. Geralmente são pessoas aparentemente felizes, mas que escondem seus sentimentos por trás de um sorriso aparente; pessoas que “engolem muitas coisas” sem conseguir se colocar/ se pronunciar sobre as situações. Pessoas que geralmente “varrem os problemas para debaixo do tapete”.
- Centaury – Indicação: vontade, personalidade ou corpos fracos. Servil, submissão, permite dominação. Geralmente são pessoas que anseiam por agradar aos outros, mesmo que lhe cause sofrimento. Pessoas com dificuldade em dizer não para coisas ou pessoas. Floral muito indicado para quem tem algum tipo de vício. Exemplo: Henrique relatou que é fumante há 20 anos e já fez inúmeras tentativas para largar o cigarro, porém disse que não tem forças, que o vício é mais forte que ele.
- Walnut – Indicação: dificuldade frente às mudanças e sofre por influências externas do presente e do passado. Esse floral serve como escudo das influências e ideias, ambientes e interferências; auxilia em períodos de mudanças da vida (mudança de moradia, término e início de fases da vida, mudança de emprego, mudanças de fuso horários e etc). Para aqueles que se sentem “esponja”. Exemplo: Lucca tem 4 anos e está prestes a conhecer o seu irmãozinho que nascerá nos próximos dias – essa essência é ótima para trabalhar essa nova fase da vida da criança.
- Holly – Indicação: para aqueles que sentem ódio, inveja, ciúmes, são vingativos, revoltados. Exemplo: Mariana sente muito ciúmes do namorado. Ela está sempre de olho nas redes sociais para saber se ele falou com alguém diferente, confere curtidas e comentários das publicações que ele faz.

Grupo do Desespero

- Larch – Indicação: falta de confiança na sua capacidade. Exemplo: Melissa tem o sonho de entrar para o mestrado acadêmico, porém, acha que não será capaz de passar na prova de proficiência de língua estrangeira e acredita que seu projeto não será bom o suficiente para conseguir aprovação.

- Pine – Indicação: auto reprovação por seus atos e até dos outros; culpa. Exemplo: Seu José acabou de internar seu filho mais novo em uma clínica de reabilitação, ele se culpa o tempo todo pelas escolhas do filho.
- Elm – Indicação: sobrecarregado por excesso de obrigações que a vida lhe impõe e que é humanamente impossível dar conta. Exemplo: Karen tem 19 anos, ingressou aos 18 na faculdade federal para cursar medicina, em turno integral. Há 5 meses, os pais dela faleceram em um acidente de carro e Karen é a única pessoa que restou da família para cuidar do seu irmão mais novo, de 4 anos. Karen continua na faculdade, cuida do seu irmão e faz doces e bolos para vender na faculdade e nas feiras da cidade para conseguir dinheiro para manter os custos básicos da casa. Ultimamente Karen tem relatado estar muito difícil conseguir ficar bem, diante de tantos afazeres.
- Sweet Chestnut – Indicação: desespero mental extremo; não entende o porquê de seu sofrimento e não vê saída. Exemplo: Senhor Pedro recebeu o diagnóstico de câncer de pele, após o diagnóstico sr. Pedro vive cabisbaixo e questionando o motivo de ter câncer e não acredita que conseguirá ficar bem mesmo após o tratamento.
- Star of Bethlehem – Indicação: sofrimento por choques e traumas do presente e do passado, inconsolável. Exemplo: esse floral pode ser indicado para pessoas que vivenciaram uma catástrofe natural.
- Willow – Indicação: ressentimento, mágoa, negativismo. Pode se sentir vítima. Exemplo: Leandra sempre atribui ao fato de não ter uma profissão ao nascimento do filho. Diz que não conseguiu estudar e se capacitar como gostaria por ter largado tudo para dedicar-se à maternidade, ela sempre fala isso para o menino de 10 anos. Porém, ela só engravidou aos 40 anos.
- Oak – Indicação: pessoas que amam trabalhar, mas que não respeitam seus limites. Sobrecarrega-se de obrigações que pegam para si. Exemplo: Tatiana está há 3 anos sem férias, a justificativa para isso é que não pode se ausentar do trabalho pois precisa manter tudo em perfeita ordem. Recentemente ao pegar dengue ela continuou indo ao trabalho mesmo debilitada e sentindo fortes dores. Vários colegas tentaram convencê-la de ficar em casa durante a licença médica e emendar em suas férias, mas Tatiana se negou.
- Crab Apple – Indicação: se auto reprova por sua aparência. Sentimento de impureza, baixa autoestima. Exemplo: Laura é uma moça jovem, elogiada por todos ao seu redor por sua beleza externa e interna. Ela faz atividade física regularmente, é super cuidadosa com sua alimentação, mantém sempre uma dieta rica em nutrientes, com alimentos de qualidade. Laura está pesando 54 quilos e tem 165 cm de altura, porém ao se olhar no espelho relata estar gorda, recusa todos os convites para sair, principalmente quando é para ir à praia pois afirma não estar feliz e segura com sua aparência física.

Grupo do Cuidado Excessivo com os Outros

- Chicory – Indicação: possessividade, ciúmes, apego a coisas e/ou pessoas; faz muito pelo outro, mas cobra em troca. Exemplo: Maria é dona de uma grande empresa, adora presentear os filhos e netos com presentes caros, porém toda oportunidade que tem faz chantagens e lembra que foi ela quem deu tudo para eles.
- Vervain – Indicação: eufórico, quer convencer os outros daquilo que acredita. Exemplo: José não frequentava nenhuma religião, se dizia ateu. Recentemente ele conheceu uma religião, agora só fala sobre a sua crença e tenta convencer familiares e amigos (mesmo os que já tem algum segmento religioso) que precisam mudar e frequentar o mesmo local que ele; as pessoas já estão arredias quando veem o sr. José pelo fato dele tentar convencê-las a todo custo.
- Vine – Indicação: dominador, impõe sua vontade. Autoritário, cruel com ele e com o outro. Floral muito indicado para pessoas insensíveis com as emoções. Exemplo: Desde a morte do meu neto, não consigo mais chorar, por mais dolorido que seja a situação, eu não consigo chorar.
- Beech – Indicação: intolerância, crítico, só vê o negativo do outro, também é conhecido como o floral do Educador. Exemplo: Roberto é professor de inglês, tem mais de 20 anos de prática, porém ele vive brigando com os filhos sobre o desempenho da língua estrangeira, diz que a pronúncia e vocabulário dos filhos é regular e não admite tal prática, porém os professores de língua inglesa de seus filhos super elogiam as crianças. Roberto não consegue ver o real potencial de seus filhos!
- Rock Water – Indicação: autoexigência exagerada, perfeccionista; quer ser o modelo para os outros. Exemplo: Luma chega da escola e passa todas as anotações das aulas à limpo, organiza toda a matéria com várias cores de caneta e adesivos para deixar o conteúdo organizado.

Rescue Remedy ou Essência Emergencial

Combinação de 5 essências florais que formam uma única essência. É indicado para:

- Sofrimentos agudos ou emergenciais;
- Sofrimentos antecipatórios; pré e pós cirúrgico.
- Pode ser utilizado a longo prazo.

Componentes do *Rescue Remedy*:

- Star of Bethlehem – para aliviar os efeitos do choque;
- Rock Rose – para um grande medo, terror ou pânico;

- Cherry Plum – para a histeria e a sensação de perder o controle;
- Clematis – para a sensação de tontura, desmaio e confusão.
- Impatiens – para agitação, irritabilidade e nervosismo.

Rescue Cream

Indicado para:

- Escoriações;
- Lesões fechadas de pele;
- Acne;
- Picadas de inseto;
- Torcicolos;
- Inchaços nos pés ou em locais específicos;
- Alergias de pele.

As essências podem ter 2 tipos de Indicação

- Essência Tipo→ indicada para a personalidade, geralmente vem antecedido de “eu sou...”, “sempre fui...”, “todos dizem que eu sempre”
- Essência Situação→ indicada para situações momentâneas, passageiras. Geralmente é precedido de: “ultimamente tenho...”, “de uns tempos pra cá...”, “tenho ficado...”.

Devemos lembrar que as essências florais são escolhidas para indicações do agora, do momento presente, “aqui e agora”, independentemente de ter características de essência tipo ou essência situação.

Referências

BACH EDWARD. Os remédios florais do Dr. Bach. Tradução Alípio Correia de Franca Neto; 19ª edição; São Paulo; Editora Pensamento, 2006.

HOWARD JUDY. Os Remédios Florais do Dr. Bach Passo A Passo: Guia Completo Para Prescrições. 1ª edição; São Paulo; Editora Pensamento, 1990.

VENÂNCIO DINA. Terapia Floral: Escritos Selecionados de Edward Bach - Sua Filosofia, Pesquisas, Remédios, Vida e Obra. 10ª edição; Editora Ground, 2012.

MONARI CARMEN. Participando da vida com os florais de Bach: uma visão mitológica e prática. 6ª edição; São Paulo; Editora Acallanto, 2018.

SCHEFFER MECHTHILD. Terapia Floral do Dr. Bach – Teoria e Prática. 1ª edição – 13ª impressão; Editora Pensamento-Cultrix Ltda, 2013.

BEAR JESSICA; BELLUCCO WAGNER. Florais de Bach: O Livro das Fórmulas; 1ª edição; Editora Pensamento, 2006

Sobre os autores

Luana Borges Dutra

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Doutoranda em biociências – pela UNIRIO

luanaborges@edu.unirio.br

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências - PPGENFBIO da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); Mestre em Enfermagem no Programa de Pós Graduação em Enfermagem - PPGENF (UNIRIO). Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós Graduada em Acupuntura. Professora convidada da Pós Graduação em Acupuntura do Instituto Universalis e da Anhanguera. Membro da Câmara Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Conselheira na Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas e Enfermeiros de Práticas Integrativas - ABENAH. Membro nos Grupos de Pesquisa: Laboratório de Pesquisa e Experimentação de Tecnologias para o Ensino e Cuidado em Enfermagem - L@PETeCEnf - UFF; Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde - LAETS - UNIRIO. Orcid:0000-0002-6132-3255

Raphael Neves Barreiros

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Doutorando em Ciências da Saúde – pela UNIRIO

raphaelbarreiros@edu.unirio.br

Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Mestre em Enfermagem (UNIRIO) . Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós Graduado em Acupuntura. Professor da Pós Graduação em Acupuntura da Universalis e da Anhanguera. Pesquisador nos Grupos de Pesquisa: Laboratório de Pesquisa e Experimentação de Tecnologias para o

Ensino e Cuidado em Enfermagem - L@PETeCEnf - UFF; Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde - LAETS - UNIRIO. Membro da Câmara Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Membro da Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas - ABENAH.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0272-3187>

ARGILAS MEDICINAIS PARA GEOTERAPIA: UMA ABORDAGEM CONCEITUAL

Graciela Mendonça da Silva Medeiros

Roberto Gutterres Marimon

Carina Cerati

Conceitos e breve histórico

A expressão geoterapia vem do grego (geo - terra, argila / terapia - tratamento) e define a prática natural que utiliza a argila medicinal para fins terapêuticos. Outras nomenclaturas conhecidas e empregadas para esta prática são: Argiloterapia, Lamaterapia, terapia do barro medicinal, Hidrogeologia médica e mineraloterapia.

Trata-se, portanto, da técnica terapêutica que faz uso da argila medicinal como veículo, diluída em água (em proporções específicas de acordo com a modalidade selecionada, para aplicação tópica/dérmica ou interna (uso oral).

A aplicação tópica/dérmica é a mais explorada, com resultados satisfatórios para os casos de disfunções, distúrbios em saúde e mesmo em patologias. É uma prática segura, não invasiva e que favorece o estímulo eletro bioquímico diretamente no nosso maior órgão do corpo, a pele. Na prática, os benefícios e eficácia são garantidos pelas propriedades: anti-inflamatória, antisséptica, bactericida, analgésica, desintoxicante, mineralizante, entre outras, que dependerá do tipo de argila utilizada (VILA Y CAMPANYA, 2000).

Na modalidade de uso interno da geoterapia, ainda em estudo, a aplicação se dá em casos específicos e com muita cautela, pois, apesar de ser utilizada como vermífugo, desintoxicante e remineralizante em algumas regiões do Brasil e do mundo, há necessidade de se assegurar mais evidências sobre os riscos e benefícios dessa modalidade.

Na construção histórica, há descrições de que sinais e evidências arqueológicas apontam que o Homo erectus e Homo Neanderthalensis faziam uma mistura utilizando ocres, água e diferentes tipos de lamas, para curar feridas e aliviar irritações. Há indicativos de que faziam isso com intuito de imitar os animais (CARRETERO, 2002). Ao observar e executar a ação instintiva dos animais silvestres em banhar-se na lama, percebiam que seu organismo sofria algum tipo de alteração, ou quando ele se encontrava debilitado por algum motivo (BONTEMPO, 1998).

Outros relatos históricos entre 4000 e 3000 a.C., período Neolítico, mostram que antigas culturas estabelecidas na Mesopotâmia e no Egito utilizavam 125 fármacos de natureza mineral, entre eles o nitrato de potássio e o cloreto de sódio chamados de terras medicinais (RONAN, 2001). Por serem constituídos essencialmente de minerais e

argila (conhecidos como minerais naturais) eram utilizados, segundo Gomes et al (2009), para tratamento de ferimentos, lesões dérmicas, e hemorragias.

Hipócrates (460 a.C.- 377 a.C.), médico grego tido como o "Pai da Medicina", considerava que apenas a natureza é capaz de curar doenças e manter o ser humano saudável. Entre os métodos terapêuticos recomendados por Hipócrates para cuidar da saúde estão: dietas, banhos, sol, água e desintoxicação (GOMES, 2013). As argilas e outros recursos minerais incluíam-se nesses processos (BONTEMPO, 1994).

No Antigo Egito, os relatos históricos sobre a utilização da argila notabilizam o seu uso para diversos fins, que incluía tanto embalsamentos e a conservação de alimentos, utilizando a terra de Lemnos, quanto as práticas e prescrições com fins medicinais e estéticos (ZAGUE et al., 2007). Como exemplo, destaca-se Cleópatra (69 a.C. – 30 a.C.), rainha do antigo Egito, com status de deusa, que utilizava máscaras de argila para conservar e destacar a beleza da pele e do rosto. Ela utilizava lamas do Mar Morto para cuidar da pele e conseguiu explorar o local, como terapêutico e de descanso (FRAMIS, 2007).

Os tratamentos com argila medicinal foram difundidos e empregados de forma significativa entre os médicos árabes, gregos e romanos, como Avicena, Galeno, Discórides e Plínio. Esses médicos defendiam o uso de argilas para tratamentos de pessoas, e também animais, com enfermidades articulares, reumatismo e paludismo (DEXTREIT, 1997; SANTOS et al., 2009).

No fim do Séc. XVII a meados do Séc. XVIII surgiram as Farmacopéias, juntamente com o aparecimento das primeiras classificações mineralógicas. As farmacopéias classificavam e regulamentavam fármacos e minerais para usos medicinais, através de códigos oficiais. Esses códigos oficiais deveriam ser criteriosamente seguidos durante a produção dos medicamentos (CARRETERO, 2002).

O grande responsável pela Geoterapia moderna foi o naturopata Adolf Just (1859-1936). Quando jovem Adolf Just era livreiro, sofreu de uma doença nervosa e conseguiu a cura através de tratamentos de Sebastian Kneipp. A partir daí tornou-se profundamente convicto nas forças da natureza. Em 1895 ele publicou seu primeiro livro, "Volte para a natureza". Um ano depois fundou seu centro de cura alternativa "Jungborn" (movimento para a vida). Passou a utilizar argila após descobrir que o corpo humano é afetado pelo magnetismo terrestre e pode ter sua saúde melhorada ao andar descalço em contato com a terra e ao ter uma noite de sono em uma cama com uma mistura de ervas e terra. Just também percebeu que os animais selvagens acometidos por uma febre ou com ferimentos, se banhavam na lama (VILA Y CAMPANYA, 2000). Ele fundou a "Heilderde-Gesellschaft", Sociedade de cura pela terra, que ainda hoje comercializa a conhecida Terra de Luvos.

No início do século XX, durante uma epidemia de cólera Asiática, o Dr. Julius Stumpf utilizou doses orais de argila branca, e obteve sucesso com esta medida (REINBACHER, 2007).

Por vez, a Geofagia -ingestão de argila-, é uma prática antiga. Uma das justificativas para a eficácia dessa modalidade é que ela supre deficiências nutricionais de minerais e tratar doenças gastrointestinais. A ingestão de argila é amplamente utilizada em casos de diarreia, na adsorção de toxinas que posteriormente serão evacuadas, dores e inchaços abdominais e proteção da mucosa gastro-duodenal. Como efeito negativo estaria a prisão de ventre e a redução na absorção gastrointestinal de alguns fármacos quando ingerida simultaneamente com argila (GOMES et al., 2009).

Emmanuel Felke (1856-1926), era naturopata, ele defendia o uso da argila e da Iridologia. Para Felke os tecidos humanos doentes recuperam seu equilíbrio energético ao entrar em contato com a terra, e isso acontece porque há uma correspondência magnética entre os tecidos humanos e a terra. Ele criou formas de uso e indicações terapêuticas para as argilas, mas foi perseguido por agentes de saúde pertencentes ao movimento higienista (fim do século XIX e início do século XX), na Europa, os quais consideravam inaceitável a aplicação de lama em feridas, pois acreditavam que causasse algum tipo de infecção (VILA Y CAMPANYA, 2000). No hospital de Felke, a Geoterapia era a principal terapia utilizada. Os pacientes andavam descalços por horas, recebiam cataplasmas de argila, banhos de lama e dormiam no solo. A fama de cura do padre ficou conhecida na Alemanha como "The Cure Clay" (A cura pelo barro).

De acordo com os relatos históricos percebe-se a diversidade tanto na modalidade de intervenção quanto na natureza dos distúrbios e patologias a serem tratados com as argilas. O uso da argila pode ser um recurso não invasivo, benéfico e resolutivo para muitas questões de cuidado em saúde, com resultados rápidos e transformadores.

Argilas Medicinais: origem, aspectos estruturais, geoquímicos e aplicabilidades

A origem dos minerais de argila está relacionada aos processos de intemperismo (físico/químico), que resulta na fragmentação e alteração do substrato rochoso com a adição, remoção, transporte e modificação de elementos na superfície da crosta terrestre. A depender do grau de abrangência de cada área de estudo do solo a palavra argila, de forma geral, pode ser entendida como os materiais terrosos com granulometria inferior a 4 μ m (micrômetro). Ou ainda, para além, do carácter granulométrico, no campo da mineralogia o termo argila demanda da composição de minerais específicos, constituídos por elementos ou compostos químicos, cristalizados e formados naturalmente por meios de processos geológicos inorgânicos na superfície da terra.

No caso das argilas, o processo de pedogênese (formação dos solos) tem papel significativo para as transformações químicas e físicas do material litológico, ambiente favorável a formação desse tipo de minerais. Os minerais de argila, como a maioria dos

minerais formadores de rocha, pertencem a Classe dos Silicatos e de forma singular a Subclasse dos Filossilicatos. Portanto, as argilas podem ser descritas quimicamente como: silicatos de alumínio hidratados. As composições químicas desses minerais nunca são simples, podendo ocorrer variações na relação Si/Al (sílica e alumínio) e a quantidades de água e consideráveis quantidades de Magnésio (Mg), Ferro (Fe), Manganês (Mn), Cálcio (Ca), Lítio (Li), Titânio (Ti), Sódio (Na) e Potássio (K), entre outros (MEDEIROS, 2013).

O arcabouço cristalino das argilas está constituído por arranjos lamelares, edificados pela alternância de lâminas tetraédricas de sílica envolta por íons de oxigênio e camadas octaédricas de alumínio (Al^{3+}) envolta por hidroxilas (OH^-). Nessas estruturas, os espaços entre as lamelas possibilitam tanto a existência de ligações e trocas iônicas, como substituições de elementos, que são incorporadas à estrutura do mineral pelo processo de hidrólise de silicatos durante o intemperismo, determinando de forma significativa às características e propriedades físicas desses minerais. Conferindo assim, maior riqueza às argilas quanto mais elementos em sua estrutura.

Essas propriedades químicas e físicas das argilas que permitem as trocas de elementos químicos em suas estruturas são as bases principais para a utilização das argilas como terapêutica, através da geoterapia. Ou seja, a troca entre os íons da massa argilosa (corretamente preparada) com a pele do indivíduo é o que confere a essa técnica uma eficiente terapêutica.

Para que os efeitos bioquímicos aconteçam é imprescindível a presença de água nas estruturas cristalinas das argilas, o que desencadeia uma série de propriedades, tais como: plasticidade, resistência mecânica, troca iônica em presença de umidade, retração linear de secagem, compactação, tixotropia – a viscosidade diminui quando são agitadas - e viscosidade de suspensões aquosas, que explicam sua versatilidade de uso nas aplicações terapêuticas e tecnológicas. As principais variedades de minerais de argila pertencem aos grupos:

- . das caulinitas - $Al_2Si_2O_5(OH)_4$,
- . das ilitas (hidromicas) - $(K,H_3O)(Al,Mg,Fe)_2(Si,Al)_4O_{10}[(OH)_2,(H_2O)]$,
- . das esmectitas ou montmorilonitas - $(Na,Ca)0.33(Al,Mg)_2Si_4O_{10}(OH)_2 \cdot nH_2O$

A diferença entre esses tipos de argilas está ligada à sua estrutura e às substituições – tipo de reação química- ocorridas durante o processo de formação, como a troca do alumínio por magnésio ou ferro e do silício por alumínio ou ferro, ou ainda, por elétrons neutralizantes (cargas elétricas dos elementos minerais) como sódio, cálcio, potássio entre outros, conforme salienta BIRITI et al., 2017. Isso implica em diferenças nas características de propriedades, textura e cor desses minerais e nas suas funções terapêuticas.

Em síntese, as argilas pertencem à família mineral dos filossilicatos hidratados e aluminosos de baixa cristalinidade e diminutas dimensões (inferiores a $4\mu m$ de diâmetro), que se mantém comumente estáveis nas condições termodinâmicas e

geoquímicas na superfície terrestre. Sua origem, como já mencionado, advém da desagregação de rochas pré-existentes, por ataque químico (como a corrosão pelo ácido carbônico) ou físico (erosão, vulcanismo), que produz a sua fragmentação e propicia a formação de minerais argilosos nos perfis de solo. Neles a fração de argila, comumente chamada de lama ou barro, é constituída por minerais do grupo das argilas que agregam hidróxidos coloidais floculados e diversos outros componentes cristalinos ou amorfos.

Na estrutura cristalográfica das argilas, justapõem-se camadas não expansivas, mantidas por ligações de hidrogênio entre elas, compostas por uma estrutura edificada por tetraedros de sílica alternada por uma camada de octaedros de alumina (ou magnésio) e hidroxilas que definem a geometria dessa unidade cristalográfica, conforme imagem abaixo.

Nesses minerais são encontradas variações químicas oriundas da relação entre os elementos provenientes da sílica (Si) e do alumínio (Al), os quais são variáveis, além das diferentes quantidades de água e disponibilidade de íons (proveniente de outros elementos). As argilas possuem diferenças na capacidade de troca e adsorção de íons com o meio. As espécies minerais compostas por uma camada de tetraedros de sílica e uma camada de octaedros de alumina são do tipo (1:1), estas que podem ser associadas às argilas de cor branca ou tonalidade mais clara. Enquanto aquelas compostas por duas camadas de tetraedros de sílica e uma de octaedro de alumina são do tipo (2:1), neste caso temos as argilas coloridas e bastante pigmentadas.

As argilas com maior capacidade adsorção (adesão de átomos, íons ou moléculas de um gás, líquido ou sólido dissolvido a uma superfície) são as do tipo (2:1), uma vez que elas retêm uma maior quantidade de elementos quando comparada com as do tipo (1:1). Assim, como a pouca substituição dos átomos centrais nestas estruturas minerais (tanto nos tetraedros quanto nos octaedros) as caolinitas, do tipo (1:1), possuem uma pequena capacidade de troca iônica, isso corresponde a menor disponibilidade de espaço entre as lâminas, isso é, elas apresentam uma menor probabilidade de reter íons, secando mais rapidamente, quando comparadas às do tipo (2:1), fato que influenciará diretamente nas suas qualidades e indicações terapêuticas.

A aplicação terapêutica das argilas está ligada principalmente as suas propriedades físico-químicas, influenciadas pelo reduzido tamanho de suas partículas - o que lhes confere elevada área superficial com ligações químicas não saturadas e possibilidade de interação com diversas substâncias, como as do corpo humano, por exemplo (MEDEIROS; MARIMON, 2017).

Grande parte do poder reativo das argilas se deve, provavelmente, a enorme capacidade que tem de absorver água, principalmente no grupo das argilas montmoriloníticas, nas quais a água pode se acumular entre as lâminas da sua estrutura levando o mineral a aumentar de volume. Esse fato mostra a capacidade reativa dos minerais de argila principalmente de adsorção – uma ligação fraca e

reversível – de elementos químicos em uma fase fluída. O processo de adsorção nas argilas é reversível, isso é, um íon adsorvido pode retornar a fase líquida na argila pela dessorção, o processo inverso da adsorção (AZEVEDO, 2010).

As cores e matizes dos depósitos de argila pode ser diversas, como o branco, preto, vermelho, roxo, amarelo, verde, cinza e marrom, em tons variados. A sua pigmentação está ligada a composição química desses minerais influenciada pelas condições físico-químicas do local e ambiente onde ocorrem (HURLBUT, 1970; BRANCO, 2014; MARIMON; MEDEIROS, 2014).

Segundo Jaime Pedrassani apud Branco (2014), as cores observadas nos depósitos de argila encontram-se comumente associadas aos seguintes elementos: a branca – marcada pela ausência de compostos de ferro, manganês, titânio e de matéria orgânica; a cinza e preta – ligada a presença de óxidos de manganês ou de magnetita ou até matéria orgânica; a vermelha, laranja e amarela – está marcada pela presença de óxidos e hidróxidos de ferro; a roxa – sem origem definida, parece estar ligada a óxidos de ferro e manganês; a verde – ligada a compostos de ferro na forma reduzida, presentes em minerais como clorita ou relacionada à presença de minerais de cobre ou olivinas. Nesse contexto, a geoterapia se apropria dos mesmos fundamentos teóricos utilizados na cromoterapia - ciência que emprega as diferentes cores para alterar ou manter as vibrações dos corpos na frequência que resulta em saúde, bem-estar e harmonia - sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações com o objetivo de harmonizar o corpo, atuando do nível físico aos mais sutis (CREA, 1992; AMBER, 1997; PAGNAMENTA, 2003; MANDEL, 2004).

A caracterização da argila medicinal utilizada na geoterapia está diretamente relacionada aos condicionantes do seu ambiente de formação, da estrutura, da composição química e das propriedades físico-químicas inerentes a cada tipo de mineral argiloso.

Na **perspectiva procedimental**, a geoterapia utiliza dois componentes principais: água e argila (medicinal). Ambas são misturadas até atingir a textura e homogeneidade que cada modalidade requer. As intervenções podem por via externa – uso tópico- ou interna. Concernente à prática clínica o uso externo (método mais comum de intervenção) as modalidades de aplicação variam entre cataplasmas, máscaras, água argilosa, banhos de argila e ainda modalidade de massagens com argila. No caso de intervenção interna, chamada também de geofagia, a ingestão de argila pode ser feita por meio das apresentações: cápsulas, pó, comprimidos, balas e ainda água de argila.

As formas de intervenção podem ser estruturadas da seguinte forma: a) Geoterapia Clássica: métodos de intervenção em que os procedimentos tem objetivo de aplicação de argila no local da dor (tópico), visando apenas o alívio de quadros álgicos e desconforto ou distúrbios fisiológicos que comprometem bem-estar e saúde do paciente; b) Geoterapia Moderna/Contemporânea: cujo processo estético é o foco de intervenção; c) Geoterapia Integrada, que tem o propósito de ampliar a

possibilidade de atuar com a geoterapia incorporando recursos da simbologia, memórias do corpo, princípios das medicinas tradicionais, para possibilitar reflexões do processo saúde, desequilíbrios, distúrbios, fluxos de energia ou mesmo patologia do paciente, elevando seu nível de consciência, para favorecer mudança de postura mediante a queixa que ele traz para tratamento. Este último método de intervenção é mais complexo, precisa de um conhecimento aprofundamento sobre saúde, corpo e consciência e uma atuação voltada para o ser dentro das dimensões que ele está imerso. Não se trata de atuar apenas no sintoma, na queixa e sim integrar as percepções de sofrimento que potencializam o desconforto desse indivíduo.

Cada tipo de argila (condicionada estrutura cristalográfica e química, oferece estímulos diferentes no corpo. Por exemplo, na argila vermelha os elementos: óxido de magnésio (MgO); sódio (Na); óxido de ferro (Fe₂O₃); óxido de cobre (CuO); óxido de potássio (K₂O); ferro (Fe); cobre (Cu) e cromo (Cr), é comum estarem associados. (Engenharia Mecânica UFPR, 2012; GOPINATH et al., 2003; SAMPAIO, 2008; STARIOLO, 2009). Em função de suas características estruturais, sugere-se uma associação comparativa com o Cobre nativo, de cor avermelhada, com sistema cristalino isométrico ou cúbico, encontrado em zonas de oxidação, associado a lavas basálticas, como produto de soluções hidrotermais.

A geoterapia com argila vermelha deve ser evitada em determinadas condições de inflamação, febre, hipertensão, em pessoas eufóricas, com irritabilidade e de temperamento excitado, pois a dinâmica energética desta argila é estimular o movimento no corpo. Se o vermelho for utilizado com muita frequência pode trazer um esgotamento da energia vital (AMBER, 1983).

Segundo Huard (2007), a argila vermelha, por ser de forte poder de terapêutico por estimular muito a circulação sanguínea e os músculos. É a argila usada para ajudar na supuração de ferimentos, tosse crônica, ajudando no movimento dos fluidos locais, problemas de laringe, asma e anemia. É bastante estimulante, ativa as pessoas cansadas e melhora o metabolismo.

Em lesões de pele como pápula, bolha, pústulas ou descamação e casos de desintoxicação é indicada a utilização da argila vermelha, para estimular o efeito de drenagem e oxigenação da pele (MEDEIROS, 2013).

Contudo, os detalhamentos das informações acima descritas servem para instruir e ampliar a visão do profissional sobre a complexidade da prática que usamos para intervenção e cuidado da saúde. Há necessidade de conhecer as especificidades de indicação das argilas (Tabela 1) para adequada aplicabilidade prática. Por isso, destacamos que selecionar a argila é tão importante quanto selecionar a modalidade de intervenção. Cada modalidade (exemplificaremos algumas nas próximas páginas) também tem uma ação específica e quando associada com argila ideal para tratar a demanda do paciente, os resultados podem ser surpreendentes.

Tabela 1: Estrutura química e principais indicações das argilas

COR	Estrutura cristalina	Principais indicações
Branca	alumínio (Al); óxido de magnésio (MgO); óxido de cálcio (CaO); enxofre (S); ferro (Fe); boro (B); potássio (K); cálcio (Ca ⁺⁺); silício (Si); e óxido de enxofre (SO ₃)	Muito utilizada em misturas com outras argilas para suavizar os efeitos das outras cores. Estimula a pele para a produção de colágeno e elastina, dando assim uma característica mais resistente e um aspecto harmônico à pele. A argila branca tem efeito depurativo, higienizante, descongestionante, tensor suave e revitalizante. Auxilia no aporte sanguíneo e oxigena e nutre a pele
Verde	óxido de sódio (Na ₂ O); zinco (Zn); monóxido de potássio (K ₂ O); óxido de alumínio (Al ₂ O ₃); magnésio (Mg); manganês (Mn); cobre (Cu); alumínio (Al); silício (Si); molibdênio (Mo); óxido de titânio (TiO ₂); lítio (Li ⁺⁺); sódio (Na ⁺) e potássio (K ⁺)	Indicada para catarro bronquial, doenças pulmonares e inflamações nas articulações. Toda doença crônica responde bem ao uso da argila verde. É, também, indicado para tumores, úlceras e cistos, assim como doenças dos olhos e diabetes. Tem efeito equilibrador e favorece a sensação de contentamento e tranquilidade. Emocionalmente o verde está associado aos efeitos sedativos, calmante e relaxante.
Amarela	cálcio (Ca ⁺⁺); cobre (Cu); manganês (Mn) cúbica; ferro (Fe); magnésio (Mg) e potássio (K)	A argila amarela proporciona alívio de dores articulares e a recuperação de lesões que foram provocadas por pancadas ou entorses, uma vez que aumenta a circulação local, oxigenando a região e auxiliando no retorno venoso, drenagem linfática. Indica-se a argila amarela também em processos tendinosos e articulares
Rosa	hematita ou óxido ferroso III (Fe ₂ O ₃); sódio (Na) e óxido de cobre (Cu ₂ O)	A argila rosa é uma mistura, da branca com a vermelha. Tem propriedades de tonificar a pele, promovendo elasticidade, realça o brilho da pele e a maciez, além de emoliente, relaxante e antioxidante. É empregada na estética para hidratar, higienizar e clarear suavemente a pele.
Preta	alumínio (Al); titânio (Ti), magnésio (Mg); zinco (Zi); ferro (Fe) e enxofre (S)	Possui efeitos adstringentes e ativa circulação sanguínea. Seus efeitos são anti-inflamatórios, descongestionantes, cicatrizantes, antisséptica.
Vermelha	óxido de magnésio (MgO) sódio (Na); óxido de ferro (Fe ₂ O ₃) óxido de cobre (CuO) óxido de	Estimula a circulação sanguínea e os músculos. É a argila usada para ajudar na supuração de ferimentos, tosse crônica,

	potássio (K ₂ O) ferro (Fe) cobre (Cu) e cromo (Cr)	ajudando no movimento dos fluidos locais, problemas de laringe, asma e anemia. É bastante estimulante, ativa as pessoas cansadas, melhora o metabolismo.
--	--	--

Fonte: MEDEIROS (2013); MEDEIROS; MARINON (2017).

O tempo de exposição da argila em contato com o corpo, depende da modalidade a ser empregada e objetivo de tratamento. As máscaras faciais ficam agindo em trono de 10 a 15 minutos; cataplasmas no corpo 40 a 60 minutos, podendo variar para mais ou menos (é necessário observar a resposta de secagem da argila para retirar no momento certo, ou seja, antes de secar totalmente); banhos e escalda pés, também variam de 10 a 30 minutos.

Dentre as modalidades, trazemos como exemplo as mais aplicadas:

Modalidade de Aplicação Tópica - compressas e cataplasmas: trata-se da aplicação de argila em locais específicos do corpo que apresentam disfunções ou patologias, com intuito de aliviar dor edema, desconforto e até lesões na pele (MEDEIROS, 2013).

Aplicação Dorsal: a argila pode ser aplicada na região que se estende desde a primeira vertebra cervical até a região sacral, ou trabalhando as regiões separadamente. Esta modalidade tem função de relaxamento, tratamento de dor provocadas por lesões, LER, DORT ou ainda sinais e sintomas de estresse. Na perspectiva simbólica, coluna vertebral simboliza o eixo, força e discernimento do indivíduo, direção, estrutura que ergue o indivíduo. Representa a presença, conexão com o momento presente. Quando o tratamento explora essa linha mais simbólica, favorece uma intervenção que amplia o processo terapêutico. É um processo que leva o indivíduo à reflexões para posterior tomada de atitude e se torna um agente ativo em seu tratamento. Esta conduta terapêutica (símbolos, memórias do corpo, reflexões) também é explorada para prevenção, cuidados e promoção do bem-estar do indivíduo (MEDEIROS, 2013).

Aplicação em ombro, nuca e pescoço: abrange toda a região de musculatura do trapézio, serrátil posterior superior e rombóide menor. Em casos de dormência, dor e aspectos emocionais relacionados, sobrecarga de atividades cotidianas que levam o indivíduo a desenvolver contratura muscular, dor, acompanhados ou não nódulos nessa região e ainda sensibilidade ao toque. Nesse caso, a aplicação de argila na área, provoca alívio de tensão e dor local. Na abordagem simbólica, esta área abrange aos pesos que a pessoa carrega: às auto cobranças, frustrações e exigências. Existe, portanto, a necessidade para olhar os acontecimentos da vida. Quando não é possível suprir estas necessidades promovendo auto-reflexão, auto-expressão e liberdade por motivos peculiares de cada indivíduo, instala-se o bloqueio, que por sua vez gera dor, desconforto e frustração (LELUP, 1998).

Aplicação no Plexo Solar ou plexo celíaco: o plexo solar ou plexo celíaco é um emaranhado de terminações nervosas que inervam os órgãos digestivos altos.

Simbolicamente, representa a “digestão” das emoções e atitude. Casos de indigestão, desconforto no estômago e região do epigástrica, esta modalidade é indicada, principalmente quando a causa é oriunda de ansiedade, preocupação, medo, insegurança (MEDEIROS, 2013).

Aplicação Abdominal: compreende a região umbilical e abdominal lateral estendendo-se até a coluna lombar. Tem como objetivo tonificar pelve, ventre e rins. Indicada para distúrbios do sistema reprodutor, digestório e urinário (alívio da dor, melhora do funcionamento intestinal entre outros). Simbolicamente trabalha a autoestima, feminilidade, autocuidado. Estimula a força interior, a disposição para recomeçar um momento novo. Tem efeito sobre o ventre e ativa a habilidade em doar, receber, assimilar os processos de forma saudável. A intenção simbólica da pélvis é a confiança em si e nas escolhas da vida (LELUP, 1998).

Aplicação Facial – máscara facial: indicada para auxiliar nos quadros de bruxismo, acne, cravos, tensão muscular e facial e drenagem facial. Na estética é utilizada para clareamento e redução de manchas. A simbólica da face é a identificação do indivíduo consigo, às máscaras que utiliza perante a sociedade. A geoterapia pode contribuir no processo de comunicação com o mundo externo e assumir a identidade (LELUP, 1998).

Modalidade de uso interno: apesar de ser uma possibilidade de intervenção, destacamos que há restrições que precisam ser consideradas, tais como: consumo de medicações de rotina dos pacientes, tipo de medicamentos, miligrama das medicações entre outros, para que haja controle dos riscos e benefícios de uso interno e evitar interação com medicamentos. Mesmo que para alguns profissionais seja considerada como suplementos, alimentos ou remineralizante, para alguns é classificada como medicamento, e por isso tem dosagem e administração diferenciadas. Estudos já citam a possibilidade de interação dos elementos químicos da argila com digitálicos, o que acende um alerta para maior cuidado e controle por parte do profissional (BONTEMPO, 2002).

Diante das modalidades apresentadas, das variedades de argilas e riqueza de minerais em suas composições, bem como da individualidade e necessidade de condução do processo de cada indivíduo ressalta-se que a atuação com a geoterapia é complexa e necessita de aprimorados conhecimentos teóricos e práticos para seu maior aproveitamento.

Há mais de 20 anos, a geoterapia é ofertada como uma disciplina nas formações acadêmicas de cursos de graduação e pós graduação no Brasil, mais especificamente, nos cursos da área da saúde que incorporam as práticas integrativas, no processo de formação do aluno. A disciplina, na versão optativa ou obrigatória, contempla em média 60 a 80 horas/aula, ou seja, toda a parte básica de fisiologia e fisiopatologia fazem parte do sistema de formação previamente à disciplina de geoterapia, para capacitar o profissional na aplicabilidade da argila medicinal.

Atualmente já existem cursos livres, de formação e em breve pós-graduação Lato Sensu. A técnica é razoavelmente simples, se for aplicada dentro de uma perspectiva mais sintomatológica. Porém na perspectiva geoterapia sindrômica ou sistêmica, há necessidade de formação na área da saúde para atender a complexidade que a prática requer (avaliação, diagnóstico, determinação da melhor intervenção, tempo de acompanhamento etc).

Referências

AMBER, Reuber. Cromoterapia. SP. Ed. Cultrix, 1999.

ARRIETA, M. El gran libro de la gemoterapia – propiedades energéticas y aplicaciones terapéuticas das gemas e minerales. Barcelona: Editora Vedral, 2005.

AZEVEDO, A. C. de. Morfologia e Classificação de Solos. LSO 410 Gênese. USP, 2010.

BIRITI BMAB, BURITI JS, CARTAXO JM, NEVES GA. Estudo das propriedades estruturais, térmicas, químicas e granulométricas de argilas com perspectivas em tratamentos medicinais, terapêuticos e estéticos. In: 14º Congresso da Sociedade Latino Americana de Biomateriais, Órgãos Artificiais e Engenharia de Tecidos. Maresias; 2017. 585-94p.

BONTEMPO, Márcio. Medicina natural. São Paulo: Nova Cultural, 1994.

BRANCO, Pércio de Moraes. Minerais Argilosos. CPRM – Serviço Geológico do Brasil, 2014.

CARRETERO, M. Isabel. Clay minerals and their beneficial effects upon human health. A review. Applied Clay Science, Espanha, v. 21, June 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169131701000850>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

CREA, Pedro. Gemas. Gemoterapia - Manual Práctico y Clínico. Buenos Aries: Ed. Continente, 1992.125p.

DEXTREIT, Raymond. L'Argile qui Guérit: Mémento de Médecine Naturelle. Disponível em: <<http://prod.dgdiffusion.com/upload/105/600/4/0/9782715500679.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2022.

ENGENHARIA MECÂNICA. Estrutura Cristalina. Nota de aula. UFPR., Curitiba, 2012. Disponível em: <[ftp://ftp.demec.ufpr.br/disciplinas/EngMec_NOTURNO/TM336/Notas/aula%203-%20Estrutura%20cristalina%20\[Modo%20de%20Compatibilidade\]%20-%20C%F3pia.pdf](ftp://ftp.demec.ufpr.br/disciplinas/EngMec_NOTURNO/TM336/Notas/aula%203-%20Estrutura%20cristalina%20[Modo%20de%20Compatibilidade]%20-%20C%F3pia.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2022.

FRAMIS, Cote. El poder curativo de la arcilla. Barcelona: Oceano Ambar, 2007.

GOMES, Celso de Sousa Figueiredo. Naturotherapies base don minerals. Geomateriais, Aveiro, v. 3, n. 1, Jan. 2013. Disponível em: <

<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=26928>>. Acesso em: 05 nov. 2022.

GOMES, Celso de Sousa Figueiredo et al. CHARACTERIZATION OF CLAYS USED FOR MEDICINAL PURPOSES IN THE ARCHIPELAGO OF CAPE VERDE. *Geochimica Brasiliensis*, Aveiro, v.23, Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.geobrasiliensis.org.br/ojs/index.php/geobrasiliensis/article/view/313/pdf>>. Acesso em: 18 nov.2022.

HULBURT, D. Manual de Mineralogia. RIO DE JANEIRO: AO LIVRO TECNICO. S.A, 1970. 353 P

LELOUP, Jean-Yves. O corpo e seus símbolos. 10ª ed. org. Lise Mary Alves de Lima. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MANDEL, Peter. Manuale pratico di cromopuntura. ed. tecniche nuove, Milano, 2004.279p

MEDEIROS, Graciela Mendonça da Silva de. Geoterapia: teorias e mecanismos de ação : um manual teórico - prático. Tubarão: Ed. Unisul, 2007.

MEDEIROS, Graciela Mendonça da Silva de. O poder da argila medicinal: princípios teóricos, procedimentos terapêuticos e relatos de experiências clínicas. Blumenau: Nova Letra, 2013.

MEDEIROS G, MARIMON R. Geoterapia nos cuidados a saúde. In: Hellmann F, Rodrigues DMO Termalismo e Crenoterapia. Palhoça: Editora Unisul; 2017. 331-49p.

PAGNAMENTA, NEERESH F. Cromoterapia para Crianças. São Paulo: Madras, 2003. 168p.

POPP, FRITZ-ALBERT; GU, QIAO; LI, KE-HSUEH. "Biophoton Emission: Experimental Background and Theoretical Approaches". *Modern Physics Letters B*. World Scientific Pub Co Pte Lt., 1977.

POPP FA. *Biologie des Lichtes*. Berlin: Verlag Paul Parey, 1984.

REINBACHER, W. The man who saved one million. GSA Annual Meeting, Denver, v. 39, n. 6, Out 2007. Disponível em:<https://gsa.confex.com/gsa/2007AM/finalprogram/abstract_129316.htm>. Acesso em: 5 nov. 2022.

RONAN, Colin A. História ilustrada da ciência da Universidade de Cambridge, Volume 1: das origens à Grécia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

STARIOLO,D. Introdução a Física da Matéria Condensada. Departamento de Física Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.if.ufrgs.br/~stariolo/ensino/curso_2009.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

VILA Y CAMPANYA, M. Manual de geoterapia aplicada. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa Nacional de Medicina

Complementária. Peru. Textos completos, 2000. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/geoterapia/geoterapia.html>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ZAGUE, Vivian et al. Argilas: natureza nas máscaras faciais. *Cosmetics & Toiletries*, São Paulo, v. 19, Jul-Ago. 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/89030338/ARGILAS-Natureza-nas-mascaras-faciais>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

Sobre os autores

Graciela Mendonça da Silva Medeiros

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

IMANAH Terapias e Treinamentos – Florianópolis/SC

gracielamendoncamedeiros@gmail.com

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Especialista em Medicina Chinesa, Acupuntura e práticas integrativas. Atua na assistência clínica desde 1997 com foco na saúde do adulto. Autora de livros e materiais didáticos sobre argila medicinal, reflexoterapia (podal e auricular), teoria e prática da medicina chinesa. Mestre e Doutora em Enfermagem-UFSC. Professora, supervisora e pesquisadora nos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), no período de 2000 à 2019 com alcance nos cursos de Enfermagem, Naturologia, Fisioterapia, Educação física, Cosmetologia e Estética em saúde. Atuação docente nas áreas: da Medicina Tradicional Chinesa, Geoterapia, Reflexoterapia e Estágios.

Roberto Gutterres Marimon

Mestre em Engenharia de Produção pela UFSC

ocelotll@terra.com.br

Formação Acadêmica em Geologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Geólogo do Projeto RADAMBRASIL- Basc (1978/83) e Bagoi (1983/84). Geólogo/prospectador da Companhia Vale do Rio Doce – CVRD (1984/91). Mestre em Engenharia de Produção, tendo

como área de concentração a Ecopsicologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Acupuntura pelo Instituto de Medicina Oriental, IMO, Brasil (2007). Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), no curso de graduação em Naturologia (1999/2021), atuando como docente nas áreas: da Medicina Tradicional

Xamânica, Medicina Tradicional Chinesa, Cromoterapia, Gemoterapia, saúde e ambiente e visão integral. Professor aposentado e trabalha com terapias xânicas.

Carina Cerati

Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS

Instituto Inanís

carinaceratti@gmail.com

Formação Acadêmica em Naturologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Secretária Administrativa no Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL de 2011 a 2015. Iniciação Científica na área da Bioética. Participante do Núcleo de Pesquisa em Naturologia e Práticas Integrativas Complementares. Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS (2017). Sócia e diretora do Instituto Inanís em Porto Alegre/RS.

HIPNOTERAPIA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM SAÚDE

Osmar Ribeiro Colás

Introdução

Este trabalho tem como meta apresentar de uma maneira objetiva as possibilidades de utilização da hipnoterapia como instrumento útil na abordagem complementar e integrativa nas mais variadas situações em saúde.

Inicialmente iremos aqui apresentar um pequeno painel do que seja a hipnose e hipnoterapia, seus aspectos em neurociência, aplicações, escolas mais importantes e metodologias de utilização.

A história da Hipnose se confunde com a história do ser humano. Embora não se utilizasse este nome, desde épocas remotas as sugestões já eram utilizadas pelos antigos xamãs, oráculos, sacerdotes etc., que através de rituais levavam as pessoas e entrarem num estado modificado de consciência (fase mística) e, portanto, susceptíveis às sugestões (AKSTEIN, 2005).

O primeiro médico a dar uma explicação em relação à hipnose (fase explicativa) foi Frans Anton Mesmer, através de uma tese de doutorado denominada “Dissertatio Physico-Médica de Planetarum Influxu (Dissertação físico-médica sobre a Influência dos Planetas). Nesta ele considerava que um “fluido sutil” unia todos os corpos (PASSOS, 1999).

O termo hipnose foi inicialmente utilizado por James Braid quando, após assistir uma apresentação de hipnose, chegou em casa e aplicou em sua esposa e em um funcionário seu, onde observou que haveria um cansaço ocular e chamou o processo inicialmente de neuro-hipnotismo (1843) e posteriormente hipnotismo (fase científica) Houve muitos atores importantes envolvidos na história da hipnose, sendo que não é o nosso intuito ampliar neste capítulo o estudo desta história, mas devemos pontuar a relação de Freud com a hipnose, ressaltando as escolas francesas de Salpêtrieri (sob a batuta do grande Charcot), que achava o estado hipnótico um processo psicopatológico e a escola de Nancy (capitaneada por Liebault e Bernheim), que diziam que a hipnose era um fenômeno psicológico normal. Muitas histórias interessantes perpassam por estes momentos onde, segundo alguns autores a hipnose foi “colocada em transe” (pelo médico neurologista (Babinsky) que dizia ser a hipnose “simulação” e culminou com a assertiva que os resultados da hipnose era “pura imaginação”; esquecendo ele que exatamente este aspecto (imaginação) é o maior responsável pelo processo integrativo entre mente-corpo sendo também um dos grandes responsáveis pela determinação de muitos processos psicopatológicos

(PASSOS, 1999). Aliás, foi Avicena quem primeiro fez esta afirmação dizendo que: “pela palavra, pela vontade e pela persuasão, muitos padecimentos poderiam ser curados” (AKSTEIN, 2005). O princípio favorito deste médico e sábio da antiguidade (Avicena) era: "intellectusin formisagit universalitatem" ou seja, “a universalidade das nossas ideias é o resultado da atividade da própria mente” (ATTIE FILHO, 2000; GIOSTRI, 2017).

Na segunda metade do século 20, um médico chamado Milton Erickson, deu uma nova luz à hipnose, utilizando-se de uma postura mais acolhedora, natural e menos impositiva, dando início à denominada Hipnose Ericksoniana. Atualmente, estas duas linhas são as mais importantes, sendo a primeira, hipnose clássica, mais impositiva e paternal; enquanto a hipnose ericksoniana se caracteriza por ser mais natural, permissiva e ecológica, uma vez que utiliza os recursos internos do sujeito. (BAUER, 2010).

A hipnose clássica é mais avaliada sob a ótica da neurociência, cujos processos neurobiológicos são muito pesquisados, enquanto a hipnose Ericksoniana se reveste de uma visão mais filosófica e humanística.

O fato é que os hipnoterapeutas atuais são sempre mais ecléticos e deixaram de ser puristas, utilizando estratégias de ambas as escolas.

Entre esta duas escolas, encontra-se a Programação Neurolinguística (PNL) que, baseada no estudo e aperfeiçoamento de uma “comunicação efetiva”, trouxe grandes benefícios e se agrega muito bem com estas duas escolas hipnóticas. Devemos pontuar que esta PNL teve parte do seu desenvolvimento estudando o modelo de comunicação em vários níveis (consciente, inconsciente e emocional) de Milton Erickson (denominado “Modelo Milton Erickson de comunicação” (COTA; BORGES, 2021).

Após os anos 60 e 70 do século passado, houve uma integração da hipnose com as práticas denominadas cognitivo-comportamentais (TCC), onde o uso da hipnose foi sendo cada vez mais incorporada e hoje dizemos que a quarta onda evolutiva das TCC são exatamente a incorporação da hipnose e outros estados modificados de consciência associados a estas práticas (COLÁS, 2012).

Em 2006 o Ministério da Saúde incorporou a utilização pelo SUS de uma série de práticas denominadas “Práticas Integrativas e Complementares – PICs, como instrumentos úteis na abordagem de várias situações. A hipnoterapia (o uso terapêutico da hipnose), faz parte do rol destas atividades reconhecidas pelo MS (SUS, 2006).

Em nosso País, os profissionais de saúde autorizados a utilizar a hipnose pelos respectivos conselhos profissionais são até o presente momento: médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (RUELA; MOURA; GRADIM, 2019). Mais recentemente o Conselho Brasileiro de Fonoaudiologia emitiu parecer favorável ao uso de hipnoterapia pelos fonoaudiólogos, desde que tenham se preparado para esta prática (ABH, 2021).

Entre as possibilidades de utilização da hipnoterapia como instrumento complementar em saúde podemos ter:

- Controle da dor, principalmente na dor crônica (MCKENAN, 2022);
- Controle de hábitos, desde tabagismo, álcool, drogas até a compulsão alimentar (ENTWISTLE, 2017);
- Anestésias superficiais ou complementar em anestésias mais profundas (BADIDI, 2021);
- Controle de medos, pânico e fobias (PELISSOLO, 2016);
- Disfunções sexuais (COLÁS, 2013);
- Gerenciamento do estresse e outros estados de ansiedade (PELISSOLO, 2016);
- Controle de transtornos psicossomáticos (CAIRE, 2021);
- Psicoterapias realizadas por médicos e psicólogos (SUS, 2006);
- Condicionamento para o Parto (COLAS, 2020);
- Gestão em saúde geral (ENTWISTLE, 2017);
- Outros.

Conceito atual de Hipnose e Hipnoterapia

Existem muitas discussões acerca desta definição do que seria hipnose. No magistral livro de Marlus Ferreira, uma literatura de referência em nosso País, podemos observar mais de vinte definições sobre definições de hipnose (FERREIRA, 2008). Um outro estudo interessante desta discussão foi por nós apresentado numa publicação onde chamamos a atenção para os vários aspectos que devem ser levados em conta nestes conceitos, culminando assim com a seguinte definição de Hipnose:

Hipnose é um estado psiconeurobiológico, induzido por alguns procedimentos bem determinados (chamados indução hipnótica), que visam diminuir o raciocínio lógico (crítico), aumentar atenção e a capacidade de experimentar imaginariamente (absorver-se) nas sugestões oferecidas; determinando por conseguinte, uma série de fenômenos senso-perceptivos, cognitivos e comportamentais, além de uma condição neurobiológica compatível com a experiência vivenciada que, por sua vez, podem ser utilizados de maneiras diferentes e variadas, com o intuito de melhorar o bem estar das pessoas (COLÁS, 2019).

Definimos como hipnoterapia a utilização dos procedimentos hipnóticos associados ou isolados com a função terapêutica, não só em psicoterapia como também como atividades complementares em outras áreas da saúde. Por questão de coerência, as práticas terapêuticas integrativas e complementares nos direcionam para a denominação hipnoterapia. Eventualmente estaremos nos referindo à hipnose ou hipnoterapia, dependendo do aspecto que estivermos abordando (SUS, 2006).

Literatura atual e hipnose

Se tivermos a curiosidade de acessar as várias bases de dados como Bireme, Pubmed, Cochrane Library e mesmo Google Scholar, procurando publicações sobre hipnoterapia e saúde, poderemos aquilatar a importância e a variedade de produções científicas que vão desde descrições de experiências pessoais (com menos validação científica), até metanálises variadas sobre o tema hipnose nas técnicas complementares e/ou integrativas. Muitos trabalhos apresentam algumas validações importantes a respeito da utilidade desta prática tanto em complemento a outras terapias como em utilização isolada. O fato é que podemos encontrar a aplicação da hipnose e hipnoterapia em qualquer área da saúde, sendo que a maior prevalência se encontra nos transtornos de ansiedade, nos transtornos psicossomáticos e no controle de hábitos e vícios.

Hipnose sob o ponto de vista da neurociência

Se outrora na hipnose houvesse um viés um tanto quanto místico ou sem bases em neurociência, atualmente podemos inferir uma série de publicações em pesquisas nas várias linhas da neurociência que confirmam e validam as alterações eletro-neuro-psicofisiológicas relativas aos diferentes níveis e tipos de estados modificados de consciência sendo a hipnose uma delas.

Existem estudos extensos sobre alterações eletroencefalográficas compatíveis com o estado de hipnose, estudos sobre neurobiologia e modulação psicofisiológica demonstrando a atuação dos estados modificados de consciência sobre o sistema neurovegetativo e neurobiológico; estudos em : ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitron, mapeamento cerebral por eletroencefalografia digital , entre outros; todos trabalhos demonstrando os efeitos destas práticas sobre a neurobiologia cerebral. Inclusive, na modulação epigenética através da palavra aplicada, e suas respostas na produção de neurotransmissores e nas repercussões destas modificações na gênese das psicopatologias (CORTEZ, 2021).

Fenomenologia da Hipnose

Como podemos observar, a prática da hipnoterapia (terapias sob hipnose) se dá pela utilização dos fenômenos que são produzidos pelo estado transicional de atenção (estado de transe). Entre estes fenômenos temos:

- Fenômenos ideomotores: caracterizados por respostas de relaxamento, catalepsias, e movimentação automática. Aqui trabalhamos como vimos as várias situações, onde o treino de relaxamento se faz necessário, lembrando da importância destas práticas nas modulações e respostas do sistema neurovegetativo; nos processos catalépticos, temos como exemplo manter a boca aberta sem conseguir fechar em trabalhos odontológicos; na movimentação automática temos a comunicação inconsciente pelo movimento ideomotor (fazemos quando estamos inconscientemente respondendo com movimentos de cabeça a perguntas simples).

- Fenômenos ideosensoriais: caracterizados por alterações perceptivo-sensoriais como distorções de gosto, olfato, visuais, auditivas e tácteis, além das proprioceptivas e interoceptivas. Estas são utilizadas quando precisamos modificar uma dada percepção, por exemplo: um prurido crônico, de base emocional, que pode ter sua percepção modificada como se fosse um pequeno aquecimento local, ou uma sensação de cólica menstrual que pode ser modificada ou na sua intensidade ou na percepção distorcida como um pequeno peso no baixo ventre, ou mesmo uma sensação de enjoo pode ser modificada na sua intensidade ou distorção para uma sensação de “esfriamento gástrico”. Sem contar nas modulações da dor, seja aguda ou crônica que pode ser distorcida de inúmeras maneiras, na sua intensidade, no seu caráter, na sua frequência, no seu significado etc.

- Fenômenos psico-imaginários, onde temos: as alterações de memórias, entre elas as amnésias total ou parcial (a pessoa desenvolve uma amnésia em relação ao que está sendo feito) , a hipermnésia (lembra detalhes de acontecimentos (por exemplo pode lembrar onde deixou as chaves do carro ou uma placa de um automóvel envolvido em um acidente), a revivência com o resgate cognitivo (reviver intensamente uma situação, acessando o estado emocional daquele momento), a distorção do tempo (expansão ou contração do tempo); outro fenômeno psico-imaginário é a capacidade de criar experiência imaginárias ou até alucinações sob hipnose, sendo muito utilizada na abordagem de transtornos de ansiedade, como pânico, fobias, e ansiedade de desempenho (p.e.se ver dando uma aula com segurança). Um outro grupo de fenômenos psico-imaginários estão envolvidos nas modulações psicobiológicas, onde modulações nos sistemas psiconeuroimunológicos, neuroendócrinos, cardiovascular e neuropeptídeos podem ser modificados pelas várias estratégias de imaginação ativa (PASSOS,1999). Por exemplo: se pedimos para alguém imaginar um doce de seu agrado sob hipnose, este provavelmente irá ativar as glândulas salivares. Se em seguida pedirmos para imaginar-se mordendo este doce, provavelmente sua salivação irá aumentar. Mas, se a seguir dissermos que ele sentiu um pequeno estalido durante

a mordida e ao olhar observou um pequeno inseto morto no meio do doce, imediatamente sua salivação irá parar e seu estado de humor será imediatamente outro. Toda esta neurobiologia é manipulada pela simples sugestão que determina a imaginação determinante do processo. Podemos transpor este pequeno raciocínio para (p.e.) situações sexuais e, assim, entenderemos a capacidade modulatória destes estados transicionais de atenção (BRESSANI; COLÁS, 2016).

Como podemos perceber acima, com apenas alguns exemplos demonstramos uma série de possibilidades de utilização da hipnoterapia, conforme o fenômeno que nos interessa no momento. Aqui se encontra a arte do uso destas práticas. Colocar um paciente em estado hipnótico é muito fácil; como utilizar este estado é o grande trunfo dos hipnoterapeutas.

Suscetibilidade e sugestibilidade hipnótica

Denominamos de suscetibilidade hipnótica a capacidade de responder bem aos procedimentos para indução hipnótica. Esta independe de sexo, idade, nível cultural ou inteligência, sendo maior em pessoas mais criativas e artísticas. Acredita-se que existam bases genéticas e, pessoas com estas características, apresentam alterações não só eletroencefalográficas sugestivas, compatíveis com imaginativos, mas também alterações em neuroimagem (AKSTEIN, 2005). Esta capacidade é imutável ao longo da vida.

Denominamos de sugestibilidade aspectos contextuais, que pode interferir no sucesso do procedimento. Entre eles temos:

- Disposição psíquica para aceitar as sugestões sem a participação da razão. Aqui as crenças sobre o procedimento e a necessidade de resultados positivos (expectativa) são importantíssimas;
- A existência de “Rapport” que é o relacionamento harmônico, simpático e confiante entre duas ou mais pessoas. Para alguns, este seria o fator mais importante de todos;
- Ausência de crenças negativas como: medo da perda de consciência, cancelamento da vontade, revelação de segredos, ser percebido como uma debilitação mental e não ser dehipnotizado. A orientação e desmistificação sobre estes aspectos é fundamental para que consigamos desenvolver um bom rapport e uma disposição psíquica adequada. Por melhor que seja o terapeuta, se ele não conseguir criar estas duas situações acima (disposição psíquica e rapport), dificilmente terá um resultado satisfatório.

Ainda dentro deste capítulo da hipnotizabilidade temos que, estatisticamente, a chance de uma pessoa ser hipnotizada dentro dos vários graus de profundidade assim se apresentam (PASSOS, 1999):

Capacidade e profundidade para entrar em transe hipnótico

Na população geral, numa primeira tentativa temos:

Não hipnotizáveis -----	05%
Estado hipnoidal -- -----	95%
Estado leve -----	85%
Estado médio -----	60%
Estado profundo -----	15%
Estado sonambúlico -----	10%

Existem muitas tabelas e maneiras de classificarmos a profundidade do transe hipnótico, sendo que acima podemos observar os 5 graus conforme a clássica publicação de Moraes Passos em 1999. Desta maneira podemos perceber que apenas uma pequena parte da população não estaria suscetível a algum grau de hipnotizabilidade, levando-se em conta que estes números se aplicam a uma primeira tentativa. Sabemos que, com o devido esclarecimento o reforço do rapport e a progressiva disponibilidade do sujeito hipnótico (aquele que vai ser hipnotizado), estes números podem se ampliar no sentido de melhores resultados.

Durante a realização dos procedimentos para a indução hipnótica, podemos seguir uma série de fenômenos que caracterizam o grau de profundidade do estado hipnótico. Existem inúmeras Escalas de profundidade, algumas com dezenas de fenômenos. No entanto, hoje em nosso País usamos uma mais prática, apresentada no livro do Professor Moraes Passos (1999), (figura1).

Segue abaixo a Escala de Profundidade Hipnótica de proposta por Torres Norry (1953).

Escala de Profundidade Hipnótica		
<i>Etapas</i>	<i>Fenômenos Essenciais</i>	<i>Fenômenos Auxiliares</i>
Hipnoidal 95%	1º Fenômenos oculares 2º Fenômenos corporais	
Leve 85%	3º Catalepsia ocular 4º Movimentação automática	1º Desafio 2º Apagamento
Média 60%	5º Analgesia 6º Sugestão hipnótica simples	3º Surdez 4º Sinal-hipnógeno
Profunda 25%	7º Amnésia superficial 8º Conversar sem acordar 9º Abrir os olhos sem acordar 10º Amnésia profunda 11º Anestesia profunda	
Sonambúlica 10%	12º Visualização cênica 13º Alucinação 14º Sugestão pós-hipnótica	

Figura 1: Escala proposta por Torres Norry, 1953.

Através do desenvolvimento progressivo dos fenômenos, vamos caracterizando a profundidade do estado de transe e das possibilidades de fenômenos desenvolvidos em cada profundidade.

Nos dias atuais, quase não utilizamos esta tabela na prática clínica, salvo em alguns trabalhos científicos. Sabemos hoje, que um sujeito pode desenvolver uma anestesia profunda e muitas vezes não desenvolver um fenômeno como conversar sem acordar.

Metodologias de indução

O professor Moraes Passos, em suas aulas costumava dizer que “existem tantas maneiras de induzir a hipnose quantos hipnólogos existem”. No entanto, atualmente consideramos duas escolas básicas que são a clássica e a Ericksoniana.

Dentro da escola clássica temos 5 tempos básicos que são:

- 1) **Indução:** *procedimentos iniciais para direcionar a atenção do sujeito para os procedimentos iniciais p.e. “...sente-se confortavelmente e fixe seu olhar na ponta desta caneta...”;*
- 2) **Aprofundamento:** *estratégias para aprofundar o estado de transe até o fenômeno que nos interessa no momento (p.e. contar lentamente de 10 até 1 enquanto imagina descendo uma escada);*

- 3) **Verificação do estado:** *procedimentos e expressões externas que visam confirmar o desenvolvimento do estado alcançado (p.e. relaxamento facial, deglutição sonora, caída do braço etc.);*
- 4) **Utilização:** *técnicas e estratégias que são utilizadas para modificar, trabalhar efetivamente o motivo que nos levou a utilizar esta terapia. Este é na realidade o processo central da hipnoterapia (p.e. modulação senso-perceptiva, anestesia, catatonia, hipermnésia, revivência, modulação psicofisiológica e neurovegetativa etc.);*
- 5) **Dehipnotização:** *instalação do sinal hipnógeno ou “signo sinal”, com vistas a deixar condicionado o retorno ao estado alcançado nesta sessão mais rapidamente (p.e. ...nas próximas sessões, bastara me ouvir dizer “feche seus olhos relaxe e durma” e voltara imediatamente a este estado de transe cada vez mais profundo...). Além disso, também os procedimentos realizados para a retirada do estado de transe (p.e. contar progressivamente de 1 até 10 à medida que vai subindo a escada em direção ao “aqui e agora”). Lembramos ser este um tempo importante pois a retirada do estado de maneira abrupta pode levar ao desenvolvimento de sintomas desagradáveis e mal-estar (PASSOS,1999).*

Dentro da escola Ericksoniana, temos na realidade 4 tempos, embora se apreciarmos com cuidado, todos os tempos da hipnose clássica se apresentam de forma diferente nesta metodologia.

Os tempos básicos são abreviados pela sigla em inglês ARER. São eles:

- 1) **Absortion:** *absorção ou introspecção inicial para focalização de atenção; equivale a indução hipnótica (p.e. “...você pode perceber o peso dos seus pés apoiados no chão... e pode ouvir os sons `a sua volta...”);*
- 2) **Ratification:** *ratificação ou fazer o paciente perceber as mudanças que estão acontecendo, equivale ao aprofundamento e verificação dos fenômenos desenvolvidos (p.e. “...você pode se dar conta que seu corpo se relaxou e sua respiração mudou...”);*
- 3) **Elicitation:** *eliciação de recursos internos que podem ser redirecionados para a resolução de problemas, equivale a utilização do estado e uso das estratégias terapêuticas (p.e. “...a sua mente consciente sabe o que deve fazer para reorganizar adequadamente seu comportamento de forma a alcançar a meta desejada...”);*
- 4) **Return:** *reorganização interna e retorno para o estado atual, saída do estado de transe de uma maneira mais ecológica (p.e. “...você pode se permitir a reorientar-se internamente e retornar para o aqui e agora no seu tempo dentro dos próximos 2 minutos...”) (BAUER, 2010).*

Entre as técnicas de utilização dos estados de transe, apresentamos abaixo, de maneira resumida, apenas para uma visão geral das possibilidades de situações que podem ser abordadas (PASSOS, 1999):

1. **Entrevista sob hipnose** – *utilizar a hipnose para ajudar o paciente a fazer o resgate cognitivo de algum acontecimento específico;*
2. **Método Catártico** – *desenvolvida por Freud, utiliza-se de ab-reações para eliminar a “energia emocional” reprimida;*
3. **Escrita automática** – *utiliza fenômeno ideomotor para simbolizar situações de interesse para a terapia (muito utilizada em crianças);*
4. **Ponte afetiva** – *utiliza a focalização em um sentimento para “deixar vir” uma experiência desagradável de interesse terapêutico;*
5. **Criação de conflitos** - *para alguns a prescrição de sintomas – útil como processo de dessensibilização como comportamento aversivo (TOC);*
6. **Técnicas projetivas** – *imaginar-se vivenciando uma situação específica onde poderá utilizar as orientações discutidas como por exemplo – assertividade, perdão etc. Também pode servir para vivenciar o “sucesso sucedido” (as consequências do resultado esperado);*
7. **Hipnossíntese** – *técnica de finalização de processo terapêutico (elaboração e reorganização dos aprendizados sob hipnose) ;*
8. **Hipnografia** – *escrita em estado de transe hipnótico – parapsicologia;*
9. **Hipnoplastia** – *fazer artes manuais como esculturas sob hipnose (não confundir com hipno-neuroplastia (neuroplasticidade cerebral);*
10. **“In /out method”** – *utilizado para entrar e sair do transe durante uma sessão de psicanálise, trazendo novos acontecimentos de importância;*
11. **Dissociação de personalidade** – *técnica utilizada para dissociar a pessoa, como se ela fosse ela mesmo em outra época ou outra pessoa;*
12. **Desenhos** – *utiliza reflexos ideomotores inconscientes, semelhante a escrita automática;*

13. **Psicodrama** – desenvolvido por Moreno, utiliza a processo dissociativo com o foco nos comportamentos externos e nas emoções mobilizadas. É a base das técnicas de Hipnobiodramaturgia e constelação familiar;

14. **Associação de palavras** – palavras chaves que, em estado hipnótico, determinam acessos emocionais a experiências traumáticas;

15. **Produção de sonhos** – Sugestões para o paciente desenvolver sonhos para trazer nas próximas sessões;

16. **Hipno-narco-análise** – utilização de medicamentos hipnóticos para facilitar a entrada em estados de hipnose, dentro de uma sessão psicanalítica;

17. **Terpsicoretranseterapia** – Estado hipnótico desenvolvido através de rotação continuadas do corpo (dança circular), associadas ao som de atabaque (quimbanda), onde o paciente roda até cansar ou cair por exaustão (David Akstein);

18. **Dessensibilização progressiva de Wolpe** – aproximação progressiva do objeto fóbico, intercalando-se o retorno a um estado relaxado induzido anteriormente;

19. **Dessensibilização cênica de Moraes Passos** – Exposição imaginária da pessoa em estado de transe na cena fóbica, aumentando progressivamente o tempo da exposição imaginária (PASSOS,1999).

Aplicações da hipnoterapia

Entre as aplicações mais comuns da hipnoterapia nas especialidades cujos conselhos profissionais já reconhecem a prática temos:

- **Medicina geral:** controle de sintomas psicossomáticos nas várias especialidades, dor crônica, anestésias, hábitos etc.;
- **Psicologia:** distúrbios de ansiedade e depressão, transtornos de personalidade, Instrumento fundamental da TCC;
- **Odontologia:** medo de dentista, controle de dor intraoperatória, salivação, sangramento, bruxismo, adesão a aparelhos etc.;
- **Enfermagem:** técnicas de relaxamento, preparo pré-operatório, curativos, sondagens etc.;
- **Fisioterapia:** motivação, relaxamento, controle de dor à movimentação, focalização de metas etc.;

- **Fonoaudiologia:** controle de gagueiras, tiques orais, engasgamentos constantes entre outros.

Outras possibilidades de utilização ainda não regulamentadas, mas possíveis de serem utilizadas seriam em:

- Nutrição, no gerenciamento da ansiedade, controle de impulsos e focalização de atenção e metas;
- Esportes, na diminuição da ansiedade, focalização de atenção e superação da ansiedade de desempenho;
- Psicopedagogia, melhorando capacidade de atenção, memória e desempenho.

Como podemos observar são grandes as possibilidades de uso destas práticas hipnoterápicas nas várias vertentes da saúde, direta ou indiretamente (SUS, 2006).

Contraindicações da hipnoterapia

Embora seja uma prática relativamente segura, alguns pontos devem ser observados na utilização da hipnose:

1. **Depressão maior** – pacientes com depressão grave devem primeiramente ser medicados, pois o risco de suicídio pode aumentar já que alguns pacientes podem passar a ter a coragem que antes não tinham. É prudente sempre medicar antes;
2. **Pacientes esquizóide ou *borderline*** – estes pacientes têm maior propensão a desenvolver surtos psicóticos caso sejam expostos a emoções ou contrariedades fortes. Sugere-se evitar o uso da hipnose a não ser que seja realizada por psiquiatra que tenha como controlar um possível surto;
3. **Paciente esquizofrênico ou bipolar** – semelhante aos casos anteriores sugere-se medicar antes e só utilizar a hipnose depois do controle medicamentoso e fora do surto psicótico;
4. **Apneia central do sono** – nestes casos orientamos para fazer o processo em cadeira, sentado, para evitar que o paciente desenvolva a apneia do sono. A saída abrupta do estado de transe acompanhada do sintoma de hipoxigenação, pode levar o paciente a desenvolver sintomas desagradáveis, insegurança e perda de confiança na técnica;
5. **Efeito de drogas ou álcool** – o paciente sob o efeito destas substâncias tem dificuldade para focalização de atenção. Também podem distorcer as sugestões e imaginar situações adversas, podendo desenvolver agressividade e outros comportamentos indesejáveis;

6. **Surto psicótico em alucinação** – nestas situações, raramente conseguiríamos criar vínculo de comunicação e as possíveis sugestões poderiam ser interpretadas distorcidas ou desenvolverem comportamentos adversos. Não se deve utilizar a hipnoterapia neste momento.
7. **Estados conversivos** - nestas situações, devemos entender que já existe o estado modificado de consciência e, se conseguirmos vínculo de comunicação, a hipnose pode ajudar no controle do sintoma (PASSOS,1999).

Aspectos Legais da Hipnoterapia (MAIA, 2012)

A primeira lei regulamentando a hipnose no Brasil se deu na época ainda do Império em 1861. Com o advento da República, o hipnotismo passou a fazer parte do Código Penal Brasileiro, segundo se depreende da leitura da Revista de Jurisprudência de agosto de 1889, pág. 40: “Um dos artigos suprimidos foi o artigo 162 que ocupa lugar no capítulo III sob a rubrica: DOS CRIMES CONTRA A SAÚDE PÚBLICA:

É terminantemente proibido celebrar sessões públicas de hipnotismo ou magnetismo animal fora das salas de clínica de doenças que reclamam o emprego desse agente como meio curativo, ou fora das salas de psicoterapia e medicina legal das faculdades oficiais.

O Presidente Jânio Quadros, em 1961, publica o seguinte decreto:

Decreto nº 51.009 de 22 de julho de 1961:

Proíbe no Território Nacional as explorações comerciais com ou sem fito de lucros, de espetáculos ou números isolados de hipnotismo e letargia de qualquer espécie, apresentados em clubes, auditórios, palco ou estúdios de rádios e televisão, bem como em quaisquer locais públicos, com ou sem pagamento de ingresso excluindo as demonstrações científicas executadas por MÉDICO, com curso de especialização.” Proíbe também a presença de menores de dezoito (18) anos nos locais onde se realizarem demonstrações científicas.

O decreto acima foi revogado pelo presidente Fernando Collor de Melo através do Decreto N.º 000031 de 1991, publicado no diário oficial da união em 21/01/1991 (MAIA, 2012).

Atualmente, temos como regulamentação do uso da hipnose os seguintes atos determinados pelos respectivos conselhos federais (ABH,2020):

- **ODONTOLOGIA:** Lei nº 5.081 de 24/08/66 regulamenta no Artigo 6º - parágrafos I a VI a prática da hipnose pelos odontólogos;

- **MEDICINA:** Parecer n.º 42/99 de 20 de agosto de 1999 do Conselho Federal de Medicina reconhece a hipnose como valiosa prática médica....;
- **PSICOLOGIA:** O decreto N.º 53.464 de 21/01/64 regulamenta a Lei N.º 4.119 de 27/08/62 que dispõe sobre a profissão de Psicólogo, permitindo aos mesmos usarem a Hipnose, de acordo com o artigo 4º. Em 20 de dezembro de 2000, o Conselho Federal de Psicologia aprovou e regulamentou o uso da hipnose como recurso auxiliar no trabalho do Psicólogo através da resolução CPF nº 013/00.
- **FISIOTERAPIA e TERAPIA OCUPACIONAL:** A prática da hipnose para os fisioterapeutas está regulamentada pela Resolução nº 380/2010 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- **ENFERMAGEM:** COREN/ES – Parecer técnico 07/2014 - Não há proibição legal para a utilização da hipnose como uma prática de trabalho terapêutico, desde que o enfermeiro interessado em o fazer seja capacitado para tal. A COFEN, através da resolução 570/2018, atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós - Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

A Hipnose está disposta na Linha de Atuação - Área I - Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do adolescente; Saúde do Adulto (Saúde do homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências) - Alínea I) Hipnose

- **FONOAUDIOLOGIA** - Parecer CFFa nº 45, de 15 de fevereiro de 2020: “Dispõe sobre o uso profissional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) por fonoaudiólogos”. De acordo com o Anexo II, da Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018, o fonoaudiólogo está habilitado para realizar sessão de biodança, sessão bioenergética, sessão de constelação familiar..., ...sessão de hipnoterapia ,...”, “... que altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC);

Conclusão

Podemos concluir pelo exposto acima que a hipnoterapia é um instrumento útil, reconhecido e validado, podendo ser utilizado isolado ou integrativa e complementarmente em saúde, sendo que seu aprendizado é relativamente fácil e de possibilidades de uso interessantes nas várias áreas de atuação clínica.

Referências

AKSTEIN, David. HIPNOLOGIA. Rio de Janeiro: Ed, Hypnos (2ª edição), 2005. 569p.

ATTIE FILHO, Miguel. OS SENTIDOS INTERNOS DE IBN SINA (AVICENA). Porto Alegre: EDI-PUCRS, 2000.168p;(Coleção Filosofia, 116).

BADIDI, G; BAULIEU, M; VERCHERIN, P; DE PASQUALE, V; GAVIDPRADES, J M. THYROID SURGERY UNDER HYPNOSIS: A 50 CASE SERIES. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis ; 138(1): 13-17, 2021 Jan.

BAUER, Sofia. MANUAL DE HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA-Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010.250p.

BRESSANI, Vania Macedo; COLÁS, Osmar Ribeiro. HIPNOTERAPIA EM DISFUNÇÕES SEXUAIS. In: ALCEGA, Juan Carlos Naranjo. HIPNOSIS CLÍNICA Y PSICOLOGIA. Espanha, AHICE, 2016. p.75-116.

CAIRE, Licia Ferreira. HIPNOSE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO PSICOSSOMÁTICO EM PACIENTES COM CANCER DE PRÓSTATA. Psico USF; 17(1): 153-162, jan.-abr. 2012. Article in Portuguese | Index Psychology - journals | ID: psi-53360.

COLÁS, Osmar Ribeiro. ABORDAGEM DO VAGINISMO PSICOGÊNICO COM HIPNOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. In: FERREIRA, Marlus Vinícius Costa. MANUAL BRASILEIRO DE HIPNOSE CLÍNICA. São Paulo. Ed. Atheneu,2013. p.381-394.

COLÁS, Osmar Ribeiro. CONDICIONAMENTO PSICOFISIOLÓGICO PARA UM PARTO TRANQUILO E SEGURO - HIPNOPARTO. São Paulo, Instituto Osmar Colás, 2020. 81p.

COLÁS, Osmar Ribeiro. REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS SOBRE LA DEFINICIÓN DE HIPNOSIS: PROPUESTA DE UNA DEFINICIÓN MÁS AMPLIA. Panamá. Rev. Panameña. y Caribeña Hipnosis Terapéutica - 2019.

CORTEZ, Célia Martins. ASPECTOS ATUAIS DA HIPNOSE EM NEUROCIÊNCIA. In COLÁS, Osmar Ribeiro. TEMAS DE HIPNOLOGIA II. São Paulo, Instituto Osmar Colás, 2021.p.41-58.

COTA, Ângela; BORGES, Mariana. MILTON ERICKSON: A HUMANIDADE POR TRÁS DA GENIALIDADE. In: COLÁS, Osmar Ribeiro. TEMAS DE HIPNOLOGIA II. São Paulo: Instituto Osmar Colás, 2021. p 79-102.

ENTWISTLE, Paul Andrew. A PRAGMATIC GUIDE TO THE SETTING UP OF INTEGRATED HYPNOTHERAPY SERVICES IN PRIMARY CARE AND CLINICAL SETTINGS. Int J Clin Exp Hypn; 65(3): 257-295, 2017.

FERREIRA, Marlus Vinicius Costa. TRATAMENTO COADJUVANTE PELA HIPNOSE. São Paulo. Ed. Atheneu,2008. p.482.

GIOSTRI, Juan - UMA VIAGEM PELA FILOSOFIA ORIENTAL: IBN SINA, O GRANDE AVICENA. Paraná. Arquivos do CRM-PR, 2017 - crmpr.org.br.

MAIA, Joel Priori. HISTÓRIA DA HIPNOSE NO BRASIL. In COLÁS, Osmar Ribeiro. TEMAS DE HIPNOLOGIA. São Paulo, Instituto Osmar Colás, 2012.p.11-28.

NORRY, Torres. TERAPEUTICA POR SUENO PROLONGADO. Buenos aires, Editorial Alfa libreria, 1953.

PELISSOLO, Antoine. HYPNOSIS FOR ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS: A REVIEW OF CLINICAL STUDIES. France, Presse Med ,2016. 45(3): 284-90.

RUELA, L.O.; MOURA,C.C.; GRADIM,C.V.C. IMPLEMENTAÇÃO ACESSO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA. Brasil, 2019. SciELO Public Heath.

SBH- Sociedade Brasileira de Hipnose (2021). AMPARO LEGAL DA HIPNOSE CLÍNICA. <https://www.hipnose.com.br/amparo-legal/>

SUS. PRÁTICAS INTEGRATIVAS SUS. <https://aps.saude.gov.br/ape/pics>

Sobre o autor

Osmar Ribeiro Colás

Médico – Mestre em obstetrícia – Departamento de Obstetrícia – EPM/UNIFESP

E-mail: drcolas@yahoo.com

Formado em Medicina em 1979 pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos,

Residência em tocoginecologia em 1980/81 – Casa Maternal e da Infância – INAMPS;
Mestrado em obstetrícia em 1996 – UNIFESP.

Formação complementar em Medicina Psicossomática pela ABMP;

Especialização em Medicina Comportamental e Psicoterapias Cognitivo-comportamental pelo departamento de psicobiologia da EPM/UNIFESP;

Ex-presidente da Associação Brasileira de Hipnose;

Coordenador do Curso de Especialização em Hipnose Clínica pela Faculdade Paulista de Ciências da Saúde (2020/ 2021).

Coordenador do Grupo de Estudos de Hipnose da UNIFESP desde 1999.

HOMEOPATIA: VOCÊ “ACREDITA”?

Françoise Carmignan

O que é Homeopatia? Uma apresentação.

Quem nunca ouviu a expressão popular “doses homeopáticas” usada quando alguém se refere a algo feito lentamente? Isso se deve ao fato da Homeopatia trabalhar com a diluição das substâncias utilizadas para tratar os doentes, utilizando o preceito que, quanto menor a quantidade dessa substância, mais energia o medicamento tem e, portanto, maior o seu poder de cura. Entretanto, este princípio causa controvérsia sobre sua eficácia, embora a Homeopatia seja considerada uma prática médica alternativa ao modelo médico convencional. Dessa forma, é importante conhecer mais sobre a Homeopatia para esclarecer sobre sua legitimidade.

A Homeopatia é um sistema terapêutico de caráter sistêmico, fundamentada no princípio vitalista e na lei dos semelhantes, postulada por Hipócrates no século IV a.C.. Sua prática terapêutica consiste em curar os doentes valendo-se de medicamentos, preparados em diluições infinitesimais e capazes de produzir no homem aparentemente sadio, sintomas semelhantes aos da doença que devem curar num paciente específico (FHB, 2011; FONTES, 2017; BRASIL, 2019).

É uma terapêutica médica, focada na compreensão do indivíduo dentro do seu contexto e no aspecto pessoal de suas reações diante das agressões. Na aplicação terapêutica desses pressupostos, valoriza-se a individualidade humana, elegendo, dentre as milhares de substâncias experimentadas, aquela que apresente a “totalidade de sintomas característicos de cada paciente” (nos aspectos psíquicos, emocionais, gerais e clínicos), empregando, para um mesmo tipo de doença, medicamentos distintos para cada indivíduo enfermo, uma vez que o processo diagnóstico é centrado no enfermo – e não na doença (TEIXEIRA, 2006; LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010).

O caminho percorrido pela Homeopatia

Para entendermos como está a situação atual da Homeopatia, é importante conhecer o que aconteceu no passado e, não tem como falar da história da saúde, sem citar Hipócrates. Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.) foi um médico grego, onde sua atividade foi apoiada no conhecimento experimental, desvinculando a religião, da magia e da superstição, situação vivenciada na época onde os deuses eram os responsáveis pelas doenças e pragas da população (CAIRUS, 1999; FONTES, 2017).

Hipócrates escreveu *Corpus Hipocraticum*, onde relatava três maneiras de se obter a cura. A primeira foi *Vis Medicatrix Naturae* que preconizava a cura pelos meios da natureza e do organismo com alimentação correta e exercícios físicos. A segunda foi *Simillia Similibus Curantur* onde a cura ocorreria através dos semelhantes, ou seja, a doença é produzida pelo semelhante e, pelo semelhante o doente retorna à saúde. Já a terceira maneira foi *Contraria Contrariis Curantur*, ou seja, a cura pelos contrários (CAIRUS, 1999; BRASIL, 2019).

Na sequência, tivemos Galeno (129-199 d.C.), médico romano no século II, considerado precursor da medicina moderna que defendeu a cura pelos contrários, preconizada por Hipócrates, uma vez que sua filosofia era que se a doença é um estado anormal oposto ao estado de saúde, a saúde só pode ser restabelecida pelo seu contrário. Suas teorias dominaram e influenciaram a ciência médica por mais de um milênio (POTTER, 2009; REBOLO, 2010). Dessa forma, já pode-se fazer um paralelo com os dias atuais, uma vez que a alopatia, que segue a lei dos contrários, está mais presente nos países ocidentais.

E, então, após muitos anos, outra personalidade importante na história da saúde e da Homeopatia foi Paracelso (1493-1541), médico suíço do início do século XVI, com suas crenças herméticas que preconizavam que a doença e a saúde do corpo dependiam da harmonia dos humanos (microcosmo) e da natureza (macrocosmo), que o que acontecia no macrocosmos acontecia também no microcosmos (dentro dos tecidos) e, o que o nosso organismo ficava doente devido ao envenenamento dos pensamentos e alimentos. Dessa forma, Paracelso rejeitou amplamente a filosofia de Galeno (a cura pelo contrário) e defendeu o *Simillia Similibus Curantur* onde a cura ocorreria através dos semelhantes (TOMPKINS, 2009). Ele foi criticado por este fato, entretanto, foi reconhecido muitos anos após sua morte.

Já entre o século 17 e 18, tivemos a descoberta do microscópio e inúmeras personalidades influenciaram a filosofia médica e a tecnologia, como Newton, Descartes e Stahl. Entretanto, a medicina da época era baseada em sangrias, purgativos, eméticos, vesiculação e calomelano que, na maioria das vezes, piorava o quadro clínico do paciente no lugar de curá-lo. Com a Revolução Francesa (1789) observa-se a necessidade de adequação quanto a formação de médicos e o controle do exercício profissional (REBOLO, 2010).

E, neste cenário, nasce Cristiano Frederico Samuel Hahnemann, no leste da Alemanha, na cidade de Meissen, no ano de 1755. Hahnemann, dotado de uma brilhante inteligência, que o tornou poliglota ainda aos 24 anos de idade, com domínio de nove idiomas, se torna médico e realiza inúmeras traduções científicas da área da saúde. Além disso, considerava o ensino das ciências e da medicina na época (1775) muito teórico e isento de qualquer contato com o paciente (BRASIL, 2019).

Dentre as traduções científicas que Hahnemann realizou, se destaca, em 1790, o *Tratado de Matéria Médica*, do médico escocês William Cullen, considerado uma autoridade internacional na composição e atividade das drogas medicinais. Ao traduzir

o artigo destinado à droga antimalária *Cinchona officinalis* (quina), Hahnemann não concorda com a afirmação de Cullen: “A quina cura a malária fortalecendo o estômago, devido as suas propriedades amargas e adstringentes”. Dessa forma, Hahnemann começa a testar em si o pó de quina (FHB, 2011; FONTES, 2017).

Durante essa experimentação com o pó de quina, Hahnemann, registra todos os sintomas que desenvolve pelo uso da quina, tais como: febre intermitente, fraqueza, sonolência, tremores, e outros sintomas habitualmente associados à malária. Assim, conclui que a quina poderia ser utilizada porque era capaz de produzir sintomas semelhantes aos da doença quando utilizado por um indivíduo de boa saúde, ou seja, “são”, resgatando o preceito de Hipócrates e que Paracelso defendeu, o *Similia similibus curantur*, e não por causa de suas propriedades amargas e adstringentes relatada por Cullen (FHB, 2011).

Portanto, no ano de 1796 após publicação, por Hahnemann, do artigo científico intitulado: “Ensaio para descobrir as virtudes curativas das substâncias medicinais, seguido de alguns comentários sobre os princípios curativos admitidos até nossos dias”, nasceu a Homeopatia. Também publicou três grandes obras importantes para a Homeopatia: *O Organon da Arte de Curar* (1810); *A Matéria Médica Pura* (1811) e o *Tratado de Doenças Crônicas* (1828) (LIMA; CAZARIN; VANDERLEI, 2019).

A Homeopatia chegou ao Brasil em 1840 pelo médico francês Dr. Benoit Jules Mure. Naquela época, o Brasil não possuía autonomia para a produção dos medicamentos, sendo as matérias primas homeopáticas (tinturas, minerais, vegetais) importadas, principalmente da Europa. O cenário nos dias de hoje é bastante diferente e vemos a Homeopatia difundida em vários países pelo mundo (ROSENBAUM; PRIVEN, 2006; WAISSE; EKLÖF, 2019).

Em relação à oficialização profissional, a Homeopatia foi reconhecida como especialidade terapêutica no Brasil pelos respectivos conselhos federais: de medicina em 1980 (CFM, 1980), de farmácia em 1992 (CFF, 1992), de medicina veterinária em 2000 (CFMV, 2000) e de odontologia em 2015 (CFO, 2015).

O reconhecimento da homeopatia como especialidade médica garantiu sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e seu reconhecimento técnico-científico, popular e tradicional (LUZ, 2014). As diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da homeopatia, além da acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo, foi garantida na Portaria MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006). Posteriormente, nos anos de 2017 e 2018, a política foi ampliada em 24 novas práticas com a publicação das portarias GM nº 849/2017 e GM nº 702/2018 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Como a Homeopatia atua?

Para a Homeopatia ser aplicada, a terapêutica se baseia em pilares sólidos que envolvem a “Lei dos Semelhantes”, “A Experimentação no Homem São”, “O Uso de Doses Mínimas ou Infinitesimais”, o “Uso do Medicamento Único” (HAHNEMANN, 1995).

O princípio básico da Homeopatia é a Lei dos semelhantes, que se contrapõe à Alopatria. Para a Homeopatia as mesmas substâncias naturais capazes de desenvolver sintomas e doenças também têm o poder de curá-las, ou seja, uma substância capaz de produzir um conjunto de sintomas x em uma pessoa saudável seria capaz de curar uma pessoa doente, caso (1) seus sintomas sejam semelhantes a x, e caso (2) tal substância seja submetida à farmacotécnica homeopática, que envolve sua agitação e diluição em série (BARBARA, 2021).

A experimentação no homem são foi outro princípio que norteou Hahnemann, onde qualquer tratamento homeopático deveria ser, primeiramente, experimentado em pessoas saudáveis. Só após os estudos se mostrarem eficientes, deveriam ser utilizados em pacientes doentes. Jamais feitas em animais, por ser impossível obter informações sobre os sintomas e as reações subjetivas dos animais (FHB, 2011).

Hahnemann testou em si e em seus alunos cerca de 60 substâncias diferentes, catalogando o conjunto de sinais e sintomas físicos e subjetivos (patogenesia) que os indivíduos sem doença desenvolviam durante a experimentação e salientou a importância desta experimentação ser feita com uma única substância por vez (FONTES, 2017).

O tratamento homeopático é realizado com medicamento homeopático que deve ser preparado com a técnica denominada dinamização. No Brasil, o preparo dos medicamentos homeopáticos é respaldado pela Farmacopeia Homeopática Brasileira (FHB) que teve sua primeira edição publicada em 1977 e, atualmente, tivemos, em 2011, a publicação da terceira edição. Dessa forma, de acordo com a FHB (2011), o medicamento homeopático é preparado com substância extraída da natureza, que sofre diluições sucessivas, intercaladas por movimentos vigorosos (agitação/sucussões) e, possui poder curativo devido à sua capacidade de modificar o estado de saúde do indivíduo sadio.

A técnica de dinamização, ou seja, diluição seguida de agitações/sucussões, foi introduzido por Hahnemann, gerando doses mínimas ou infinitesimais, sendo outro pilar da Homeopatia, visando à diminuição da toxidez das substâncias (diluição) e a liberação da força medicamentosa latente das substâncias (dinamização) (ABFH, 2007; FONTES, 2017).

As diluições homeopáticas podem ser realizadas em várias escalas como as Hahnemanianas que representam a escala centesimal (representada pelo CH ou C, CH - diluição Centesimal Hahnemanniana na prescrição medicamentosa), e cinquenta

milesimal (LM), e as de Hering denominadas decimais (D ou DH). Após a diluição os medicamentos passam pelo processo de succussão, ou seja, agitação, e a cada 100 succussões se obtém uma potência superior, constituindo este o processo de dinamização dos medicamentos homeopáticos (BENITES, 2002, ABFH, 2007).

As substâncias utilizadas na preparação do medicamento homeopático são de origens vegetais, animais, minerais ou tecidos doentes que são diluídas e agitadas em sequência. A matéria proveniente desta substância impregna as moléculas do álcool (ou açúcar/sacarose) utilizado, determinando nestas suas impressões energéticas, sem alterar sua forma química (ARENALES, 2002).

Os medicamentos homeopáticos podem ter apresentados com diferentes formas farmacêuticas, como pós, comprimidos, cápsulas, pomadas, cremes, géis, soluções, entre outras. Contudo, as gotas e glóbulos de “açúcar” são as mais conhecidas, prescritas e aceitas pelos pacientes. As vias de administração podem ser por via oral, a mais comum, mas também, é possível outras vias de administração como tópica, por exemplo. Assim, um medicamento homeopático para ser produzido necessita de excipientes para acompanhar as substâncias. Dentre os excipientes comuns temos a água, o álcool em diferentes graduações, a sacarose e lactose (FONTES, 2017).

Geralmente, o medicamento é identificado pelo seu nome em latim, seguindo a nomenclatura oficial, fazendo com que seja reconhecido pelo mesmo nome, seja na Rússia, no Brasil ou na Inglaterra. O nome do medicamento é seguido por um número que indica quantas vezes ele sofreu o processo de dinamização e por letras que identificam por qual método ele foi preparado. Exemplo: para a Arnica montana 12 CH, foi empregada a Arnica montana L., dinamizada doze vezes, pelo método centesimal hahnemanniano ou CH (ABFH, 2007; BRASIL, 2019).

E, outro pilar da Homeopatia, o uso do medicamento único, vem de encontro com a valorização da individualidade do paciente, nos aspectos mental, emocional e físico, visando tratar o doente e não a doença, uma vez que se observa prescrição de diferentes medicamentos homeopáticos para a mesma doença. É o medicamento mais semelhante à síndrome sintomática peculiar a cada enfermo (TEIXEIRA, 2006).

Para a escolha do medicamento, os prescritores, na consulta homeopática, utilizam várias técnicas e procedimentos, dentre os quais uma atenção específica a fatos da vida do paciente que possam ser úteis para a leitura homeopática de seu adoecimento. Além disso, Hahnemann propôs a valorização das influências “externas” ao atual processo de adoecimento, advindas de “circunstâncias especiais da vida” (modo de viver, ocupação, dieta, sonhos, etc.), bem como uma certa suscetibilidade ou predisposição mórbidas individuais, que alguns autores posteriormente relacionaram também à constituição e ao temperamento individuais. É considerado em sua totalidade, como um indivíduo que tem diversos sintomas, não como portador de uma determinada doença (SLOMP JUNIOR; CAMARGO; MERHY, 2015).

A terapêutica homeopática, devido ao uso de doses infinitesimais, não costuma desencadear interações medicamentosas e efeitos adversos, tão comuns na terapêutica alopática. Em alguns casos, pode ocorrer a piora dos sintomas da doença, o que é denominado de agravação. Nestas situações, o médico homeopata deve ser procurado, podendo decidir pela alteração da diluição do medicamento, espaçamento das doses ou, em situações mais graves, interrupção do uso ou até mesmo utilização de um antídoto à ação do medicamento em uso (BRASIL, 2019).

No Brasil, os profissionais que podem ser prescritores de medicamento homeopático são o médico, médico veterinário e dentista, já o farmacêutico é responsável pela assistência farmacêutica que inclui a fabricação do medicamento homeopático. Atualmente, observa-se também, a utilização da homeopatia na agronomia e sendo ampliada para outros profissionais como enfermeiros, biomédicos e fisioterapeutas (CFM, 1980; CFF, 1992; CFMV, 2000; CFO 2015).

Para ser um profissional homeopata, é necessário ter um Título de Especialista em Homeopatia. Algumas universidades já contam com disciplinas e estágio em Homeopatia no curso de graduação, mas na sua maioria, não possuem carga horária suficiente para habilitar o profissional a exercer esta terapia, sendo necessário o curso de especialização (pós-graduação lato sensu). Os Conselhos Federais de cada classe profissional normatizam os critérios (carga horária mínima da especialização, estágio, entre outros) para habilitar o exercício da Homeopatia (CFM, 1980; CFF, 1992; CFMV, 2000; CFO 2015).

Conta-se também com as Associação Brasileira de Médicos Homeopatas (ABMH), Associação Brasileira Farmacêuticos Homeopatas (ABFH), Associação Brasileira dos Cirurgiões Dentistas Homeopatas (ABCDH), entre outras, que emitem o Título de Especialista em Homeopatia que deverá ser entregue ao Conselho de Classe para habilitar o profissional a exercer esta terapia.

Homeopatia e sua legitimação

Quando se fala de legitimação, observa-se a visão que a sociedade tem a respeito daquele assunto. É o atributo relativo à representação social de uma ação. Obter legitimidade é trazer um benefício e fazer com que a sociedade o aceite. Neste contexto, observar se a sociedade aceita a Homeopatia como uma terapêutica para os cuidados com a saúde.

No século XX, a adoção do modelo biomédico mecanicista (modelo científico que divide o ser humano em partes para poder compreender o funcionamento do organismo) desencadeou inúmeros avanços na área médica. Em contrapartida, verificou-se uma dependência da alta tecnologia, o que elevou os custos dos tratamentos, bem como a crescente desumanização das práticas profissionais, reabrindo espaço para as práticas alternativas, como a Homeopatia, que tem como

filosofia o doente, integrando e individualizando o paciente em todos os aspectos físicos, mentais, emocionais, com a inclusão de uma dimensão “não material” ou “espiritual”, bem como social e cultural (GALHARDI; BARROS, 2008; WHO, 2019).

Diante do exposto neste texto, podemos observar que a Homeopatia teve altos e baixos ao longo da história da saúde. Apesar de algumas crenças e expressões populares relacionadas a Homeopatia destrata-la, como por exemplo, “doses homeopáticas” significando lentidão do tratamento, “homeopatia só tem água” ou “é placebo” vinculado as diluições homeopáticas necessárias para a fabricação do medicamento, entre outras, a história, filosofia e estudos científicos a tornaram uma especialidade médica e vem de encontro com as necessidades atuais da sociedade (HASELEN, 2005).

A Homeopatia continua em desenvolvimento, com trabalhos científicos sendo realizados. Os ensaios clínicos, duplo-cego, randomizados, placebo controlados são realizados em várias partes do mundo, na busca da consolidação científica da homeopatia, desenvolvendo protocolos visando à compreensão dos efeitos das substâncias diluídas e dinamizadas utilizadas por esta terapêutica que valoriza não apenas a doença, mas, também o doente, com as suas suscetibilidades, fragilidades, heranças genéticas e inconstâncias emocionais (FHB, 2011).

Apesar das tentativas de descartar ou desacreditar a homeopatia por mais de 200 anos, a homeopatia continuou crescendo, e ocupa hoje um lugar de destaque no cenário mundial, devido ao alto grau de desenvolvimento da sua prática e, no Brasil, por estar inserida nos órgãos oficiais e acadêmicos nacionais. Com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006), a homeopatia passou a integrar o rol de terapias a serem oferecidas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (HASELEN, 2005; BRASIL, 2019).

Assim, de um ponto de vista pragmático, a Homeopatia tornou-se cada vez mais uma “realidade médica”, e a ênfase do debate mudou de “deveria a homeopatia estar presente” para “como a Homeopatia de ser integrada na medicina como um todo”.

A Homeopatia continua em desenvolvimento, com trabalhos científicos sendo realizados. Os ensaios clínicos, duplo-cego, randomizados, placebo controlados são realizados em várias partes do mundo, na busca da consolidação científica da homeopatia, desenvolvendo protocolos visando à compreensão dos efeitos das substâncias diluídas e dinamizadas utilizadas por esta terapêutica que valoriza não apenas a doença, mas, também o doente, com as suas suscetibilidades, fragilidades, heranças genéticas e inconstâncias emocionais (FHB, 2011).

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS HOMEOPATAS (ABFH). Manual de normas técnicas para farmácia homeopática: ampliação dos aspectos técnicos e práticos das preparações homeopáticas. 4 ed. Curitiba, 2007.

ARENALES, M. C, Homeopatia em gado de corte. In: I Conferência Virtual Global sobre Produção Orgânica de Bovinos de Corte, pp. 1-11, São Paulo, Setembro. 2002.

BÁRBARA, L. B. A busca por legitimação na cultura homeopática. Tempo Social. v. 33, n. 3, 2021

BENITES, N. R. 2002. Homeopatia. In: SPINOSA, H. S.; GORNIK, S. L.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Homeopatia. Homeopatia. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019. 3ª edição

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PORTARIA N° 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria N° 849, 27 DE MARÇO DE 2017 – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

CAIRUS, H. Da natureza do homem Corpus hipocraticum. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 6, n.2, p. 395-430, 1999.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 232/92, de 6 de maio de 1992. Dispõe sobre a assunção da responsabilidade técnica nas farmácias homeopáticas. Diário Oficial da União, Seção 1, p.7027. 1992.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.000/80, de 4 de junho de 1980. Reconhece a homeopatia como especialidade médica. Diário Oficial da União, Seção 1, Parte 2. 21 jul. 1980.

CFMV. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução n. 662/00, de 14 de junho de 2000. Habilita a Associação Médico Veterinária Homeopática Brasileira para concessão de título de especialista em homeopatia veterinária. Diário Oficial da União, Seção 1, p.111. 2000.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 160/15, de 2 de outubro de 2015. Reconhece a acupuntura, a homeopatia e a odontologia do esporte como especialidades odontológicas. Diário Oficial da União, Seção 1, p.362. 2015.

CORRÊA A. D., SIQUEIRA-BATISTA R, QUINTAS LEM, SIQUEIRA-BATISTA R. Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. História, Ciências, Saúde- Manguinhos. v. 13, n. 1, p. 13-31, 2006.

FHB. Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3 ed., 2011.

FONTES O. L. Medicamento Homeopático. In: Farmácia Homeopática: teoria e prática. 5ª ed. São Paulo: Manole; 2017.

GALHARDI, W.M.P.; BARROS, N.F. The teaching of homeopathy and practices within Brazilian Public Health System (SUS). Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.247-66, 2008.

HAHNEMANN S. Organon da Arte de Curar Tradução da 6ª edição original de 1821 por Edimea Marturano Villela e Isao C. Soares. Ribeirão Preto: Museu de Homeopatia Abraão Brickmann; 1995

HASELEN, R. van. The end of homeopathy: wishful thinking? Complementary Therapies in Medicine. v. 13, n. 4, p. 229 -230, 2005.

KOSSAK-ROMANACH A. Homeopatia em 1000 Conceitos São Paulo: Ed. Elcid; 2003.

LIMA, S. F. F.de, CAZARIN, G., VANDERLEI, C. E. D. Homeopatia no serviço público de saúde: pré-avaliação das ações no município do Recife. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 26, n. 4, 2019.

LOCH-NECKEL, G., CARMIGNAN, F., CREPALDI, M. A. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. Revista brasileira de educação médica. v. 34, n. 1, p. 82 – 90, 2010.

LUZ, M. T. A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil. Porto Alegre: Rede Unida. 2014.

POTTER, D. S. (ed.). A Companion to the Roman Empire. Wiley-Blackwell, 2009.

SIGOLO, R. P. Homeopatia, medicina alternativa: entre contracultura, nova era e oficialização (Brasil, década de 1970). História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 26, n. 4, p. 1317-1335, 2019.

SLOMP JUNIOR, H., CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER, L., MERHY E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. Ciênc. saúde coletiva. v. 20, n. 6, 2015.

REBOLO, R. A escola médica de Pádua: medicina e filosofia no período moderno. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 17, n. 2, 0. 307-331, 2010.

ROSENBAUM, P., PRIVEN, S. Contribuições à promoção do cuidado. Cultura Homeopática, v. 15, n. 2, p. 6-10, 2006.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia: ciência, filosofia e arte de curar. Rev Med (São Paulo). v. 85, n. 2, p. 30-43, 2006.

TOMPKINS, P., La vita segreta della natura, Mediterranee, 2009, pag. 119.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>. Acesso em 25 Jun. 2021.

WAISSE, S.; EKLOF, M. Spread of homeopathy in the early nineteenth century: the comparative approach and the cases of Sweden and Brazil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 26, n. 4, p. 1281 – 1297, 2019.

Sobre a autora

Françoise Carmignan

Docente do Curso de Medicina

Universidade Anhanguera Uniderp

E-mail: fran.carmignan@gmail.com | francoise.carmignan@anhanguera.com

Doutora em Tecnologia em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2017), Mestrado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006), Graduação em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2000). Atualmente é Docente do Curso de Medicina com metodologia ativa (PBL) na Universidade Anhanguera Uniderp. Já atuou como Docente e Coordenadora do Curso de Farmácia da mesma Instituição, Docente do Curso de Farmácia da Univille (SC) e Docente das pós-graduações Racine e Novoeste. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmacotécnica, Farmacotécnica Homeopática, Fitoterapia, Cosmetologia e Nanotecnologia.

IMPOSIÇÃO DE MÃOS

Ana Cristina de Sá

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso, passará pela vida sem ver nada”.

Albert Einstein

Histórico

O uso das mãos com fins terapêuticos, está presente desde a pré história, representado em desenhos rupestres. Foram encontrados os primeiros indícios registrados da utilização da imposição de mãos na cura de pessoas pelos médicos egípcios no Papiro Ebers, escrito por volta de 1552 a.C. Os gregos, 4.000 anos a.C., utilizavam a imposição de mãos nos templos de Asclépio com o mesmo fim. Aristófanes descreve com detalhes a restauração da visão de um cego e a restauração da fertilidade de uma mulher em Atenas com este método. A própria Bíblia cita, em várias passagens, casos da utilização da imposição de mãos com fins terapêuticos e espirituais. Há uma citação em que Jesus diz, a respeito das curas por imposição de mãos: essas coisas que eu faço, vocês farão maiores ainda (GERBER, 1997; 2001).

Ao longo dos séculos, a Igreja declinou desta forma de tratamento, delegando-a a reis de diversos países europeus, que eram supostamente bem sucedidos na cura de doenças, como a tuberculose. Na Inglaterra, por exemplo, esse método de cura foi iniciado por Eduardo, o Confessor, e foi utilizado por séculos, até ser banido por Guilherme IV, que se dizia cético (HUTTON, 1995; GERBER, 2001; SÁ, CARNEIRO, 2020).

Um dos primeiros pesquisadores dessa influência magnética foi Paracelso (1493-1541), médico e alquimista que propôs haver uma ligação entre os seres humanos e o ambiente por um fluido sutil difuso, uma espécie de “éter” primitivo existente em todo o universo, com propriedades magnéticas que, segundo o médico, possuíam qualidades terapêuticas (GERBER, 1997; SÁ, CARNEIRO, 2020).

Os hindus chamam esta “substância” à qual Paracelso se refere de prana. As culturas orientais chinesa e japonesa, que utilizam a imposição de mãos como forma de ajuda na redução da dor há milênios, por exemplo, a denominam, respectivamente, como Ch’i e Ki. Em 1778, o médico, Franz Anton Mesmer, afirmava realizar curas pela imposição de mãos, devido à utilização apropriada de uma energia universal, a qual chamava de fluidum (SÁ; CARNEIRO, 2020).

Percebe-se, portanto, uma natureza transcultural na imposição de mãos com fins curativos, receber uma graça, abençoar, fazer o outro se sentir bem, dar apoio está no inconsciente coletivo da humanidade. A citação em diferentes culturas sobre a

existência desta “energia curativa universal” é fato histórico. Assim, começaram a ser desenvolvidas as primeiras pesquisas com base científica, relativas ao que hoje se denomina Imposição de Mãos e que encerra vários métodos como o Toque Terapêutico, a Cura Prânica, o Reiki, entre outros.

No Brasil, a Imposição de mãos integra o rol das 29 Práticas Integrativas e Complementares oferecidas, de forma integral e gratuita, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que constam na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Inicialmente, como certamente já foi comentado neste livro, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os profissionais que aplicam as práticas integrativas no SUS, no entanto, solicitaram a inclusão de um maior número de práticas para atender à demanda dos usuários e práticas cuja formação era de maior acesso.

Em 2017 e 2018, foram então, num esforço conjunto entre o apelo dos profissionais terapeutas e a Coordenação de PICS do Ministério da Saúde, acrescentadas outras práticas. A 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) e a portaria nº 702, de 21 de março de 2018, que inclui: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, medicina antroposófica / antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais, termalismo social / crenoterapia e IMPOSIÇÃO DE MÃOS.

A Portaria nº 702, do MS, de 21 de março de 2018 define Imposição de Mãos como:

Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas.

A maioria das formas de cura pela imposição das mãos envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente. Essa prática fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano

promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio.

Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou ch'i; e no antigo Egito é denominado ká. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde (BRASIL, 2018).

Conceito

IMPOSIÇÃO DE MÃOS significa literalmente impor as mãos sobre algo ou alguém, sem necessariamente TOCAR, com a intenção de transferir algum tipo de energia ou para alcançar algum objetivo de cunho espiritual e/ou religioso. Quando se faz a formação em Toque Terapêutico, por exemplo, aprendemos que se trata de um “toque sem toque”, pois o terapeuta ao impor as mãos, utiliza a capacidade perceptual do sistema nervoso periférico e palpa o campo vibracional, mas não necessariamente toca a pele do paciente/usuário. Inclusive, o campo energético/vibracional extrapola as roupas da pessoa, não sendo necessária sua remoção.

Segundo o Glossário Temático do Ministério da Saúde de Práticas Integrativas (BRASIL, 2018), além da definição anteriormente descrita, acrescenta: (...) “Em espanhol: imposición de manos. Em inglês: imposition of hands” [nota da autora do capítulo: aqui, aponta-se um equívoco no glossário, pois o termo correto em inglês seria laying of hands] (BRASIL, 2018 – Glossário Temático – vide bibliografia).

Dentro do rol da Imposição de mãos, há inúmeras modalidades e métodos na aplicação dessa prática integrativa. Umam tendem ao campo religioso e/ou espiritual e outras, muitas nascidas no mundo acadêmico, têm como referencial teórico a Física e a Física Quântica, que são as que possuem maior quantidade de pesquisas básicas publicadas e que evidenciam resultados significantes na melhoria de determinadas condições de saúde, como é o caso do Toque Terapêutico.

Formação Profissional

Fora do Brasil, as Associações Profissionais que reúnem os terapeutas da prática, determinam as cargas horárias mínimas para cursos. O terapeuta geralmente tem que fazer uma formação básica teórico-prática, completar estudos e prática por um período determinado e então progredir para o nível intermediário e então complementar a carga teórico-prática alcançando assim o nível avançado. Cada etapa encerra requisitos estabelecidos pelas associações ou instituições (no caso de práticas de natureza religiosa). Alguns desses cursos exigem a prática registrada, como no caso

do Toque Terapêutico pelo Método Krieger-Kunz por exemplo (site para acessar àqueles que quiserem conhecer: <https://therapeutictouch.org/>). Tais critérios, no entanto, não atendem às leis brasileiras para reconhecimento das formações no âmbito profissional.

No Brasil, geralmente é exigida a Especialização *Lato* e/ou *Stricto Sensu* na prática, o que exige uma carga horária mínima de 360h, com selo de certificação chancelado por uma unidade de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Este é um entrave para as PICS, pois a grande maioria das práticas oferece cursos livres com cargas horárias inferiores a 360h e sem exigência, necessariamente, de formação superior (graduação).

Essa tem sido uma luta dos terapeutas que utilizam as PICS e que estão atrelados a Conselhos Profissionais. Uma das pautas da Coordenação de PICS do Ministério da Saúde junto ao MEC e Ministério do Trabalho, quanto a determinar cargas horárias mínimas por prática integrativa para cursos livres que, cumprindo determinados critérios, virão a ser reconhecidos para sua aplicação no SUS e com terapeutas admitidos no sistema para exercer as PICS especificamente.

A seguir, são elencadas as definições e a natureza (se religiosa, espiritual ou baseadas em física e física quântica), de algumas dessas práticas inseridas na modalidade Imposição de mãos. Há alguma controvérsia sobre ser o Reiki uma prática de imposição de mãos, pois foi colocada como uma terapia específica na PNPIC. Porém, do ponto de vista de método, neste capítulo o Reiki será incluído na modalidade Imposição de Mãos.

Métodos de Imposição de Mãos

Toque Terapêutico (TT) pelo método Krieger-Kunz: trata-se de uma Terapia Complementar Integrativa incluída na PNPIC na modalidade imposição de mãos, pautada em conceitos e princípios da física geral e da física quântica, cuja eficácia no alívio da dor, náusea, estresse, ansiedade, melhoria da sensação de bem estar, cicatrização, reforçamento do sistema imunológico, relaxamento do tônus muscular, aumento da produção de hemoglobina, dentre outras manifestações do organismo, vêm sendo comprovadas a partir de estudos clínicos randomizados desde a década de 1970. É uma das PICS com maior evidência científica e clínica publicada em periódicos científicos encontrados nas bases de artigos, pois nasceu no ambiente acadêmico. Devido a este fato, é menos popular que outras práticas, mas aplicada em mais de 80 países (SÁ, 2001,2020; BRASIL, 2017, 2018).

Reiki: Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, e restabelecer o fluxo de energia vital – Qi. A prática do Reiki responde perfeitamente aos novos

paradigmas de atenção em saúde, que incluem dimensões da consciência, do corpo e das emoções. Possui um caráter espiritual (necessita da “iniciação do mestre” para que possa ser praticado) e é uma das práticas de imposição de mãos com maior número de pesquisas descritas nas bases de artigos científicos e porque é popular e mais conhecida (BRASIL, 2017, 2018).

Passe espírita: passe é o nome que se dá na Doutrina Espírita (Espiritismo) à prática da imposição de mãos e tem como objetivo, promover a doação de bioenergias magnéticas de um indivíduo ao outro. Pautado em princípios do magnetismo, os espíritas afirmam que esta prática é “uma ciência sem conotação religiosa, mas espiritual”. É definido também como “uma transfusão de energias da natureza física, biológica, psíquica e espiritual, de uma pessoa para a outra, fazendo-se isto, geralmente, estendendo as mãos” (TAMASSIA, 2019). Busca a cura de enfermidades e males dos mais variados, mas com um processo que pode durar mais que uma encarnação e não apenas pela aplicação do passe em si, pela forma que o indivíduo evolui espiritualmente, colocando o passe como uma ferramenta auxiliar nessa evolução.

Benzimento/benedura: O ato de benzer consiste em rezar e tornar bento, ou seja, abençoado quer seja uma pessoa, objeto ou local. Este ato é fundamentado em uma profunda fé de quem benze em uma força superior. Possui caráter religioso. Realiza-se uma série de gestos que incluem a imposição de mãos, o murmurar de preces e orações conhecidas apenas pelo benzedor e quase sempre acompanhados por alguma erva com o intuito de limpar o objeto da benzedura do mal que ali se encontra. Constitui-se num importante elemento da cultura popular do BRASIL, e tem suas origens no sincretismo religioso. A ciência é ainda um tanto quanto preconceituosa em relação ao benzimento, mas admite que muitas vezes os resultados são positivos por um componente subjetivo que os cientistas associam à fé daqueles que se submetem ao benzimento. A benzedora ou benzedor em geral, é alguém da própria comunidade que recebeu os ensinamentos dos antigos, sempre pela tradição oral - razão pela qual não há registros sobre eventuais fórmulas, bem como mantêm em segredo a oração que proferem e, geralmente, não cobram por suas atividades, pois afirma que é movido por um dom atribuído ao que é divino e pela fé (HOFFMANN-HOROCHOVSK, 2015).

Johrei: é uma modalidade de imposição de mãos que, segundo acreditam seus praticantes, é capaz de levar a Luz Purificadora de Deus (Luz Divina) às pessoas que o recebem e o ministram. De caráter religioso, foi elaborado na Igreja Messiânica Mundial por Meishu-Sama. Segundo ele, o Johrei visa a eliminação das máculas (pecados) que estão no espírito das pessoas que praticam, advindas de maus pensamentos, más palavras e más ações e, conseqüentemente, se obteria progressivamente a purificação do espírito levando a uma melhor saúde, prosperidade e paz (SAMA, 2016).

Mahikari: técnica japonesa de imposição de mãos oriunda da Arte Mahikari, de conteúdo religioso e espiritual, é definida como uma arte sagrada, concedida por Deus,

para transmitir a Luz Divina (ou Luz Verdadeira ou da Verdade), com o objetivo de purificar o espírito, a mente e o corpo de forma a potencializar as capacidades humanas pela purificação pela imposição da(s) mão(s) - em japonês: okiyome. Para os praticantes desta técnica, o okiyome cria pontes entre Deus e os demais seres humanos (RINALDI, 2019).

Cura Prânica: define-se como um sistema de cura pela energia universal denominada prana, baseado no princípio fundamental de que o corpo possui a capacidade inata de curar a si mesmo. Possui base espiritual e tem sido associada a princípios quânticos. A Cura Prânica utiliza a "força vital", "energia" ou prana para acelerar a capacidade inata do corpo de se curar. É praticado por centenas de milhares em todo o mundo. A Cura Prânica corrige os desequilíbrios no campo de energia do corpo e transfere a força vital para o paciente. Essa força vital também pode ser caracterizada como energia universal; não é a energia do curador. Curadores prânicos treinados acessam e transmitem energia universal para o paciente usando frequências e técnicas específicas para doenças e condições específicas. A cura prânica é feita sem tocar necessariamente (pode ser utilizada também em massagem, quando há o toque direto sobre a pele). O método de imposição de mãos pela cura prânica é realizado em três etapas que visam acelerar a capacidade inata do corpo de se curar em todos os níveis: físico, emocional, mental e espiritual. As três etapas da cura prânica são: verificação – o terapeuta procura anormalidades de energia; limpeza – é feita a remoção das alterações de energia (energia “suja” ou doente do corpo e para desbloquear os canais de energia; Reabastecimento e revitalização com força vital (Energizar) – é realizada a transferência de prana fresco ou energia vital para o corpo. É aplicada assim que o processo de limpeza for concluído (MASTER CHOA KOK SUI, 2016).

Toque Quântico: essa denominação, na realidade, reúne a forma de compreensão de métodos de imposição de mãos que utilizam como base teórica princípios da Física e da Física Quântica, tais como o Toque Terapêutico pelo Método Krieger-Kunz e o que se auto denomina Toque Quântico, por exemplo. Basicamente, são muito similares em termos de princípios e método. Tratam-se de terapias energéticas que envolvem o uso das mãos do terapeuta sobre o corpo do paciente, utilizando-se o toque sem toque (imposição de mãos) para acessar e determinar áreas de desequilíbrio de energia, percebidas durante a palpação consciente do campo energético/vibracional, tais como mudanças na temperatura, textura ou vibração (GORDON, 2019; SÁ; CARNEIRO, 2020).

Pesquisas com resultados positivos e clinicamente testados sobre a Imposição de Mãos

Neste item do capítulo, são apresentados alguns resultados positivos comuns, ou seja, que clinicamente têm sido observados na maioria das práticas de Imposição de Mãos pesquisadas. Por terem nascido no meio acadêmico ou terem sido abraçadas por pesquisadores entusiasmados com os resultados empíricos (testados na prática)

significantes, a grande maioria de artigos científicos publicados sobre o resultado do uso de Práticas Integrativas na modalidade Imposição de Mãos, está concentrada nos métodos Toque Terapêutico (Método Krieger-Kunz), Reiki e Toque Quântico.

Resultados Clínicos – o Toque Terapêutico pelo Método Krieger-Kunz que, como já foi citado, nasceu no ambiente acadêmico na década de 1970, reúne ensaios clínicos com todo o rigor científico e pesquisas que se estenderam até os anos atuais. Os efeitos já testados e que se mostram comuns à imposição de mãos em geral, são descritos a seguir.

Basicamente, os resultados em comum da imposição de mãos já testados evidenciam:

- Ativação da glândula pineal – estudos com ressonância magnética apontam a ativação desta glândula quando se utiliza a imposição de mãos e terapias vibracionais em geral. A ativação da glândula pineal, por sua vez, está associada à transcendência e à ativação de processos naturais de cura e harmonização do campo vibracional dos organismos biológicos (humanos, animais e vegetais) (CARNEIRO, 2020).
- Liberação de cascatas de hormônios, queda de outros e liberação de neuropeptídeos – redução da ansiedade com queda do cortisol e consequente redução do estresse; normalização da condução sináptica, melhor resposta imunológica;
- Aumento da endorfina e queda da serotonina – melhora na relação sono-reposo; diminuição da dor e uso racional de analgésicos com redução da dose e proteção renal e hepática;
- Relaxamento muscular efetivo (queda do potencial de membrana – tônus muscular – experimento com eletroneuromiografia);
- Redução de edema por estimular a permeabilidade entre membranas celulares;
- Vasodilatação leve ao final da aplicação da Imposição de Mãos (leve rubor facial) – favorece a circulação sanguínea;
- Estimula processos enzimáticos biológicos: reduz tempo de cicatrização de feridas e ossos; aumenta a capacidade de resposta do sistema imune, redução de efeitos colaterais de quimioterápicos;
- Manutenção dos níveis ótimos de clorofila em vegetais e de hemoglobina em animais e humanos, mesmo em patologias hematológicas e durante o processo quimioterápico.

Todos esses mecanismos, por exemplo, promovem diminuição da dor (melhor condução sináptica + redução de edema + liberação de endorfina + relaxamento efetivo), são mecanismos básicos da redução da dor e que estimulam a melhor absorção de analgésicos (SÁ; Carneiro, 2020; SÁ et al 2008; GERBER, 2001; KRIEGER, 1998a, 1998b).

Ainda sobre Imposição de Mãos. Foi criada uma Câmara Técnica de PICS pela Coordenação de PICS (CTA PICS) do Ministério da Saúde em 2019, que vem desenvolvendo importantes avanços para a implantação das práticas integrativas com

segurança para o terapeuta e para o usuário no SUS. A Câmara Técnica reúne pesquisadores e terapeutas renomados, além dos Conselhos Profissionais, Instituições de Saúde públicas e privadas, Representantes de Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, Gestores do SUS, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho, entre outros, para discutir a questão da formação em PICS e a definição de linhas de pesquisa e prioridades em pesquisa na área de PICS com fomento do Ministério da Saúde e apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). A Imposição de mãos está presente nessas atividades com um grande contingente de terapeutas e pesquisadores, pois abarca uma grande parte das ações em PICS no SUS.

Faz-se necessário discutir novas metodologias de pesquisa que atendam as pesquisas sobre o campo vibracional, a exemplo da Bioeletrografia, a ressonância magnética, assim como incluir nos cursos de graduação em Saúde disciplinas inclusas na grade principal sobre as PICS e determinar a carga horária mínima necessária para a formação segura na formação quanti e qualitativa do terapeuta para atuar com o campo energético biológico (humanos, animais, vegetais), aliando teoria e prática num processo de mão dupla entre ambas, viável e que realmente capacite o profissional.

Não cabe estender elencar neste capítulo detalhes este ou aquele método de Imposição de Mãos, mas provocar o leitor a buscar cursos de qualidade, com carga horária compatível com uma formação consistente, pois trabalhar com o campo energético vibracional pode trazer consequências para o terapeuta e para o usuário. É um equívoco pensar que esse tipo de tratamento não é invasivo. Pelo contrário, haverá interação contínua e troca energética entre ambos. Seguir os passos corretos das orientações dadas nas formações é essencial para que não ocorra nem overdose de energia, que acarreta em movimentos involuntários ou tremor de membros, calor intenso, cefaleia, dor, assim como efeitos sobre o terapeuta como perda de energia, sonolência, cansaço e até descalcificação óssea (SÁ; CARNEIRO, 2020).

Boa formação, manter-se atualizado, ter responsabilidade, disciplina e muito foco, são atributos essenciais para o terapeuta que aplica métodos de Imposição de Mãos, seja ele qual for e seja ele de natureza espiritual, religiosa ou referendada na Física e na Física Quântica ou ele é que adoecerá ao desequilibrar seu próprio campo vibracional.

Escolha o método que preferir, que faz com que você tenha, ao final de seus atendimentos, vontade de fazer mais uns tantos. Se a sensação é esta, você conseguiu não somente trocar energia, mas repor a sua própria, harmonizar seu campo vibracional e, portanto, executou a técnica corretamente. Conheço terapeutas que fizeram formação em dois ou mais métodos de imposição de mãos e que optaram por um específico, pois conseguiram, se adaptar melhor a ele sem que tivessem efeitos que demonstrassem que estavam desequilibrando seu próprio campo vibracional. É sempre uma via de duas mãos, mas essas vias podem e devem correr paralelas durante o processo de aplicação. Estude, aprofunde-se. Busque informações de qualidade. Saia do trivial, do superficial. A cada novo conhecimento, portas se abrem a novos horizontes, sensações e percepções quando se trabalha com energia.

Algumas dicas: Procure sempre renovar sua energia com uma alimentação saudável. Faça captação de energia junto à natureza. Utilize técnicas de meditação e concentração para se manter equilibrado. Reflita sobre seu papel na harmonia que busca para o universo e para você mesmo(a) e sinta-se parte do todo. Ande descalço(a), abraçe a quem ama, respire, olhe nos olhos, viva.

Boas descobertas!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial GM nº 971, de 3 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, Poder Executivo, Brasília, DF, n.84, 4 maio 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares — PNPIC. Acesso em 17 de novembro de 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 17 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. ISBN 978-85-334-2583-5

BRASIL. p.74 ISSN 1677-7042 Nº 56, Diário Oficial da União, quinta-feira, 22 de março de 2018. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares — PNPIC. Acesso em: 10 de novembro de 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 15 de dezembro de 2022.

CARNEIRO, Camila de Souza (org) A glândula pineal e as terapias vibracionais: portal de acesso ao equilíbrio integral. 1.ed. Porto Alegre: Nova Práxis Editorial, 2020.

GERBER, R. Medicina Vibracional: Uma Medicina para o Futuro. São Paulo: Cultrix/Nova Pensamento, 1997.

GERBER, R. Um Guia Prático de Medicina Vibracional. São Paulo: Cultrix, 2001.

GORDON, Richard. O toque quântico. São Paulo: Madras, 2019.

HOFFMANN-HOROCHOVSK, Marisete Teresinha. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da Benzeção. Guaju, Matinhos, v.1, n.2, p. 110-126, jul./dez.2015.

HUTTON, J. B. Mãos que curam. São Paulo: Cultrix, 1995.

KRIEGER, Dolores. As mãos: como usá-las para ajudar ou curar. São Paulo: Cultrix, 1988a.

KRIEGER, Dolores. O toque terapêutico: novos caminhos para a cura transpessoal. São Paulo: Cultrix, 1988b.

MASTER CHOA KOK SUI. Pranic Healing Avançado: Manual prático de cura energética com pranas coloridos. Publicado em sânscrito inicialmente em 1987, foi traduzido para o português. (Portugal) em 2016 pelo Institute for Inner Studies Publishing Foundation, Inc., 2016. Disponível em E-book para download pela Amazon.

MONEZI, Ricardo. Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, 2013. Disponível em <<http://repositorio.unifesp.br/http://repositorio.unifesp.br/handlehandle/11600/22764/11600/22764>>. Acesso em 10 de abril de 2020.

RINALDI, Natanael. Arte Mahikari: Luz da verdade? Instituto Cristão de Pesquisas. Defesa da Fé, ed. 37. Consultado em 27 de março de 2019. Acesso em 10 de outubro de 2022. Disponível em: <http://www.icp.com.br/df37materia1.asp>

SÁ, Ana Cristina de (org.) 1.ed. Toque terapêutico pelo método Krieger-Kunz. Santo André: Yendis, 2008.

SÁ, Ana Cristina de Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico. Tese Doutorado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem USP, 2001. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001231417>. Acesso em 24/11/2022.

SÁ, Ana Cristina de; CARNEIRO, Camila de Souza. O Toque Terapêutico: harmonização energética através da imposição de mãos. 1.ed. Porto Alegre: Nova Práxis, 2020.

SAMA, MEISHU A arte do Johrei. São Paulo: Lux Oriens, 2016.

Stein, D. Reiki Essencial. São Paulo: Editora Pensamento, 1998.

TAMASSIA, Mário Boari, Você e a mediunidade. 4.ed. Matão-SP: O Clarim Editora, 2019.

Sobre a autora

Ana Cristina de Sá

Doutora em Enfermagem – USP

Comissão Nacional de PICS – Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

anacristinadesa1959@gmail.com

Doutora e Mestre em Enfermagem pela USP, Enfermeira, Psicóloga de linha Junguiana, Pedagoga. Formação em Toque Terapêutico pelo Método Krieger-Kunz nos Estado Unidos da América e Canadá. Autora de livros (best sellers: Toque Terapêutico – Nova Práxis Editorial; O Cuidado do Emocional na Saúde 4.ed. mesma editora, entre outros). Pesquisadora (CNPq) – foco em Práticas Integrativas, Humanização na área da Saúde e Bioética. Membro da Comissão Nacional de PICS do COFEN. Membro da Câmara Técnica de PICS do Ministério da Saúde. Membro do comitê da 1ª Oficina Nacional de Prioridades em Pesquisa em PICS (ONPP-PICS) do Ministério da Saúde, OPAS, OMS.

MEDITAÇÃO: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Magda Ribeiro de Castro

Carlos Cerqueira Magalhães

Marina Médici Loureiro Subtil

Clay Graziotti Assef

Visão histórica e precursores da meditação

Os primeiros registros sobre meditação datam de 1500 a.C. e foram encontrados em escrituras hinduístas na Índia. Esta linha tem intrínseca relação com as técnicas do yoga e os pranayamas como formas de autoconhecimento e controle da respiração e mente a fim de atingir um estado de serenidade e presença. Mais tarde, por volta de 500 a.C., ainda na Índia, surge o budismo contrastando com a visão elitista do hinduísmo e trazendo a conscientização sobre a impermanência da realidade. Assim, a meditação torna-se um pilar extremamente importante para os budistas, e Buda deixa orientações de como atingir o desapego e um estado mais elevado de consciência. Outra referência está na China, por volta de 300 a.C., onde a literatura taoísta, com mestres como Lao-Tzu e Chuang-Tzu, expunha exercícios meditativos de forma sistematizada. Outras religiões antigas também utilizavam práticas meditativas, contudo, mais em sentido de oração (JOHNSON, 1990; PRUDENTE, 2014; STÜBING, 2015).

Têm-se registros na literatura de que a origem da prática meditativa se perde nos milênios, estando presente nos ensinamentos do vedanta, yoga, hinduísmo, budismo e taoísmo (GOLEMAN, 1997; LEVINE, 2000).

Johnson (1990) chega a remeter aos primórdios da humanidade, em que experiências meditativas espontâneas poderiam ter ocorrido com a contemplação por longas horas, do movimento das chamas do fogo, afastando com isso, a consciência do seu padrão de luta-fuga, para um estado alterado, mais calmo, de repouso, talvez até mesmo chegando a experiências de êxtase.

Devido ao caráter místico-espiritual, a meditação foi durante um tempo desprezada pela ciência. O médico psiquiatra Alcio Braz, ex-chefe do hospital de saúde mental do Hospital da Lagoa, pioneiro do seu uso clínico no Brasil, relata que implementou a prática na referida instituição com o nome “Relaxamento com Atenção à Respiração”, devido à resistência ao termo meditação na época.

Hoje já se constatou que, independentemente da crença religiosa, a meditação tem resultados concretos na harmonização mente-corpo, abrangendo efeitos

fisiológicos e psíquicos, através da ausência de flutuações mentais (SIEGEL, 2010; DAVIDSON; BEGLEY, 2013; VIEIRA, 2018; VOTTO; CARVALHO, 2019).

O interesse científico pela meditação teve início na década de 1930 (SMITH, 1975). A partir da década de 1960 começaram a surgir os estudos mais rigorosos sobre a prática (SHAPIRO, 1981; GOLEMAN, 1988). Um dos pioneiros foi o professor e cardiologista Herbert Benson, da Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard (SANTOS, 2010). Ele pesquisou, no budismo tibetano, praticantes avançados de uma técnica conhecida como tummo yoga, onde, expostos a um frio rigoroso, conseguiam aumentar a temperatura corporal acima de inimagináveis 8º C, sem qualquer auxílio externo (BENSON et al., 1982).

Importante destacar que em 1982, descobertas pioneiras foram feitas por Davidson e colaboradores através de análises por eletroencefalograma (EEG), demonstrando que a maior atividade do córtex pré frontal esquerdo estava relacionada com emoções positivas, e que a maior atividade no córtex pré frontal direito às emoções negativas. Tempos depois os mesmos pesquisadores compararam grupos praticantes e não praticantes de meditação sendo expostos a imagens que incitavam emoções negativas, percebendo que os primeiros retornavam a uma maior atividade do córtex pré frontal esquerdo logo após o término das imagens, enquanto o outro grupo permanecia com o direito ativo por mais tempo (DAVIDSON; BEGLEY, 2013).

Outro experimento digno de nota, se referiu a um teste de atenção onde eram apresentadas sequências de letras – 10 por segundo – e de tempos em tempos um número era inserido entre elas. Exemplo: R, K, L, P N. E, 3, T U, S, 7, G, B J. A maioria dos participantes não tinha dificuldade de detectar o número 3, mas deixava de detectar o 7, possivelmente por se “apegar” demais na detecção do primeiro, não sobrando recursos atencionais suficientes para perceber o segundo. Os mesmos voluntários, após três meses de um retiro de meditação, aumentaram a taxa de detecção do segundo número em 33%. Os pesquisadores concluíram que a causa da melhora foi a capacidade de focar a atenção de forma calma e persistente, sem muita excitação, como haviam aprendido na meditação (DAVIDSON; BEGLEY, 2013).

Estes pesquisadores associaram ainda, estados elevados de sentimentos de compaixão durante a meditação, com uma grande sincronia neural (neurônios de regiões distantes do cérebro foram ativados ao mesmo tempo) e os mais altos níveis de ondas gama já registrados na literatura científica, estando associadas a um alto grau de percepção consciente (DAVIDSON; BEGLEY, 2013).

Sampaio (2016, p. 222) destaca que no ocidente, a partir da década de 1970, “grupos e movimentos ocidentais, em contato com experiências orientais, abriram-se para compreender e praticar a meditação, sem conotação religiosa, como um recurso para uma vida saudável”.

Tal fato fez com que várias universidades desenvolvessem em vários lugares do mundo “uma série de pesquisas para verificar os efeitos da meditação na fisiologia

humana” (op cit). Assim, com o passar do tempo o interesse no assunto foi se expandindo e chamando a atenção dos meios científicos, acadêmicos e civis.

No campo da política de saúde pública, destaca-se no Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) que visa “conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados” envolvendo: Medicina Tradicional Chinesa / Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo / Crenoterapia (BRASIL, 2006, p. 4).

Após a publicação desta política, outros marcos regulatórios merecem destaque no campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Brasil, como a Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), que inclui a meditação à PNPIC, dentre uma das vinte e nove PICS oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão conceitual e Evidências sobre os benefícios da meditação

Do ponto de vista conceitual do termo “meditação”, o presente capítulo considera essa prática oriunda dos movimentos orientais, cuja base se assenta na aquietação dos pensamentos e emoções, facilitando o processo de conhecer a si mesmo e acessar o inconsciente, compreendendo as causas dos desequilíbrios mentais e emocionais.

Para Sampaio (2016), a palavra meditação expressa a prática de meditar, e refere-se à atenção e contemplação. No documento ministerial, visando atender às diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS (BRASIL, 2017, p.4), o termo meditação é compreendido como:

uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de “êxtase”. A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional.

A meditação tem diversos benefícios comprovados em estudos científicos e que vão muito além de apenas acalmar a mente, muito embora, o ato e ação de tornar a mente mais tranquila já viabilize os demais efeitos da prática. A instrução e a prática da meditação são amplamente acessíveis podendo ser um complemento potencialmente atraente em termos de custo-benefício tanto como coadjuvante das terapias tradicionais, como para as terapias complementares e integrativas em saúde.

De acordo com a American Heart Association, estudos neurofisiológicos e neuroanatômicos demonstram que a meditação pode ter efeitos duradouros no cérebro, fornecendo legitimidade para consequências benéficas no estado basal fisiológico e no risco cardiovascular. Em revisão sobre os efeitos da meditação no risco cardiovascular incluindo aqueles que investigaram a resposta fisiológica ao estresse, cessação do tabagismo, redução da pressão arterial, resistência à insulina e síndrome metabólica, função endotelial, isquemia miocárdica induzível e prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, evidenciou-se que no geral, os estudos sugerem uma possível redução de risco cardiovascular (LEVINE et al., 2017).

Constatou-se no estudo de Basso e colaboradores (2019) que em 8 semanas, com meditações diárias de 13 minutos, diminuíram o estado de humor negativo, aumentaram a atenção, a memória de trabalho e a memória de reconhecimento, além da diminuição da ansiedade em pessoas inexperientes na meditação.

Em estudo de Zhang e colaboradores (2019), comparados com os participantes do grupo controle, os participantes do grupo de treinamento em meditação mostraram redução significativa da ansiedade, depressão e preocupação, além de aumento significativo dos índices de atenção plena e melhora do humor.

Os benefícios da meditação também são considerados pelo Ministério da Saúde, ao compreender que

a meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos (BRASIL, 2017, p. 4).

No campo dos estudiosos da meditação, destaca-se um dos maiores divulgadores da prática por todo o mundo - o escritor e conferencista Jiddu Krishnamurti, autor de mais de 60 livros relacionados ao tema, tendo atraído o interesse de proeminentes cientistas, como, Fritjof Capra, Rupert Sheldrake, Karl Pribram e David Bohm (BOHM, 2015; KRISHNAMURTI, 2016).

Krishnamurti compreende a meditação como a “coisa mais importante da vida”, e que “não é um meio para um fim, mas ambos: meio e fim”. Defendia a realização da prática em tempo integral, nas atividades da vida cotidiana, percebendo toda a energia que é dissipada através da comparação, do controle e da repressão, para então ultrapassar a agitação causada pelo pensamento (KRISHNAMURTI, 1980; KRISHNAMURTI, 2016).

A forma mais elevada da inteligência humana é a capacidade de observar sem julgar (...) quando julgamos ou condenamos, não podemos ver com clareza, pois só olhamos nossas próprias projeções (...) se compreendermos todo o mecanismo do pensamento, que é a resposta da memória - que é

associar, reconhecer, dar nome, comparar, julgar - ele termina naturalmente. (KRISNAMURTI, 1980; KRISHANMURTI, 2016; ROSENBERG, 2019).

O psicólogo Ikehaleakala Hew Len, que chegou a realizar trabalhos nas Nações Unidas, também considera a relação da agitação mental com memórias e comparações.

Se você estiver (mentalmente) purificado, quando a inspiração chega, você simplesmente age. Você não pensa no assunto. Se você pensar, você estará comparando a inspiração com alguma coisa, e essa coisa é a memória. Limpe a memória e você não tem escolha (comparação). Você tem apenas a inspiração e age de acordo com ela, sem pensar (LEN; VITALE, 2016).

Acredita-se que o cérebro processa informações automaticamente, gerando discriminações, memórias, julgamentos fora do domínio da consciência, influenciando as ações de uma pessoa sem que ela tenha consciência, acreditando que decidiu algo num dado momento quando na verdade foi decidido segundo antes (CASTIELLO et al., 1991; HELENE; XAVIER, 2007).

Estudos controlados por eletroencefalograma mostram que segundos antes de uma pessoa tomar consciência de uma decisão, partes inconscientes do cérebro já estavam ativas (FÉLIX, 2014).

Tusche e colaboradores (2010), pesquisando padrões da ínsula e córtex pré-frontal medial - regiões ligadas aos aspectos inconscientes do cérebro -, através de aparelhos de ressonância magnética, previram corretamente as escolhas dos voluntários antes mesmo deles tomarem consciência da tomada de decisão.

Neste contexto, foi observado que, com a meditação, essas influências inconscientes e automáticas podem ser modificadas. Pesquisas demonstraram que no processamento cognitivo de nível mais elevado existe uma maior liberdade de modulação da resposta, desencadeando percepções emocionais mais flexíveis e independentes (DAVIDSON; BEGLEY, 2013; BERNARDES, 2017).

Meditação X Relaxamento

É importante esclarecer que relaxamento é um dos componentes da meditação, mas que o relaxamento, por si só, não é meditação. A meditação produz resultados distintos do relaxamento, os quais são atribuídos ao fato de que na primeira há um treino mental que produz uma redução do processamento da informação e permite o aparecimento de funções mentais superiores, tal como metacognição e atenção plena (MENEZES; DELL'AGLIO; BIZARRO et al., 2011).

Teasdale (1999) vai mais além, e defende que o conhecimento metacognitivo pode não ser suficiente para a mudança dos padrões mentais/emocionais verificados na meditação, preferindo utilizar o termo “insight metacognitivo” (ou consciência

metacognitiva), para descrever o tipo particular de compreensão que esta prática proporciona, em que pensamentos e sentimentos são percebidos como eventos mentais, e não como o próprio self.

A meditação, embora envolva relaxamento, trata-se de um relaxamento acompanhado do aumento da atenção mental internalizada (FELL et al., 2010). No relaxamento isolado não existe a sincronia neural e os altos níveis de ondas gama associadas a um alto grau de percepção consciente constatados por Davidson e Begley (2013).

Comparações dos efeitos da meditação com relaxamento apontaram que a redução da condutância da pele, da frequência cardíaca e da taxa respiratória foi significativamente mais acentuada entre os meditadores (TAKAHASHI et al., 2005; ORTNER et al., 2007).

Em avaliação por eletroencefalograma da meditação não diretiva, houve um aumento significativo na potência alfa na condição de meditação em comparação com a condição de relaxamento. Além disso, constatou-se aumento de teta significativamente maior nas regiões frontal e temporal-central em comparação com a região posterior. As descobertas deste estudo sugerem que as técnicas de meditação não diretiva alteram os padrões teta e alfa significativamente mais do que o relaxamento regular (LAGOPOULOS et al., 2009).

Costa e colaboradores (2020) também constataram um comportamento diferente da frequência alfa durante a meditação, quando comparada ao estado de relaxamento, ao avaliarem a “meditação Gurdjieff”, cuja proposta é a atenção para o corpo, pensamentos e sentimentos de forma integrada. Os resultados demonstraram um aumento desta frequência durante o estado meditativo, em todas as regiões cerebrais avaliadas, sendo na região occipital onde registrou maior potência.

Na transição do estado de vigília para o sono, quando a capacidade de responder a estímulos externos cessa, constata-se que a potência alfa diminui, enquanto a theta aumenta, porém, na meditação há um aumento significativo de ambas (KLIMESCH, 1999; LAGOPOULOS et al., 2009). Pesquisas sugerem que a atividade das redes oscilantes teta e alfa esteja associada com estados de atenção internalizada e experiência emocional positiva (AFTANAS; GOLOCHEIKINE, 2001) - um sinal de que a meditação provoca um contato mais coerente da consciência com o inconsciente.

O processo meditativo

O processo meditativo pode ser formal ou informal. O formal ocorre quando o indivíduo disponibiliza certo tempo do seu dia para realizar a meditação, se concentrando no momento presente e nos sentimentos daquele momento. Enquanto

que o informal, pode ocorrer durante qualquer atividade realizada ao longo do dia, como cuidar da casa, do jardim, das roupas, cozinhar, trabalhar ou estudar, entre outras atividades. Nesses momentos, quando o indivíduo está inteiramente presente no que está fazendo sem se preocupar com o que vai fazer no futuro ou que já fez no passado, encontra-se no que denomina de estado de presença no aqui e no agora (MOUZINHO et al., 2018).

Sabe-se que existem muitos estilos diferentes de meditação, podendo dividir a prática de meditação em dois grandes grupos: atenção fechada e aberta, também chamados de estilo concentrativo e atenção plena.

O tipo atenção plena, ou meditação do *insight*, é descrito como uma prática de abertura, em que há uma percepção acrítica, momento a momento, de estímulos, como pensamentos, sentimentos e/ou sensações, uma observação livre que não os julga nem analisa, sem apego e sem aversão. Exemplos: meditação vipassana, zazen e mindfulness. Entretanto, o tipo concentrativo diz respeito à restrição da atenção a um único objeto, interno ou externo. Este objeto pode se limitar a uma atividade mental ou sensorial específica, como por exemplo, a repetição da frequência do som de uma palavra, denominada mantra, ou de uma imagem ou até da respiração. Exemplos: samatha (escaneamento corporal), dhyāna-yoga (CAHN; POLICH, 2006; HARVEY, 2015; GOLEMAN, 2018).

Importante considerar que esses estilos não são rígidos e pode haver uma alternância ou simultaneidade entre eles, ou seja, se concentrar em pontos e sensações do corpo, como a respiração, ao mesmo tempo que se mantém alerta aos pensamentos e emoções que surgem, sustentando a postura acrítica. Esses pontos de atenção são também chamados de “âncoras”, em referência a um ponto a partir do qual a embarcação (aqui, uma metáfora para o meditante) pode mover-se, mas sem divagar ou perder-se ao sabor das ondas (o fluxo constante e disperso dos pensamentos de uma mente indisciplinada) (FERNANDES, 2018).

Muitas vezes é preciso desenvolver o treino da concentração, por meio de técnicas meditativas concentrativas, para posteriormente conseguir desenvolver abertura à observação sem julgamento dos conteúdos mentais, como propõe o estilo atenção plena (GOLEMAN, 1988).

Independente do estilo a ser usado, o ponto fundamental na prática da meditação é o exercício da atenção consciente. Pesquisas revelaram que quanto maior o tempo de prática, maior a capacidade atencional, havendo uma relação direta com a diminuição da ansiedade (DAVIDSON et al., 1976).

Algumas possibilidades de meditação

Meditação do tipo *Mindfulness*

Entre os muitos tipos de meditação encontradas, optou-se por destacar a meditação tipo *mindfulness*, sendo este termo uma tradução inglesa da palavra *sati* do idioma Pali (língua original em que os ensinamentos de Buda foram registrados), podendo ser traduzido para o português como atenção plena. Sugere percepção (estar consciente), atenção e retenção (lembrança), recordando e tendo atenção para estar consciente (GOLEMAN; DAVIDSON, 2017).

A meditação do tipo *mindfulness* provém da filosofia budista, considerada como o principal ensinamento dessa tradição e é uma perspectiva que consiste em fixar atenção intencionalmente no momento atual sem julgar e na presença acolhedora e gentil no aqui-agora. Ou seja, basicamente, refere-se à capacidade de prestar atenção ao momento presente, com aceitação e sem julgamento (KABAT-ZINN, 2017).

Mesmo partindo de um preceito e prática pouco comuns no território ocidental, a alta taxa de sucesso é um incentivo para que mais instituições e profissionais utilizem a meditação *mindfulness* em prol da promoção da saúde (MOUZINHO et al, 2018).

Com os recentes avanços científicos, é possível observar os efeitos positivos que a prática de *mindfulness* provoca no cérebro. A ciência da imaginologia permite registrar as zonas do cérebro associadas a estes efeitos positivos, como a felicidade, a empatia e a compaixão, que se tornam mais ativas à medida que as pessoas meditam (WILLIAMS, PENMAN, 2015).

Há indicação de que os programas de meditação podem reduzir dimensões negativas de estresse psicológico, como os programas de atenção plena que revelam melhoria em quadros de ansiedade, depressão e dor com evidências moderadas (GOYAL et al., 2014).

A meditação da atenção plena na dor crônica revelou seu efeito mais proeminente não na redução da percepção da dor, mas nos aspectos psicológicos da convivência com a dor crônica, além de melhorar a depressão associada e a qualidade de vida. Assim, essa meditação deve ser considerada como um complemento baseado em evidências no tratamento da dor crônica (BALL et al., 2017).

A intervenção desta meditação também se revelou promissora na insônia crônica. Os resultados revelaram evidências de eficácia do tratamento utilizando a meditação para reduzir o tempo total acordado na cama e a vigília relacionada ao sono, com alterações clinicamente significativas na resposta ao tratamento e remissão. Dado que distúrbios da insônia são definidos por distúrbios noturnos do sono e disfunção de vigília, os achados demonstraram a eficácia da meditação *mindfulness* para melhorar os sintomas noturnos e a angústia de ficar acordado naqueles pacientes com elevada vigília relacionada ao sono. No geral, essas descobertas fornecem importantes evidências para a eficácia, credibilidade e segurança de terapias baseadas em meditação (ONG et al., 2014).

Embora no campo da ciência e da academia, a meditação do tipo *mindfulness* tenha sido muito difundida, vale ressaltar que existem outras formas de meditação, como as que seguem.

Meditação do tipo Zazen

Meditação usualmente conhecida, praticada e difundida pela escola Soto Zen. Nesta meditação,

o praticante encontra-se em ambiente silencioso, senta-se com as pernas dobradas, coluna ereta, olhos a 45º de abertura (semiabertos), mãos em concha e polegares se encontrando ao centro. Nessa forma de meditar, não são usadas músicas e nenhuma outra distração que tente conduzir o praticante ao distanciamento da sua percepção de respirar e do sentir seu corpo em postura meditativa. Os budistas utilizam batidas regulares de sinos e alguns instrumentos em algumas situações, mas não em todo o tempo da prática. As práticas desse tipo são feitas por 20 a 40 minutos em média, exigindo que o corpo se mantenha a maior parte do tempo na mesma posição (CASTRO et al., 2020, p. 13).

Imediatamente entre duas sessões de zazen, geralmente pratica-se kin-hin (meditação andando), onde a cada ciclo de inspiração e expiração, se dá meio passo (aproximadamente a distância de meio pé), mantendo a mesma conduta do zazen.

Meditação ativa de Osho

As meditações ativas dizem respeito às práticas que envolvem

movimentos corporais variados que podem ser conduzidos através da dança ou mesmo de comandos verbais específicos oferecidos pelo instrutor habilitado. No mundo, as práticas de meditação ativa propostas por Osho ficaram muito conhecidas como possibilidades diferenciadas de viver o estado meditativo. Osho divide suas meditações ativas em fases marcadas pelo movimento corporal, a dança, a respiração, catarse, além do silêncio e da inatividade. Osho considera em seus ensinamentos que quando o corpo se coloca em movimento e experimenta toda a sua potencialidade através da respiração, do grito e do silêncio, o encontro com a consciência desperta acontece de maneira mais fluida e orgânica (CASTRO et al., 2020, p. 15).

Vipassana

Vipassana significa ver as coisas como realmente são, sem as distorções da mente. A prática remonta a Sidarta Gautama (Buda), há cerca de 2500 anos. É a meditação utilizada pela tradição budista Theravāda e o mestre S. N. Goenka foi um dos grandes responsáveis pela sua divulgação no Ocidente. Goenka enfatiza o “escaneamento corporal” e as sensações corporais (VIEIRA, 2021).

O foco ou a contemplação, nessa prática, pode ser em qualquer um dos Quatro Fundamentos da Consciência Plena (o corpo, as sensações, a mente ou estados da consciência e os objetos ou qualidades mentais).

Na prática de vipassana – também chamada de meditação do insight – como ensinada por Goenka, a atenção está em constante movimento o tempo todo, o que auxilia o desenvolvimento da equanimidade com relação às sensações, pois, seja a sensação agradável, desagradável ou nula, não se para a atenção, mas a move ininterruptamente observando as sensações nas outras partes do corpo (VIEIRA, 2018).

O insight (compreensão profunda) surge a partir da constante prática da atenção às sensações corporais e da equanimidade. Entretanto, meramente sentir as sensações dentro de nós não é suficiente para remover nossas ilusões, é essencial compreender a impermanência das mesmas (VIPASSANA, 2016; VIEIRA, 2018).

Meditação Xamânica

A meditação Xamânica tem origem no Xamanismo e apresenta como base central a descoberta do potencial curador que cada indivíduo tem, e nesse caso, a meditação é usada como uma ferramenta para acessar esse indivíduo curador. As meditações Xamânicas podem ser conduzidas em diferentes posições corporais e podem acontecer em vários ambientes, dentre eles: uma mata, uma praia, uma gruta e também locais fechados, como casas e espaços de meditação. Vale ressaltar que a filosofia do Xamanismo remonta povos ancestrais e civilizações tribais muito antigas, que se reuniam em torno de fogueiras, instrumentos como tambores e flautas, e realizam suas meditações buscando a cura para seus povos, assim como a aproximação com a natureza (CASTRO et al., 2020, p. 15-16).

Práticas Meditativas na Tradição Cristã

A tradição cristã recomenda a busca do silêncio para criar um espaço para que nele Deus possa se manifestar. Em 1989, a igreja recomendou uma correta interpretação das doutrinas que orientam “esvaziar” o espírito de representações sensíveis e de todos os conceitos, mantendo, porém, uma amorosa atenção a Deus, de modo que permaneça no orante um vazio que pode ser então ‘cheio’ pela riqueza divina (CARTA AOS BISPOS DA IGREJA CATÓLICA ACERCA DE ALGUNS ASPECTOS DA MEDITAÇÃO CRISTÃ, 1989).

Talvez a primeira referência a uma prática meditativa cristã esteja descrita no capítulo 6 do Evangelho de São Mateus, quando Jesus orienta a seus discípulos a orarem em seus quartos, de porta fechada, ao “Pai que está no escondido”. Já no capítulo 7 do evangelho de São Lucas, é o próprio Jesus que sobe em um monte para orar, lá passando toda a noite.

O monaquismo cristão cultiva uma prática meditativa muito antiga chamada Lectio Divina, ou Leitura Orante da Bíblia. A expressão Lectio Divina remonta aos primeiros séculos da era cristã e a fixação em quatro passos ou etapas como é praticado hoje foi dada pelo monge Guido, no século II (SANTOS, 2022). A prática consiste na leitura de uma passagem bíblica como ponto de foco para a oração e é feita seguindo as seguintes etapas:

1 - Lectio (leitura); 2 - Meditatio (meditação) - essa etapa também pode ser chamada de ruminatio (ruminação); 3 - Oratio (oração); 4 - Contemplatio (contemplação).

Há ainda outras práticas meditativas na tradição cristã, como a Oração Centrante e os Exercícios Espirituais de Santo Inácio de Loyola, todas tendo em comum o cultivo do silêncio como via para o encontro com Deus.

Considerações Finais

Como mencionado, há outros tipos de meditação, estando muito em voga, a meditação guiada, que foi muito difundida, em especial, no período pandêmico no qual houve um elevado uso de recursos eletrônicos e internet na vida cotidiana. Assim, o presente capítulo não teve a intenção de esgotar o tema, e sim, trazer à reflexão à luz da ciência um cenário promissor destacando evidências sobre os benefícios da meditação e a ação comprovada desta na saúde física e psíquica. Essas evidências corroboram para o fortalecimento dessa prática em diferentes ambientes: ensino, pesquisa, extensão, assistência, autocuidado, autoconhecimento, considerando a meditação como poderosa ferramenta de bem-estar físico e mental.

Convidamos aos caros leitores para que possam inserir em suas vidas o hábito da prática meditativa, e, para contribuir, disponibilizamos as mídias sociais do Grupo PICsUFES® (Instagram:@pics.ufes; youtube - PICsFES®), bem como os podcasts “Momento Meditação”, com 17 episódios – em parceria com o projeto de extensão MEDITAUFES e Playlist “Momento Meditação I” – com um total de 4 h e 52 min de som para meditação (disponíveis gratuitamente na plataforma spotify). Ainda disponibilizamos o ebook “Meditação: Direto ao ponto”, elaborado pelo Grupo PICsFES® no período da pandemia (ano 2020), disponível em nosso site <https://picsufes.wixsite.com/picsufes>.

Referências

AFTANAS, Lyubomir; GOLOCHEIKINE, Seymon. Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: high-resolution EEG investigation of meditation. *Neuroscience Letters*, v. 310, p. 57-60, 2001.

BALL, Elizabeth et al. Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. Londres, v. 29, n. 6, p. 359-366, 2017.

BASSO, Julia et al. Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood and emotional regulation in non-experienced meditators. *Behavioural Brain Research*. Nova Iorque, v. 356, p. 208-220, 2019.

BENSON, Herbert et al. Mudanças de temperatura corporal durante a prática de g Tummo yoga. *Nature*, v. 295, p. 234-236, 1982.

BOHM, David. *Causalidade e acaso na física moderna*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BERNARDES, Ana Carolina Vieira. A reatividade emocional não-consciente: estudo exploratório sobre a influência de variáveis da personalidade e do treino de meditação. 2017. 162f. – Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Integrativa), Lisboa.

CASTIELLO, Umberto; PAULIGNAN, Yves; JEANNEROD, Marc. Temporal dissociation of motor responses and subjective awareness: a study in normal subjects. *Brain*, v. 114, p. 2639–2655, 1991.

CAHN, Baruch Rael; POLICH, John. Meditation states and traits: EEG, ERP and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, v. 132, n. 2, p.180-211, 2006.

CARTA AOS BISPOS DA IGREJA CATÓLICA ACERCA DE ALGUNS ASPECTOS DA MEDITAÇÃO CRISTÃ, 1989.

CASTRO, Magda Ribeiro et al. *Meditação: Direto ao ponto*. Vitória, ES, 2020.

COSTA, Naima Loureiro et al. Frequência Alfa na meditação Gurdjieff. *Revista De Ciências Médicas E Biológicas*, v. 19, n. 4, p. 531–536, 2020.

DAVIDSON, Richard; BEGLEY, Sharon. *O Estilo Emocional do Cérebro* [recurso eletrônico] / [tradução de Diego Alfaro]. Rio de Janeiro: Sextante, 2013.

FÉLIX, Francisco Helio Cavalcante. O estado atual do legado de Benjamin Libet, sua coerência e seu impacto na filosofia da mente e no estudo do livre arbítrio. 2014. 116 f. – Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

FELL, Juergen; AXMACHER, Nikolai; HAUPT, Sven. From alpha to gamma: electrophysiological correlates of meditation-related states of consciousness. *Med. Hypotheses*, v. 75, n. 2, p. 218-224, 2010.

FERNANDES, Mariana. Os efeitos de um programa de mindfulness para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois. 2018. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GOLEMAN, Daniel. *The meditative mind: The varieties of meditative experience*. New York: G.P. Putnam's Sons.1988.

GOLEMAN, Daniel. *A Mente Meditativa*. São Paulo: Editora Ática, 230 p. 1997.

GOLEMAN, Daniel; DAVIDSON, Richard. *A ciência da meditação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2017.

GOLEMAN, Daniel. *A arte da meditação*. Rio de Janeiro: Sextante. 2018.

GOYAL, Madhav et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. Baltimore, v.174, n. 3, p. 357-368, 2014.

HARVEY, Peter. Mindfulness in Theravāda Samatha and Vipassanā Meditations, and in Secular Mindfulness. In: SHONIN, Edo, VAN GORDON, William; SINGH, Nirbhay. (eds). *Buddhist Foundations of Mindfulness. Mindfulness in Behavioral Health*. Berlim: Springer. 2015. p.115–137.

HELENE, André Frazão; XAVIER, Gilberto Fernando. Memória e (a elaboração da) percepção, imaginação, inconsciente e consciente. In: LANDEIRA-FERNADEZ, J; SILVA, Maria Teresa Araújo. (orgs). *Intersecções entre Psicologia e Neurociências*. Rio de Janeiro: Medbook. 2007, p. 103-148.

JOHNSON, Willard. *Do Xamanismo a Ciência: uma história da meditação*. São Paulo: Cultrix.1990.

KABAT-ZINN, Jon. *Atenção plena para iniciantes*. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

KLIMESCH, Wolfgang. EEG alpha and theta oscillations reflect cognitive and memoryperformance: a review and analysis. *Brain Research Reviews*, v. 29, p. 169-195, 1999.

KRISHNAMURTI, Jiddu. *Despertando a sensibilidade*. Rio de Janeiro: ICK. 1980.

KRISHNAMURTI, Jiddu. *Meditação: a luz dentro de nós*. Lisboa: Dinalivros. 2016.

LAGOPOULOS, Jim et al. Increased theta and alpha EEG activity during nondirective meditation. *J Altern Complement Med*; v. 15, n. 11 p. 1187-92, 2009.

- LEN, Ihaleakala Hew; VITALE, Joe. Limite Zero. Rio de Janeiro: Rocco. 2016.
- LEVINE, Marvin. The Positive Psychology of buddhism and yoga: paths to a mature happiness. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 2000.
- LEVINE, Glenn et al. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction: A Scientific Statment From the American Heart Association. Journal of the American Heart Association. v. 6, n. 10, p. 1-14, 2017.
- MENEZES, Carolina Baptista; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco.; BIZARRO, Lisiane. Meditação, bem-estar e a ciência psicológica: revisão de estudos empíricos. Interação Psicol. v. 15, n. 2, p. 239-248, 2011.
- MOUZINHO, Leandro et al. Contribuições do Mindfulness às Condições Médicas: Uma Revisão de Literatura. Psicologia, Saúde e Doenças. Portugal, v. 19, n. 2, p. 182-196, 2018.
- ONG, Jason et al. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Chronic Insomnia. SLEEP, v. 37, n. 9, p. 1553-1563, 2014.
- ORTNER, Catherine; KILNER, Sachne; ZELAZO, Philip David. Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. Motivation and Emotion, v. 31, p. 271-283. 2007.
- PRUDENTE, Bruno. História da meditação: das tradições do antigo Oriente à ciência do século XXI. Scientiarum História VII. 2014. Disponível em: <http://www.hcte.ufjf.br/downloads/sh/sh7/SH/trabalhos%20orais%20completos/HISTORIA-DA-MEDITACAO-DAS-TRADICOES-DO-ANTIGO-ORIENTE-A-CIENCIA-DO-SEculo-XXI.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2023.
- ROSENBERG, Marshall. A linguagem da paz em um mundo de conflitos: sua próxima fala mudará seu mundo. São Paulo: Palas Athena. 2019.
- SAMPAIO, Cynthia. Meditação, saúde e ciência. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) XXI CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2016, pp. 222-229. [ISBN – 978- 85-69218-01-2]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm. Acesso em: 22/10/2022.
- SANTOS, Jair de Oliveira. Meditação: Fundamentos Científicos. Salvador: Faculdade Castro Alves, 2010.
- SANTOS, ALTIEREZ. Deus nos lê pela sua Palavra: Lectio divina para Quaresma e Páscoa. São Paulo: Paulus, 2022.
- SIEGEL, Pamela. Yoga e saúde: o desafio da introdução de uma prática não-convencional no SUS. 2010. 217f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

SHAPIRO JR, Deane H. Meditation: Clinical and health-related applications. *The Western Journal of Medicine*, v. 134, n. 2, p. 141-142, 1981.

SMITH, Jonathan. Meditation as psychotherapy: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, v. 82, n 4, p. 558-564, 1975.

STÜBING, Katya Sibeles. Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar. Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto. 2015. 200 f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

TAKAHASHI, Tetsuya et al. Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits. *International Journal of Psychophysiology*, v. 55, p. 199-207. 2005.

TEASDALE, John. Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, v. 6, p. 146-155, 1999.

TUSCHE, Anita; BODE, Stefan; HAYNES, John-Dylan. Neural responses to unattended products predict later consumer choices. *Journal of Neuroscience*, v. 30, n. 23, p. 8024-8031, 2010.

VIEIRA, Otávio Augusto Diniz. A meditação Vipassanā como ensinada por S. N. Goenka. *Numen: revista de estudos e pesquisa da religião*, v. 20, n. 1, p. 163-177, 2018.

VIEIRA, Otávio Augusto Diniz. O mahāsatiṭṭhāna sutta – o grande sutra dos fundamentos da consciência plena – como interpretado e praticado pelas escolas de meditação vipassanā de S. N. Goenka e Mahāsī Sayādaw do budismo theravāda in: ALMEIDA, Flávio Aparecido (Org.). *Ciências das religiões: uma análise transdisciplinar – vol. 2*. São Paulo: Editora Científica. 2021, p. 148-175.

VIPASSANA. Instituto de Pesquisa Mahasatiṭṭhāna Sutta – A Grande Palestra sobre o Estabelecimento da Consciência. 2016. Disponível em: <https://www.dhamma.org/pt/about/vipassana>. Acesso em: 02 de fev. 2023.

VOTTO, Guilherme Gonçalves; CARVALHO, Hudson W. Bem-estar psicológico e meditação: um estudo associativo. *Estud. Interdiscip. Psicol.*, v. 10, n. 3, p. 60-75, 2019.

WILLIAMS, Mark; PENMAN, Danny. *Atenção plena: mindfulness*. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

ZHANG, Qin et al. The Effects of Different Stages of Mindfulness Meditation Training on Emotion Regulation. *Frontiers in Human Neuroscience*. v. 13, p. 1-8, jun. 2019.

Sobre os autores:

Magda Ribeiro de Castro

Enfermeira; Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e do Programa de Pós Graduação em

Saúde Coletiva (PPGSC/UFES); Coordenadora do Grupo PICsUFES®; Membro do GT da ABRASCO de PICS e Racionalidades Médicas; Formação em Mindfulness Funcional. E-mail: magda.soares@ufes.br

Carlos Cerqueira Magalhães

Farmacêutico Homeopata; Mestre em Ciências Farmacêuticas; trabalha e ministra cursos sobre Práticas Integrativas e Complementares. Membro do Grupo PICsUFES®. Encontrou na meditação uma via direta de autoconhecimento, capaz de melhorar a forma de se relacionar com o mundo.

Marina Médici Loureiro Subtil

Fisioterapeuta; Doutora e Mestre em Psicologia Social; Especialista em Acupuntura e Eletroacupuntura e Moxabustão; Pós graduada em Ortopedia Funcional e Terapia Manual; Pós graduada em Fisioterapia Pélvica Funcional; Coordenadora e Docente da Pós Graduação em Acupuntura Integrativa da Faculdade Inspirar de Vitória e Brasília; Ex integrante do Grupo PICsUFES®

Clay Graziotti Assef

Enfermeiro; Coordenador de Enfermagem do Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA); Mestre reiki Usui tradicional; Estudante de Acupuntura; Praticante de Mindfulness.

MUSICOTERAPIA E (COMO) PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR PARA UMA SAÚDE INTEGRAL: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Sandra Rocha do Nascimento

Mayara Kelly Alves Ribeiro

Musicoterapia: caracterizando a área de conhecimento e as práticas

Música e Cura se encontram entrelaçadas desde os primórdios da Humanidade. No texto mais antigo conhecido pelo homem, a Bíblia, encontramos citações do uso da música, suas indicações e efeitos em estados de adoecimento humano: "/.../que busquem a um homem que saiba tocar harpa, e será que, quando o espírito mau da parte do senhor, vier sobre ti, então ele tocará com sua mão, e te acharás melhor" (Samuel, cap 16, vers 16), referindo ao recrutamento de Davi com sua harpa, pelo Rei Saul, para acalmar seus ânimos. Textos sobre a História da colonização portuguesa no Brasil citam pajés fazendo o uso de cantos, sons de maracas (chocalhos feitos de cabaças e sementes) e danças coletivas para afastar maus espíritos de indivíduos da tribo. O surgimento da Musicoterapia, suas origens e sistematização, é bem amplo e tem sido descrito nos relatos de diferentes autores da própria área. Remonta ao período da segunda grande guerra mundial junto a indivíduos sequelados, em meados do século XX e após este fato histórico, pelo uso dos elementos musicais para fins terapêuticos e de reabilitação em contextos hospitalares e ou psiquiátricos.

Musicoterapia, enquanto área de conhecimento, tem sua constituição denominativa na junção de dois termos representantes de duas grandes áreas: Music (música) e Therapy (terapia). Como sustentado por diversos teóricos, bem como discutido nos cursos de formação acadêmica e eventos científicos, a Musicoterapia tem sua constituição numa perspectiva híbrida, trans e interdisciplinar, i. é constituída por conhecimentos de diferentes áreas do conhecimento (medicina, psicologia, medicina do movimento, psiquiatria, especialidades médicas, entre outras) e a área da música (estudos musicais, psicologia da música, história da música, etnomusicologia, psicoacústica etc.).

Retomando ao histórico da Musicoterapia, elucidamos alguns aspectos importantes que marcam esta área do conhecimento e que consolidaram o surgimento da área e da profissão no contexto latino-americano e em específico no Brasil. No site da UBA (<https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia>) encontramos dados que demonstram a presença constante de importantes ações, quais sejam:

- A profissão surgiu nas “Jornadas Latino-americanas de Musicoterapia” realizadas na Argentina em 1968, seguidas da constituição de diversas associações representativas no Brasil;
- Na década de 50, D Liddy Mignone, inovadora educadora musical, criou no Conservatório Brasileiro de Música (CBM), no Rio de Janeiro/RJ, um curso para educadores musicais para professores que abrissem suas aulas para todas as crianças;
- O início da musicoterapia, propriamente dita, no Rio de Janeiro deve-se ao resultado da atuação de três mulheres obstinadas: Cecília Fernandez Conde, Doris Hoyer de Carvalho e Gabrielle Souza e Silva;
- A Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul, fundada em 11/11/1968 presidida pela Dra. Di Pâncaro e uma equipe multiprofissional, dispara a atuação da musicoterapia no Hospital Psiquiátrico São Pedro.
- Em 1970, Dr. Rolando Benenzon, psiquiatra e músico argentino, deu um segundo curso, e em 1971 veio novamente ao CBM com a incumbência de montar e discutir o currículo de um curso de Musicoterapia. É criado o primeiro setor de Musicoterapia especializado em Reabilitação no Rio de Janeiro e no Brasil.
- No Paraná, a Professora Clotilde implantou a Musicoterapia no Hospital psiquiátrico Nossa Senhora da Luz, além de outras instituições psiquiátricas e abriu as portas da faculdade para o atendimento à comunidade.
- Em 1971, a Faculdade de Educação Musical do Paraná (atual Universidade Estadual do Paraná - Unespar) criou a especialização em Musicoterapia para educadores musicais graduados.
- O primeiro curso de graduação em Musicoterapia no Brasil, desenvolvido em 1972 pelo Conservatório Brasileiro de Música/ CBM, com reconhecimento pelo MEC em 1978.

Nestas ações verificamos que a criação de espaços formativos, a constituição de associações profissionais e a implementação de diferentes serviços estiveram presentes à consolidação da área no território brasileiro desde o início. O avanço da musicoterapia brasileira ainda foi consolidado por outros aspectos importantes sempre considerados e sustentados pelos profissionais, formadores e estudiosos da área.

Um fato histórico, considerado como marcador à consolidação da profissão, foi o registro profissional da primeira musicoterapeuta brasileira junto a equipe da Dra Nise da Silveira ao tratamento de paciente com transtornos mentais em 1954 (SAMPAIO, 2021). No entanto, os esforços para consolidar a atuação e registro profissional do musicoterapeuta ainda são muito presentes e fundamentais na atualidade. Em 2010, avançamos com a inserção da ocupação profissional de Musicoterapeuta na Classificação Brasileira das Ocupações (CBO), sob o código 2239-15, na família dos Terapeutas Ocupacionais e Ortópticos. Em 2013, integra a família

dos Arteterapeutas e Equoterapeutas, conhecidos como profissionais das terapias criativas e equoterápicas, assumindo o novo código 2263-05 utilizado na atualidade (UBAM). Outros acontecimentos importantes ampliaram a inserção da área no SUS: em abril de 2013, a comissão SUS da UBAM realiza uma primeira revisão na tabela do SIGTAP/DATASUS, solicitando a inclusão do CBO da musicoterapia em procedimentos do SUS, sendo oficializado o código 2263-05 no CNES e em seis procedimentos anteriormente cadastrados. Destacamos como importante a inclusão dos profissionais da família 2263 da CBO em atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na Atenção Básica, na XV Conferência Nacional de Saúde, em 2015 (UBAM).

Nas instâncias do SUAS, a musicoterapia tem a participação de representantes da UBAM junto aos profissionais que gerem a Política Nacional de Assistência Social, sendo que a inserção do Musicoterapeuta se deu através da Resolução nº17/2011 do CNAS. Dentre várias ações da comissão encontra-se a discussão da inserção da profissão em dispositivos da assistência social.

Desde maio de 2018, a categoria conta com as **NORMATIVAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO MUSICOTERAPEUTA**, documento denominado como **MATRIZ DACUM**, "resultante do Painel de Validação dos Musicoterapeutas, totalizou as mesmas 9 Grandes Áreas de Competência (GACs), 92 Atividades Técnicas, 17 Atividades de Comunicação e 28 Competências Pessoais" (<https://ubammusicoterapia.com.br/documentos/dacum/>). Neste documento é possível encontrar as diversas competências do exercício profissional do musicoterapeuta, possibilitando orientações e o registro das atividades realizadas.

Desta forma, a constituição da Musicoterapia, como área de conhecimento e prática, se dá em diversas instâncias e níveis de atenção à saúde desde a prevenção até a promoção e tratamentos especializados em saúde, sempre composta por formações específicas, investigações científicas à geração de constructos teóricos e metodologias, implementação de serviços e constituição de órgãos representativos da categoria.

Sampaio (2021), sustenta: a constituição de formação específica e supervisionada desde os primeiros cursos; os debates sobre os eixos históricos norteadores de utilização da música na saúde, configurando atuações distintas (área de prática médica, área de prática de cura, área de prática de reabilitação, práticas musicais cotidianas); as pesquisas científicas para embasar e publicizar as práticas e constructos teóricos; a criação de associações profissionais em diferentes estados brasileiros e a nível mundial; a ampliação da oferta de cursos de formação acadêmica em nível de graduação e especialização (SAMPAIO, 2021).

Para explicitar alguns elementos que apresentam especificidades da atuação musicoterapêutica, trazemos a elucidação das especificidades de nossa prática clínica profissional. Na definição oficial brasileira, encontramos os elementos essenciais à explicativa sobre a área.

Atualmente, a definição de Musicoterapia em nosso território brasileiro se encontra assim expressa:

Musicoterapia é um campo de conhecimento que estuda os efeitos da música e da utilização de experiências musicais, resultantes do encontro entre o/a musicoterapeuta e as pessoas assistidas. A prática da Musicoterapia objetiva favorecer o aumento das possibilidades de existir e agir, seja no trabalho individual, com grupo, nas comunidades, organizações, instituições de saúde e sociedade, nos âmbitos da promoção, prevenção, reabilitação da saúde e de transformação de contextos sociais e comunitários; evitando dessa forma, que haja danos ou diminuição dos processos de desenvolvimento do potencial das pessoas e/ou comunidades. O musicoterapeuta é o profissional de nível superior ou especialização, com formação reconhecida pelo MEC e com registro em seu órgão de representação de categoria. Ele/a é habilitado/a a exercer a profissão no Brasil. Ele/a facilita um processo musicoterápico a partir de avaliações específicas, com base na musicalidade e na necessidade de cada pessoa e/ou grupo. Estabelece um plano de cuidado e um processo musicoterápico a partir do vínculo e de avaliações específicas atendendo às premissas de promoção da saúde, da aprendizagem, da habilitação, da reabilitação, do empoderamento, da mudança de contextos sociais e da qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades atendidas. O Musicoterapeuta pode atuar em áreas como: Saúde, Educação, Social/Comunitária, Organizacional, entre outras (UBAM, 2018; <https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/definicao/>).

A partir da definição, podemos verificar na imagem 1, a seguir, aspectos que exemplificam uma prática musicoterápica em um contexto de saúde, indicando fatores necessários à identidade e prática do profissional musicoterapeuta:

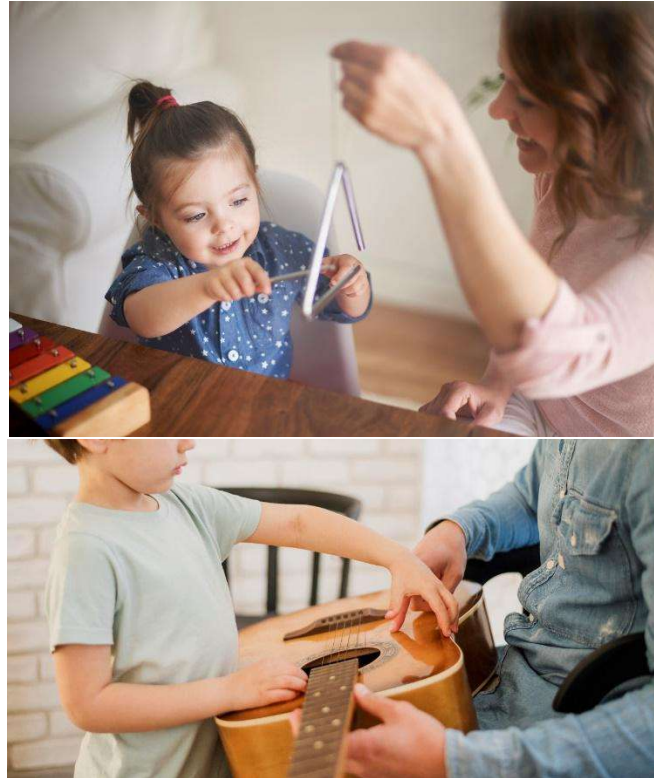


Imagem 1: Cenas de atendimento musicoterapêutico.

Fonte: Freepik

- Na cena podemos inferir uma abordagem teórica humanista, por exemplo a terapia centrada na pessoa de Carl Rogers, favorecendo a aproximação interativa do musicoterapeuta junto ao cliente e a expressão genuína e espontânea deste, acolhida integralmente pelo profissional. Desta forma, a utilização de diferentes aportes teóricos e conceitos estruturantes de áreas afins, bem como específicos da musicoterapia, é fundamental ao entendimento e explicativa das ações da prática clínica e os resultados obtidos sobre os efeitos da música no indivíduo e seus processos de saúde-doença.
- Na cena podemos vislumbrar sonoridades emergindo do profissional e do cliente e mesmo uma música criada entre eles. Ou seja, o encontro entre musicoterapeuta e indivíduo(s), se dá através do fazer musical interativo, configurando uma prática de 'musicoterapia interativa' (BARCELLOS, 2021) na qual o profissional faz música intencionalmente junto com o cliente; a vinculação entre musicoterapeuta e cliente também é estabelecida com e através de olhares, toques, oralidade, etc, mas principalmente através da música.
- a presença e validação dos elementos sonoro-musicais (melodia, harmonia/acordes, ritmos, andamentos e estilos musicais, texturas sonoras, timbres) quer nas produções sonoras (dos clientes) quanto na análise musicoterapêutica (realizada pelo musicoterapeuta);

- os elementos sonoros presentes na musicalidade do profissional musicoterapeuta são direcionados ao cliente, ou seja, o uso de instrumento(s) musical(ais) pelo musicoterapeuta e de sua musicalidade, contém movimentações sonoras de interação e ou com intervenções, configurando "movimentações clínicas" (BARCELLOS, 1992);
- num processo musicoterapêutico se faz importante considerar etapas como a 'testificação sonoro musical' (BENZON, 1981) e avaliação psicossônica, levando a estruturação do 'plano terapêutico singular';
- Na cena talvez possamos inferir a utilização da 'recriação musical' (BRUSCIA, 2000) através de canções da 'Identidade sonora' (BENZON, 1985) do cliente/pessoa assistida e ou elegidas pelo profissional, geralmente a partir de uma 'anamnese sonoro musical'; ou talvez a experiência de 'improvisação musical'; ou mesmo de 'composição musical' (BRUSCIA, 2000); ainda é possível o uso da 'experiência musical provocativa' (BARCELLOS, 2021), quando canções conhecidas são trazidas para o cliente completar palavras, trechos. I. é, a utilização de experiências musicais alinhadas com as demandas identificadas. A experiência musical em musicoterapia sempre estará relacionada com as demandas do cliente e principalmente aos aspectos de sua subjetividade, expressos em sua musicalidade e analisados pelo musicoterapeuta;
- Como vemos na imagem, uma sala de internação, a atuação do musicoterapeuta no *locus* de vivência do cliente; outros locais podem ser utilizados como settings clínicos (sala de exames, UTI, sala de espera), entre outros contextos da clínica ampliada como em espaços sociais, educacionais, organizacionais, comunitários etc;
- a presença ou espaço para as expressões sonoro musicais e corporais do cliente, através da presença e mesmo não expressão de seu canto ou do uso de instrumento sonoro bem como de sua expressão corporal;
- a capacidade de escuta ativa e acolhimento das manifestações subjetivas do cliente, pelo musicoterapeuta, sendo elemento-chave e diferenciador na prática e ao perfil profissional; i.é., através da expressão sonoro musical do cliente (sua produção sonora) o musicoterapeuta conhecerá como se encontra biocognitiva e psicoemocional o seu cliente, sendo possível eleger as ações adequadas ao seguimento do processo;
- implícitas na cena, encontra-se a formação acadêmica sob supervisão, reconhecida pelo MEC e com validação da prática por associações da categoria, levando a uma atuação realizada somente pelo profissional qualificado na área.

A imagem a seguir (figura 2) mostra cenário de prática clínica musicoterapêutica diferenciado, na qual podemos inferir um atendimento em grupo



Imagem 2

Fonte: Freepik

Na imagem estão contidas diversas informações sobre a prática clínica do musicoterapeuta, centrando-nos na atuação nas diversas áreas e níveis de Prática da Musicoterapia (BRUSCIA, 2000; BRUSCIA, 2014). Bruscia (2014), enfatiza as seguintes premissas sobre este tema:

/.../ uma área de atuação pode ser caracterizada pelos objetivos que o musicoterapeuta trabalha, as expectativas do participante, o propósito da instituição e a maneira como musicoterapeuta e cliente trabalham. Com base nessa forma de pensar, denominamos por áreas de atuação as diferentes formas de pensar e fazer musicoterapia nos espaços onde ela é acolhida e desenvolvida. Assim, mais do que o lugar, a forma do musicoterapeuta agir e relacionar-se com o/a participante é que determina uma área de atuação (CUNHA; BEGGIATO apud UBAM, <https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/areas-de-atuacao/>).

Como sustenta Sampaio (2021), fazendo ressonância com explicativas de outros autores,

/.../ temos no Brasil uma pluralidade de práticas musicoterapêuticas que leva ao desenvolvimento de novas formas de pensar e agir, que vão incorporando outras teorias, outras tendências, outras perspectivas, além de constituir teorias, tendências e perspectivas próprias (SAMPAIO, 2021, p. 5).

O musicoterapeuta brasileiro Gustavo Schulz Gattino, residente em Portugal, em 2021 organizou uma obra contendo inúmeros artigos com o objetivo de oferecer um panorama das perspectivas práticas e teóricas presentes na musicoterapia brasileira. Dentre as perspectivas práticas citadas na obra, encontramos: a 'musicoterapia interativa' (Barcellos), Musicoterapia social-comunitária (Cunha, Arndt, Beggiano), musicoterapia na educação (Nascimento), musicoterapia organizacional (Castro), utilização da mesa lira (Alcântara-Silva), improvisação musical em cuidados paliativos (Petersen), música e cores (Rodrigues), musicoterapia e doença trofoblástica gestacional (Vianna, Costa, Rangel, Ramos, Pereira, Ribas, Neto), musicoterapia musicocentrada (Brandalise). Nas perspectivas teóricas encontramos reflexões sobre ambiência sonora (Maranhão), bioética (Silva Júnior), diálogos com teorias de Deleuze e Guattari (Pinto), conceitos estruturantes como 'canção âncora' (Cirigliano), entre outras contribuições importantes.

Consideramos importante trazer a fala de Gattino (2021), ao sustentar, como elementos essenciais na formação do profissional musicoterapeuta e à consolidação da prática, a seguinte afirmativa:

Ainda que as perspectivas teóricas e práticas tenham distintas finalidades em musicoterapia, elas estão conectadas por uma forma sistematizada de pensar. Essa forma sistematizada normalmente se traduz por conceitos, teorias, modelos, abordagens e orientações. Isso significa que as perspectivas práticas também estão atreladas a entendimentos teóricos, /.../. /.../ se a prática for entendida apenas por exemplos práticos sem uma organização teórica, torna-se meramente empírica (p. 14).

Formação em Musicoterapia na Universidade Federal de Goiás

Embora os diferentes contextos (clínico, hospitalar, social-comunitário, educação especial, saúde mental etc.) tragam singularidades e elementos diversos de seus territórios, configurando esta diversidade de áreas de prática, as mesmas por vezes estão alinhadas e sustentadas com a formação recebida nos cursos de graduação e ou especialização em musicoterapia, bem como em outras formações posteriores (programas de mestrado, doutorado, desenvolvimento de pesquisas etc.).

Em nossa universidade – Universidade Federal de Goiás/UFG - primeiro curso de graduação em uma universidade pública federal iniciado em 1999, as docentes do Curso de Musicoterapia organizaram uma obra denominada Encontros em Musicoterapia - Temas em Ensino, Pesquisa e Extensão (VALENTIN et al., 2021) por ocasião da comemoração do vigésimo ano do curso de graduação. Nesta obra, apresentamos temas importantes desenvolvidos nos três eixos que constituem a formação acadêmica no âmbito do ensino público federal, quais sejam, pesquisa, extensão e ensino.

Diversas práticas são apresentadas na obra, contribuindo em muito à consolidação da área e na formação acadêmica no território goiano e brasileiro, tais como: resolução de conflitos no contexto organizacional, musicoterapia com casais, musicoterapia social-comunitária intergeracional, musicoterapia e práticas interprofissionais e intersetoriais na saúde mental, musicoterapia em quimioterapia ambulatorial pediátrica, musicoterapia com adolescentes hospitalizados em unidade oncológica, em tratamento da doença de Parkinson, como tratamento complementar para a esclerose múltipla, no pré-parto humanizado em maternidade pública, no processo de humanização da pediatria de um hospital de doenças tropicais. Esse conjunto de artigos e seus autores e co-autores configuram uma parcela representativa da formação em musicoterapia oferecida pela Escola de Música e Artes Cênicas/ UFG, mas com certeza não evidencia a multiplicidade de aplicabilidades e estudos desenvolvidos nestes mais de vinte anos.

Retomando aspectos históricos, na obra (VALENTIN et al., 2021) encontramos descrito um histórico da construção da Musicoterapia em Goiás e sobre a formação profissional estruturada pelos docentes. Destacam-se movimentos preliminares à constituição do curso de Musicoterapia, bem antes de sua implementação em 1999, quais sejam:

- em meados de 1980 o uso da música por profissionais com formação em Música junto a instituições de educação especial e sujeitos com deficiências;
- seguindo em 1990 com o uso da música como terapia e cursos de extensão sobre a temática da área (musicoterapia), dentre os ministrantes Cecília Conde e Lia Rejane Barcellos;
- avança com a criação da instituição representativa dos profissionais locais, atualmente denominada AGMT (Associação Goiana de Musicoterapia);
- em 1993 a 1997, a oferta de cursos de especialização em musicoterapia capacitando os profissionais já atuantes ao uso da música como terapia, destacando a importância de docentes do CBM/Rio de Janeiro e do musicoterapeuta argentino Rolando Benenzon;
- em 1995 surge uma pesquisa sobre musicoterapia e autismo que favorece a construção de espaço clínico, estudos e formações dentro da UFG;
- em 1999 inicia-se o Curso de Graduação em Musicoterapia, sendo a primeira formação acadêmica a nível de graduação em uma Instituição Pública federal de Ensino, no Brasil; na mesma data, serviços locais importantes são implementados em instituições públicas, privadas e ONGs, ofertando cenários de prática clínica aos estágios do curso de graduação;
- em 2000, linhas de pesquisa em cursos de pós graduação (mestrados e doutorados) iniciam a ampliação dos conhecimentos teórico-práticos, sendo uma constante;

- em 2004 amplia-se o corpo docente do curso e as áreas de estudos, pesquisas e aplicabilidades oferecidas aos acadêmicos, tendo como característica o desenvolvimento de linhas de pesquisas e atuações vinculadas aos docentes e suas trajetórias na área.

O Curso de Graduação em Musicoterapia da UFG, tem como objetivo geral,

Habilitar o acadêmico para o exercício profissional em Musicoterapia nas diversas áreas de atuação por meio da Música e/ou seus elementos como instrumentos de sustentação da prática musicoterapêutica, norteadas por ações interdisciplinares, através de conhecimento musical específico, conhecimentos da área da saúde e das ciências humanas, além de vivências na área de sensibilização relacionadas aos efeitos do som e da música no indivíduo, e práticas de estágio (PPC, 2020, p. 15 *apud* VALENTIN et al., 2021, p. 20).

O curso é constituído de três grandes eixos na formação do profissional musicoterapeuta: eixo musical; eixo científico; área de sensibilização. Para explicar o rol de componentes curriculares, unidades acadêmicas e áreas de conhecimentos presentes na formação do musicoterapeuta, citamos: a Faculdade de Medicina (com Anatomia, Neuroanatomia, Psiquiatria, entre outras); a Faculdade de Educação/Psicologia (com Psicologia do Desenvolvimento, entre outras); a Faculdade de Educação Física e Dança (com Cinesiologia, Expressão Corporal); a Escola de Música e Artes Cênicas, com diferentes disciplinas da música (instrumento musical, percepção musical, história da música, entre outras) e específicas da musicoterapia (musicoterapia neurológica, musicoterapia hospitalar, musicoterapia na saúde mental, estágios supervisionados, dinâmica do relacionamento Humano, entre outras). Os estágios supervisionados são realizados em cenários e campos de prática com a presença e atuação do preceptor de estágio, vinculado ao quadro funcional das instituições conveniadas e sob orientação dos professores da UFG.

O curso também é marcado por componentes curriculares que dialogam com a realidade contemporânea em saúde pública e do mercado do trabalho, com disciplinas como Saúde Digital e Empreendedorismo. Os Projetos de Extensão universitária consolidam este diálogo com a sociedade local e suas demandas, proporcionando práticas complementares à formação acadêmica. Agregam-se, ainda, atividades diferenciadas quando da participação dos alunos em disciplinas de Núcleo Livre oferecidas por qualquer curso e unidade acadêmica da UFG, como por exemplo "Antropologia da saúde" pelo Curso de Ciências Sociais, e mesmo participantes projetos de iniciação científica e pesquisas. No Projeto Pedagógico de Curso, do curso de Musicoterapia, atualmente em sua terceira reformulação, as ações de (re)leituras e escutas, marca o avanço de uma formação que se inicia aproximando interdisciplinarmente diferentes áreas do conhecimento, unidades acadêmicas, disciplinas e seus docentes e avança para diálogos interprofissionais, interinstitucionais e de práticas colaborativos.

A formação oferecida pelo Curso de Musicoterapia apresenta uma similitude com a trajetória de implementação dos cenários de prática aos estágios, pesquisas e atividades de práticas de ensino, mas também na ampliação da inserção do profissional no mercado de trabalho, constituindo-se preceptor e oportunizando a entrada de acadêmicos em novos espaços. Encontra-se tangenciada por uma leitura dos e sobre os alunos, o mercado de trabalho, as formações e especificidades do corpo docente, bem como a própria realidade local. Ou seja, uma escuta sensível sobre as aprendizagens e realidades socioculturais e econômicas dos alunos (como a entrada do curso no SISU em 2020, extinguindo as provas de verificação de habilidades específicas), bem como sobre as áreas de atuação e estudos emergentes (musicoterapia neurológica, musicoterapia organizacional, entre outras), configura-se como uma marca importante do corpo docente e coordenação de curso em Musicoterapia da UFG.

Formação e Atuação(ões) em Musicoterapia, no território goiano-brasileiro, parecem sempre andarem juntas, em que a cada nova conquista (áreas estudadas, conceitos estruturados, teorias utilizadas, cenários de prática e aplicabilidades, parcerias estabelecidas, etc) novas áreas e campos são incluídos. É no interior das práticas clínicas que a área da Musicoterapia tem consolidado seus saberes específicos e a(s) singularidade(s) de sua(s) formação(ões).

Musicoterapia e (como) Prática Integrativa e Complementar

A Musicoterapia e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2015) ainda é um diálogo em construção. Embora a área integra "/.../ a partir da publicação da Portaria Ministerial GM no 849, de 27 de março de 2017, o rol de novas práticas institucionalizadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS" (BRASIL, 2018, p. 80), ainda temos um terreno fértil inexplorado, com inúmeros desafios. A área faz diversos diálogos com instâncias do MS/Brasil à sua inserção nos contextos de Saúde. A UBAM tem constituída uma Comissão (GT Musicoterapia e PICS), junto ao Ministérios da Saúde, que avança constantemente das discussões sobre o desenvolvimento da área no campo da saúde.

Renato Sampaio, docente musicoterapeuta da UFMG, em reportagem na época da inclusão da área na PNPIC (SAMPAIO, 2017), afirmou que esta inserção proporcionou a validação das práticas já realizadas no âmbito do SUS no nível da Atenção Secundária, como nos CAPS. Exemplifica a prática da musicoterapia com resultados de grande eficácia para indivíduos com autismo, junto a mulheres em tratamento de infertilidade, nos cuidados paliativos bem como na estimulação de neonatos em prematuridade, dentre outras diversas demandas de saúde. Sustenta que a musicoterapia na PNPIC ampliou possibilidades de oferta ao campo de promoção da saúde.

Concordamos que a área obteve um grande ganho com sua inserção na PNPIC, favorecendo a implementação em diversos níveis da Atenção à Saúde e dispositivos da saúde pública. No entanto, na realidade dos serviços, este movimento ainda não é visível. Muitos profissionais capacitados ainda estão vinculados aos serviços de saúde de média e alta complexidade. Deixam lacunas nos níveis da ESF, UBS, CRAS, CREAS, e em políticas importantes como o PSE, a PNPS, ao PNDH-3. Ou seja, junto as ações mais próximas da população em geral e muito necessitada de opções alternativas e complementares, e fundamentalmente integrais à manutenção da saúde tanto como prevenção, promoção da saúde, assistência, educação em saúde etc., ainda não encontramos práticas musicoterapêuticas consolidadas e seus profissionais vinculados.

Compreendemos que o grande desafio da Musicoterapia como PIC é a ampliação da compreensão sobre a própria área de conhecimento alinhada com a perspectiva da saúde integral. Algumas premissas da PNPIC (BRASIL, 2015) sinalizam os elementos nos quais uma proposta de musicoterapia como PIC possa fazer ressonância e se fundamentar, quais sejam: considerar a dimensão global na constituição dos indivíduos; a integralidade nas ações da saúde; desenvolver a corresponsabilidade de todos os envolvidos, desde os usuários aos gestores; escuta, acolhimento e vínculos terapêuticos como basilares; ampliação na compreensão do processo saúde –doença; autocuidado preventivo como ação básica; entre outros elementos. Nos objetivos expressos na PNPIC (BRASIL, 2015), ainda encontramos elementos essenciais que sustentem nossa proposta: cuidado continuado, humanizado e integral e desenvolvimento sustentável.

Considerar os sujeitos biocognitivapsicoemocional e social espiritualmente é o grande diferencial de configuração de uma prática musicoterapêutica como PIC, focada nos fortalecimentos de diversos elementos contidos e interfluenciadores do processo saúde-doença do sujeito (determinantes de saúde desde higiene ambiental até física e mental, dinâmicas familiares sistêmicas e transgeracionais). Ou seja, compreender a não separatividade das dimensões intra e interrelacionais e elementos salutogênicos/vulnerabilidades internos e externos aos indivíduos, rumo a uma Saúde Integral. Saúde e as aplicabilidades terapêuticas devem ser compreendidas e constituídas para além de um só contexto ou uma só prática ou um sujeito.

Para exemplificar nossa compreensão sobre Musicoterapia como PIC e ou junto a outras PICs, trago algumas práticas. Desde 2006, eu, Sandra Rocha do Nascimento, iniciei a atuação como docente no Curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás implementando a prática musicoterapêutica em cenários social-comunitários diversos, tendo como prioridade os ambientes escolares e a educação pública. Revisitando minha trajetória para a construção deste texto, percebo que algumas ações extensionistas se apresentaram experiências exitosas à consolidação da Musicoterapia como PIC e ou junto a outras PICs. Nesta última perspectiva, Musicoterapia junto a outras PICs, trago como exemplos:

- a atuação em grupo de mulheres com câncer de mama e dor crônica, com a prática interprofissional e integrada entre a musicoterapia e a aromaterapia, com resultados

evidenciados no aumento na adesão e manifestação expressiva dos indivíduos. “/.../ nas produções sonoras geradas pelos grupos de mulheres com câncer de mama, surgiram sonoridades coletivas e conteúdos de fortalecimento mútuo”. (NASCIMENTO et al., 2020, p. 67-68)

- as intervenções breves de promoção da saúde ou "oficinas de cuidado integrativo", através das PICs Constelação Sistêmica e Musicoterapia Social, para profissionais dos serviços de saúde pública, obtendo resultados como a diluição de resistências na adesão das vivências, modificação nas formas expressivas, mais introspectivas, reflexivas e de percepção entre si, condutas de acolhimento e aceitação mútua (PIRES; NASCIMENTO, 2019).

Como Musicoterapia como PIC, exemplifico com o projeto de extensão universitária da UFG, denominado Vida Ativa, para mulheres da terceira idade e como grupo intergeracional. A integração da musicoterapia com outras abordagens e/ou Pics (mindfulness, constelação sistêmica familiar/CSF, terapia integrativa comunitária/TCI), num mesmo momento ou encontro do grupo, oportuniza o alcance de resultados sistêmicos e de saúde integral. A não separatividade das experiências de cuidado favorece aos participantes da comunidade vivenciarem momentos e práticas salutogênicas diferenciadas, conforme as demandas trazidas pelos sujeitos. Como resultado possibilita integrar o sensível da experiência musical (musicoterapia, mindfulness) com lembranças e narrativas de histórias de vida (TCI), trazendo à consciência emaranhamentos de adoecimentos transgeracionais, que percebidos e ressignificados por movimentos sistêmicos (CSF), são passíveis de alcançarem outra representação para os sujeitos e junto aos seus familiares. Como amplo resultado desta prática, as atitudes de autocuidado das participantes e o convite às amigas e vizinhas (para irem para o grupo), indicam habilidades de responsabilidade relacional e de colaboração, presentes na PNPIC.

Considerações Finais

Sustentamos que atuar na perspectiva de uma prática integrativa e complementar, é imprescindível não separarmos os sujeitos em qualquer que seja a dimensão e perspectiva. Da mesma forma, não separamos áreas de conhecimento e áreas de práticas e mesmo profissionais. Conceitos como interdisciplinaridade, interprofissionalidade, intersetorialidade, práticas colaborativas, rede de apoio, segurança no uso, saúde integral, humanização, empoderamento, e outros como responsabilidade relacional, prescrição social, sustentabilidade, autocuidado, precisam tangenciar nossas atuações como profissionais de PICs. Importante destacar que a formação acadêmica e ou específica na área de atuação se faz condição sine qua non ao alcance do rigor e eficácia.

Embora como PIC, inserida no campo da saúde, muito mais há para ser refletido e implementado em outros campos, como ampliar a compreensão da musicoterapia como uma "prescrição social" (BICKERDIKE; BOOTH; WILSON et al., 2017) oportunizando tecer redes de cuidado e apoio entre a saúde e a assistência social, quiçá entre saúde e educação, saúde e direitos humanos, saúde e cultura. Com esses pressupostos, percebemos que a Musicoterapia como PIC amplia seu escopo, desde sua sistematização como área do conhecimento e ação de prevenção e promoção da saúde até suas diversas possibilidades de atuação e diálogos interdisciplinares.

Retomamos, neste momento, algumas compreensões, agora numa perspectiva de intertextualidade e tecendo um diálogo integrativo: as lembranças do histórico da Musicoterapia em Goiás e no Brasil, aspectos sobre a formação oferecida pelos Cursos sempre com movimentos in continuum, a fala de Gustavo Gattino sobre as interlocuções e construções constantes entre teoria-prática, e as memórias sobre nosso contexto goiano, na centralidade regional do Brasil (marcado historicamente pelos Bandeirantes e suas ações de 'entradas' a desbravar os inúmeros territórios do cerrado). Faz emergir neste diálogo intertextual e integrativo uma compreensão sobre nossa Musicoterapia como PIC, a partir de nosso locus de existência: desbravando (novas áreas interdisciplinares), conquistando (novos cenários de práticas interprofissionais e colaborativas), criando recursos e instrumentos (sistematizando técnicas, procedimentos), estruturando lugares para pessoas con-viverem (gerando alternativas de cuidado e redes de cuidado), e seguindo sempre adiante para novas trilhas.

A partir desta imagem, percebemos que a Musicoterapia ao ser considerada e implementada efetivamente como Prática Integrativa e Complementar em ou nos diversos cenários do existir humano, encontrará inúmeros horizontes desconhecidos e ávidos a serem "desbravados". O maior ganho deste porvenir é consolidar contextos e práticas de atenção à saúde integral do Ser Humano mais humanizadas e integrativas e sistêmicas, direcionadas desde o usuário e seus familiares até os gestores e profissionais de saúde. Saúde Integral para Todos!

Referências

BARCELLOS, Lia rejane Mendes. Cadernos de musicoterapia 2. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

_____. A 'MUSICOTERAPIA INTERATIVA'. In: Perspectivas práticas e teóricas da musicoterapia no Brasil. Barcelona Publishers. 2021. p. 27-60.

BENZON, R.O. Manual de Musicoterapia. Paidós. Buenos Aires, 1981

BRUSCIA, Kenneth E. Definindo Musicoterapia. Tradução Mariza Velloso Fernandez Conde. 2a. ed., Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

_____. Definindo musicoterapia. 3.ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2014.

CUNHA, Rosemyriam Ribeiro dos Santos e BEGGIATO, Sheila Maria Ogasavara. Áreas de atuação do musicoterapeuta. In: UBAM. Disponível em: <https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/areas-de-atuacao/>.

BICKERDIKE L, BOOTH A, WILSON PM, et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 2017; 7:e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384 In: TALEB, Alexandre Chater; BARBOSA, Carolina Pinheiro Mouta; BARBOSA, Eduardo Loureiro. Prescrição Social Digital e Engajamento do Paciente. Trabalho de Conclusão do Programa Educacional em Saúde Digital da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Especialista em Saúde Digital. Goiânia (mimeo). 2022.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

GATTINO, Gustavo Schulz (org). Perspectivas práticas e teóricas da musicoterapia no Brasil. Barcelona Publishers. 2021.

NASCIMENTO, Sandra Rocha do. Saúde Integrativa no cuidado do Câncer-Musicoterapia. In: Saúde integrativa no cuidado do câncer/ Ana Cristina Bechara Barros Froés Garcia, Carla Valéria Martins Rodrigues (orgs). 1 ed., Curitiba: Appris, 2020, p.57 a75.

PIRES, Juliana de Sousa. NASCIMENTO, Sandra Rocha do. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado Sistêmico Organizacional. Apresentação de Pôster. In: 3a. Jornada Científica da SES-GO, outubro de 2019.

REGIS, Leda. Grupo Multirreferencial: Teoria e prática na facilitação de grupos. 2a. ed., Salvador: Bureau, 2010.

SAMPAIO, Renato. Terapias complementares do SUS: musicoterapia. 18 de julho de 2017. www.medicina.ufmg.br/terapias-complementares-do-sus-musicoterapia/

SAMPAIO, Renato Tocantins. Construções brasileiras em musicoterapia ou construção de uma musicoterapia brasileira? In: Perspectivas práticas e teóricas da musicoterapia no Brasil. Barcelona Publishers. 2021, p. 1 a 7.

UBAM. 2018. <https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/> , Acesso em: 6 de Fev. 2023.

_____. História da Inserção do Musicoterapeuta na CBO (código 2263-05). União Brasileira das Associações de Musicoterapia. <https://ubammusicoterapia.com.br/documentos/cbo/>. Acesso em: 15, fev. 2023.

VALENTIN, Fernanda; ZANINI, Claudia Regina de O.; FERREIRA, Eliamar A. Fleury; RIBEIRO, Mayara Kelly Alves; ALCÂNTARA-SILVA, Tereza Raquel de Melo; NASCIMENTO, Sandra Rocha do. (Orgs). Encontros em Musicoterapia: temas em ensino, pesquisa e extensão/ Curitiba: CRV. 2021.

Sobre os autores:

Sandra Rocha do Nascimento

Doutorado em Educação-Universidade Federal de Goiás

Universidade Federal de Goiás/Escola de Música e Artes Cênicas- Curso de Musicoterapia

sandrarocha@ufg.br; srochadonascimento@gmail.com

Musicoterapeuta Social-Comunitária. Coordena pesquisas e atuações em Musicoterapia Social interdisciplinares e interprofissionais, através de intervenções breves em diferentes contextos educativos, de saúde pública, comunitários, públicos, com identificação de fatores vulnerabilidades psicossociais e fortalecimentos intra e interrelacionais dos indivíduos. Coordenou o programa de extensão LABORINTER - Laboratório Interdisciplinar de Educação em Saúde Comunitária, de 2006 a 2022, com projetos direcionados a comunidade escolar da rede pública e ambientes comunitários locais, sendo em 2023 incluso nas ACEXs e Práticas de Ensino. Integra equipes do Programa de Educação Tutorial na saúde (MS/MEC-Brasil) desde a edição do PET Saúde Mental (2011 a 2013) com ações direcionadas à população em situação de rua e o Consultório na Rua e atualmente nas edições do PET Saúde Interprofissionalidade (2019-2020) e PET Saúde Gestão e Assistência (2022 a 2023), com ações junto a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e cursos das áreas da saúde. Recebeu fomento à realização de diversos projetos de extensão (PROEXT/MEC-SESu, de 2010 a 2012 com parcerias interdepartamentais na UFG; SENAD/AMTEPA, 2012; PROEXT/MEC-SESu de 2012 a 2015) e pesquisa (FAPEG, 2013 a 2015). Pesquisadora colaboradora em investigação sobre as PICs (ISIONCO/CREMIC, 2018 a 2019). Formação superior e Mestrado em Música. Especializações na área da Psicopedagogia e Musicoterapia. Outras formações: Constelação Sistêmica Familiar; Práticas Colaborativas e Dialógicas; Massagem Ayurvédica; Terapia Comunitária Integrativa; Gaia Education.

Mayara Kelly Alves Ribeiro

Doutorado em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Goiás

Universidade Federal de Goiás/Escola de Música e Artes Cênicas - Curso de Musicoterapia

mayararibeiro@ufg.br

Docente da área de Musicoterapia e Percepção Musical da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (EMAC-UFG); Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFG (2019); Mestre em Música pela EMAC/UFG com linha de pesquisa em música, educação e saúde (2014). Graduada em Musicoterapia pela EMAC/UFG (2010). Especialista em Intervenção ABA para Autismo e Deficiência Intelectual pelo CBI of Miami; Atuou como coordenadora da comissão de Formação da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) (2019-2020). Membro do Conselho Fiscal da UBAM. Diretora Cultural da Sociedade Goiana de Musicoterapia (2014-2016). Musicoterapeuta Clínica (2010 - 2020); Possui capacitação profissional em Musicoterapia Neurológica; método ABA (Análise do comportamento Aplicada); - PECS (sistema de comunicação por troca de figuras); Classificação internacional de funcionalidade; entre outros. Recebeu o prêmio no V SIMCAM (2009) com o tema Música em Musicoterapia: Reações emocionais provocadas pela música Eletroacústica e no V Congresso Goiano de Neurologia (2011) com o tema Reabilitação através de jogos virtuais. Atua nas áreas de Neurociências da Música e Musicoterapia; Avaliação Musicoterapêutica e Desenvolvimento Infantil. É coordenadora dos projetos de Pesquisa "Efeitos da Musicoterapia para crianças com diagnóstico de depressão" e "Avaliação Musicoterapêutica do Desenvolvimento Infantil".

NATUROLOGIA: BASES CONCEITUAIS, HISTORICIDADE E PRÁTICA CLÍNICA

Alan Kornin

Alan da Silva Menezes de Assis

Fabiana Figueredo Molin De Barba

O que é Naturologia: A união de saberes em prol da saúde humana

A Naturologia trata-se de um curso de bacharelado da área da saúde que propõe o cuidado integral do ser humano através da relação de interagência, utilizando como ferramentas, diversas Práticas Integrativas e Complementares (PICs) (SILVA, 2013).

Ela é fruto da crise de paradigma do modelo cartesiano-biomédico atual em atender a crescente complexidade dos processos e fenômenos da saúde e das doenças que a sociedade humana tem enfrentado nas últimas décadas. O modelo biomédico se concentrou em se especializar cada vez mais, o que trouxe grandes avanços para a humanidade, porém ao mesmo tempo se fragmentou tanto que foi perdendo a capacidade de atuar de forma mais complexa e subjetiva. A Naturologia surge com a intenção de responder a essa demanda através de formas terapêuticas mais acessíveis, provenientes de recursos naturais e respeitando uma visão mais integral do ser humano (SABBAG et al., 2013; MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018)

A visão integral do ser humano se baseia no respeito à complexidade dos indivíduos, reconhecendo os processos de vida-saúde-doença de cada um como singular, preconizando assim uma intervenção terapêutica igualmente singular (MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

A Naturologia pode ser definida como:

Conhecimento da área da saúde embasado na pluralidade de sistemas terapêuticos complexos vitalistas, que parte de uma visão multidimensional do processo de vida-saúde-doença e da relação de interagência e de práticas integrativas e complementares no cuidado e atenção à saúde (SABBAG et al., 2013, p. 15).

Visando maior respeito a complexidade da vida humana, a Naturologia está embasada no diálogo entre as diferentes racionalidades médicas, em especial a medicina tradicional chinesa, a medicina indiana (ayurveda) e a medicina biomédica, além de abranger conhecimentos das ciências biológicas, humanas e sociais, desta forma se caracterizando como uma área do conhecimento transdisciplinar e vitalista (PORTELLA, 2013; MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

O vitalismo é um princípio muito comum das medicinas tradicionais e alguns sistemas terapêuticos, como os sistemas florais, a homeopatia e diversos outros. Este enfatiza que o processo terapêutico deve prioritariamente restabelecer o equilíbrio vital do indivíduo, sendo a partir disso que desprenderá seus recursos intrínsecos para o restabelecimento da saúde (MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

O vitalismo também se caracteriza por não separar os processos biológicos físicos, mentais, emocionais, espirituais, ambientais e sociais dos indivíduos. Estes processos são elencados, estudados e trabalhados, porém é entendido que todos esses processos estão intrinsecamente conectados e afetam os indivíduos de formas multidimensionais, ou seja, entende que a divisão é meramente superficial e elucidativa, sendo então necessário atuar também de forma multidimensional. (MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

Desta forma, a promoção de saúde e a prevenção de agravos são bases muito importantes para a Naturologia. Ela também preconiza atenção à saúde com base no cuidado humanizado e intervenções para estimular o autocuidado, a autorreflexão, e autoconhecimento, pois compreende que estes são pilares essenciais para o constante equilíbrio dinâmico da saúde (SILVA, 2013; RODRIGUES et al., 2012).

Devido a este conjunto de características, a Naturologia não surge como um curso de especialização para outros profissionais da área da saúde, e sim como um curso em nível de bacharelado (SABBAG et al., 2013; MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

A natureza essencialmente pluralista da Naturologia não pode ser enquadrada nos limites da fragmentação já presente nas outras formações da saúde. Ela necessita que seus profissionais tenham bases de conhecimento complexas e transdisciplinares (SILVA, 2013).

Por fazer uso de técnicas e saberes de origens tradicionais e populares, milenares e contemporâneos, o profissional possui uma ampla gama de perspectivas que transcende as divisões acadêmicas, sendo necessário uma formação completa desse profissional, com suas bases, princípios e em sua relação terapêutica, a interagência (HELLMANN; WEDEKIN, 2008).

Em sua formação, o profissional formado em Naturologia desenvolve habilidades e domínio em diversas práticas integrativas e complementares, tais como práticas meditativas, yoga, fitoterapia, hidroterapia, trofoterapia, massoterapia, sistemas florais, entre outras. Seu principal intuito é utilizar essas práticas como ferramentas que promovam, mantenham ou recuperem a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos (SILVA, 2013; MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

A formação ainda compreende, em seus princípios, a concepção sistêmica da vida, os fundamentos filosóficos milenares da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurveda, o conceito e aplicabilidade do processo de interagência, além de

outras perspectivas, em sua maioria voltadas para a ecologia (CARMO; COBO; HELLMANN, 2012).

Desta forma o profissional de Naturologia pode atuar nos mais diversos campos da área da saúde, seja em âmbito privado ou público, desde a saúde infantil à saúde do idoso. Pode atuar em SPAs, clínicas particulares, ONGs, como consultor de saúde, projetos de promoção e educação de saúde, equipes multiprofissionais de saúde, além de poder atuar nas áreas de pesquisa acadêmica em práticas integrativas, em saúde coletiva e diversas outras (SABBAG et al., 2013).

Se nos atentarmos à formação do profissional de Naturologia e pela definição apresentada por Sabbag et al. (2013), ao contrário de outras formações e sistemas de saúde, a Naturologia não se caracteriza pela utilização ou a exclusividade de nenhuma prática específica ou racionalidade médica. Sua identidade se faz através do entendimento e seleção dos recursos terapêuticos e naturais, na sua compreensão particular e multidimensional do processo de vida-saúde-doença e de sua relação terapêutica, chamada de interagência.

Desta forma, a Naturologia não visa o monopólio de nenhuma prática integrativa e complementar ou qualquer outro recurso natural, podendo trabalhar em sinergia com os mais diversos profissionais da área da saúde, principalmente através de equipes multiprofissionais (PORTELLA, 2013; SILVA, 2013).

A interagência trata-se de uma relação terapêutica utilizada na Naturologia. Esta relação preconiza uma postura integrativa e transversal entre o profissional de Naturologia e o indivíduo atendido (HELLMANN; WEDEKIN, 2008).

Desta forma, o indivíduo que busca o atendimento de Naturologia não é chamado de paciente (que remete à passividade) ou cliente (que remete a uma visão mercadológica), e sim de interagente, pois o indivíduo não é passivo no seu processo de saúde-doença, e sim um agente autônomo do próprio processo (CARMO; COBO; HELLMANN, 2012).

A interagência retira do profissional de Naturologia parte da responsabilidade sobre a saúde do indivíduo, o estimulando ao empoderamento da própria saúde, a autorreflexão e o reconhecimento das consequências de suas escolhas (CARMO; COBO; HELLMANN, 2012; HELLMANN; MARTINS, 2008).

Sendo uma relação de compartilhamento, a interagência orienta o profissional de Naturologia a ter uma relação de reciprocidade entre profissional e interagente, facilitando os processos de reflexão, ressignificação, integração das experiências aprendidas e busca por novos caminhos mais saudáveis (HELLMANN; WEDEKIN, 2008; PASSOS et al., 2017).

Ainda é preciso esclarecer que a Naturologia existente no Brasil e Naturopatia (Naturopathic) estrangeira são sinônimas em diversos aspectos. É nos Estados Unidos da América que nasce a naturopatia, como um sistema de saúde baseado principalmente no conceito de poder curativo da natureza, mas grande parte dos

princípios e filosofias da naturopatia moderna surgem posteriormente na Europa, em especial na Alemanha, durante os séculos 16 e 17 (MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

Atualmente a Naturopatia, ou Medicina Naturopática (Naturopathic Medicine), é considerada em diversos países europeus como um sistema de saúde que incorpora a medicina tradicional de cada país aos seus princípios, teorias e tradições, mas todas centradas ainda nos ideais de saúde integral, vitalismo e uso de recursos naturais como ferramentas terapêuticas (MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

No Brasil, os idealizadores do curso de bacharelado em Naturologia justificam a escolha do nome “Naturologia” em vez de “Naturopatia” pois o termo “patia”, derivado do radical grego páthos, remete a “doença/sofrimento”, enquanto o termo “logia”, que deriva do radical grego “logos”, faz sentido a “estudo/conhecimento”. e assim o curso foi lançado, fundamentado em uma concepção ampliada de saúde (MORAIS; ANTÔNIO; RODRIGUES, 2018).

Desta forma, a Naturologia brasileira se equipara com a Naturopatia estrangeira, salvo a detalhes legais e governamentais de cada país. Há um constante intercâmbio de informações, discussões e pesquisa entre essas profissões, principalmente através de entidades representativas, como a Sociedade Brasileira de Naturologia (SBNAT) e a World Naturopathic Federation (WNF) (SBNAT, 2022).

História da prática: do modelo cartesiano às novas tecnologias de saúde integrativa

Entre os séculos IX e XX inicia-se uma crise no sistema de saúde, que afeta até hoje o estado físico, biológico e mental do ser humano. Nessa época já se inicia uma nova fase na medicina e na ciência, descontinuando o famoso paradigma cartesiano, fortalecendo o avanço tecnológico e acionando a visão de uma nova época, amadurecendo a ruptura epistêmica, surgindo um novo tempo de visão para todo o sistema de saúde (KUHN, 1999; CAIRUS; RIBEIRO, 2005; BERTALANFFY, 2008; BARRETO, 2011; PELIZOLLI, 2013).

No século XIX, havia disputas tais como a teoria do germe e a teoria do campo; a primeira, cartesiana focando a causalidade de doenças em agentes patogênicos isolados, e a segunda, sistêmica, mostrando que o agente é gerado dentro de um desequilíbrio que visava o equilíbrio do sistema. Vejamos algumas das rupturas que surgiram diante desta crise: a noção de alteridade, aceitação do outro como diferente; a noção do tempo, como descrita por Einstein, na física, onde o tempo é relativo e a física quântica é um conjunto de conhecimentos que demonstram que se tem campos de energia onde os átomos mantêm mais energia em sua composição, do que a própria matéria. Neste contexto sistêmico, surgem as teorias da complexidade, sendo a mais conhecida a de E. Morin, um conjunto de reflexões em filosofia da ciência e

sociedade, que mesmo não sendo uma teoria fechada e acabada, serve para reflexões epistemológicas importantes, quanto aos limites da visão disciplinar altera as bases de uma “ciência com consciência”, ou uma “ciência aberta, mudando o rumo da saúde no mundo (KUHN, 1999; HIPOCRATES, 2005; BERTALANFFY, 2008; BARRETO, 2011; PELIZOLLI, 2013).

Em meados do século XX surge o pensamento holístico (holos – todo), contemplando a diminuição da frieza e dicotomia do paradigma da sociedade do consumismo e prevalecendo a nova forma de visão integrativa, onde o todo é mais importante do que a massa. Assim surgem as práticas integrativas e complementares, a naturopatia/ e ou naturologia (conceito amplo, onde pode entrar a Homeopatia, por exemplo (KUHN, 1999; HIPOCRATES, 2005; BERTALANFFY, 2008; BARRETO, 2011; PELIZOLLI, 2013).

A base das Práticas Integrativas vem do conceito do reequilíbrio do organismo através do estímulo dos processos vitais do próprio corpo, princípio vitalista. A terapêutica das práticas integrativas e complementares se dá pela reorganização e restabelecimento do equilíbrio do organismo, sendo uma forma de prevenção de agravos e doenças, e de promoção da saúde, de modo a promover, manter ou melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. As PICs são baseadas em diferentes racionalidades médicas como: a naturologia, a medicina chinesa, a medicina ayurvédica e a medicina antroposófica. Sendo sua formação voltada para um olhar ampliado, abordando os muitos aspectos que envolvem o processo de vida-saúde-doença (ABRANA; APANAT, 2003).

Todo o conceito de terapêutica, está relacionado com a relação de interagência que permite que o profissional veja o ser humano de forma individualizada, formalizando um cuidado humanizado, focando na escuta acolhedora, focado na autonomia da pessoa através do vínculo terapêutico que é permitido desde o primeiro momento do tratamento.

No Brasil, no ano de 1978, a Organização Mundial da Saúde reconhece e incentiva medicinas tradicionais, complementares e integrativas pela primeira vez no Brasil. Em 1988 a Constituição Federal decreta, a saúde, como direito de todos e dever do Estado. Durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, cria-se a Comissão Profissional para incorporar ao SUS à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. (PNPIC, 2006).

A Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde visa incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; estimular as ações referentes ao controle/participação

social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. E assim garantir a integralidade da Saúde da população; promover a diminuição de agravos, manutenção e prevenção em Saúde. No ano de 2003 a OMS recomendou a implantação das PICs nos sistemas públicos de saúde.

Em 2006 foi publicado a PORTARIA no 971/2006, do Ministério da Saúde, inclui os cinco primeiros procedimentos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: a Homeopatia; a Fitoterapia; a Acupuntura; a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No ano de 2017, o Ministério da Saúde inclui 14 novos procedimentos na Política Nacional de Práticas Integrativas, com a Portaria nº 849/2017, publicada no Diário Oficial da União em 27/03/2017. As práticas são a Medicina Ayurveda, Arteterapia, Meditação, Osteopatia, Naturopatia, Yoga, Biodança, musicoterapia, Dança Circular, Terapia Comunitária Integrativa, o Reiki, a Quiropraxia, Reflexoterapia e a Shantala (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No ano de 2018, o Ministério da Saúde inclui 10 novos procedimentos na Política Nacional de Práticas Integrativas: Portaria nº 702/2018, publicada no Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares no Rio de Janeiro, a Afitoterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia Floral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Prática clínica: Técnicas e procedimentos exercidos pelo profissional naturólogo

Sobre a temática da definição dos procedimentos e técnicas terapêuticas exercidos pelo profissional naturólogo, é notável de que desde o início da implementação dos cursos de bacharelado não há um consenso entre as instituições de ensino que ofertam o curso de bacharelado no que diz respeito a quantidade e tipos de práticas da qual o profissional naturólogo é habilitado a exercer, tampouco existe bibliografia da qual estabelece definições e padronização de técnicas e procedimentos clínicos. As Diretrizes Curriculares de Naturologia (DCN) seguem em processo de regulamentação, para estabelecer uma padronização entre os currículos existentes e requisitos mínimos para o ensino e capacitação em Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) para os naturólogos.

Conforme o documento original da DCN SBNAT et al. (2017) , as habilidades e competências exigidas para exercer a profissão de naturólogo estão organizadas nos seguintes tópicos: I) Abordagem naturológica; II) Práticas Integrativas e Complementares; III) Abordagem terapêutica em interagência; IV) Qualidades humanas necessárias ao fazer naturológico; V) Pesquisa científica e educação

permanente; VI) Gerenciamento e administração e serviços de saúde. No que se refere à definição de procedimentos que poderão ser exercidos pelo naturólogo, é mencionado no tópico II de que o profissional deverá: “C) Dominar as normas e os procedimentos das práticas terapêuticas do escopo da Naturologia”, no entanto, não há especificação e definição dos procedimentos ou uma padronização de como deverão ser praticados. Existe ainda no documento, a seção que define de modo mais consistente as PIC’s e seus procedimentos, na seção “Conteúdos curriculares”, no subtópico “Práticas Terapêuticas”, existe a divisão destas práticas através dos conceitos: I) Conhecimentos em recursos naturais; II) Recursos informacionais; III) Terapias físicas; IV) Recursos expressivos; V) Práticas corpo-mente e VI) Racionalidades médicas.

Sabbag et al. (2013) definem os campos de atuação do profissional naturólogo como pertencentes à área da saúde e educação em saúde, além do atendimento clínico, o naturólogo promove atividades educativas em saúde, gestão de equipes/serviços de saúde e pesquisa científica. Neste levantamento, há também a listagem de PIC’s exercidas pelos naturólogos, que são: 1) Aromaterapia; 2) Cromoterapia; 3) Fitoterapia; 4) Florais; 5) Geoterapia; 6) Hidroterapia; 7) Irisdiagnose; 8) Massoterapia; 9) Meditação; 10) Práticas corporais das medicinas tradicionais; 11) Reflexoterapia; 12) Terapias expressivas; 13) Trofoterapia.

No entanto, nas bibliografias encontradas que pautam especificamente sobre a temática de técnicas e procedimentos em naturologia, não há menção das técnicas e procedimentos relativos às racionalidades médicas chinesa ou indiana que atualmente são amplamente exercidos pelos naturólogos (como acupuntura, moxabustão, ventosas, abyanga, garshanas, basti), sendo assim, fica evidente a escassez de bibliografias que estabeleçam definições e padronizações sobre os procedimentos em naturologia, o que ressalta esta grande lacuna a respeito desta temática.

A primeira regulação dos procedimentos em PIC’s aos naturólogos ocorre através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, a Secretária de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde vinculou o código do CBO do naturólogo (2263-20) a 37 procedimentos, regulação feita através das Notas Técnicas nº04/2016 de 25 de março de 2016, nº05/2016 de 25 de abril de 2016, e memorando nº002 de 13 de abril de 2016 do Departamento de Atenção Básica (DAB). No ano seguinte, mais 5 procedimentos são vinculados à naturologia, através da portaria SAS nº145/2017, ocorre neste ano também a inserção da categoria profissional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), por meio da portaria nº 633 de 28 de março de 2017 Kornin; Losso (2018) .

Para fins de consulta de maiores detalhes destes procedimentos a busca pode ser realizada no site do sistema SIGTAP, através do seguinte caminho “página principal → relatórios → relacionamentos → publicados → procedimentos X CBO”, no campo “Categoria CBO” inserir o código CBO do naturólogo (2263-20) e realizar a consulta dos grupos e subgrupos de procedimentos.

Atualmente, estão vinculados 49 procedimentos vinculados ao CBO do Naturólogo para atuação no SUS, deste total, 13 são procedimentos específicos das PICs, o que representa menos da metade das 29 práticas existentes na PNPIC, este fato revela um verdadeiro contrassenso pois o profissional naturólogo é a única graduação na área da saúde que possui formação sólida com ênfase nas PIC's, muitas das PIC's das quais são ferramentas principais de atuação do naturólogo como a fitoterapia, não estão vinculadas à profissão. Abaixo na TABELA 1, estão relacionados os procedimentos SIGTAP relativos às PIC's, das quais o naturólogo pode executar no SUS, os demais 36 procedimentos representam condutas clínicas partilhadas com vários profissionais da saúde no SUS.

Abaixo, estão relacionados na FIGURA 1, os procedimentos vinculados ao CBO do Naturólogo no sistema do SIGTAP e sua modalidade de atendimento e nível de complexidade no sistema de saúde, é notável observar de que maioria dos procedimentos possui caráter ambulatorial e o maior campo de atuação dos mesmos está na média complexidade, apesar de ser preconizada a inserção do profissional naturólogo possuir ênfase na Atenção Básica, existem poucos procedimentos de uso neste nível de complexidade.

TABELA 1: Procedimentos em Práticas Integrativas e Complementares vinculados ao CBO do Naturólogo.

Cód. SIGTAP	Procedimento	Modalidade	Complexidade	Financiamento	Valor de custeio
01.01.05.001- 1	Práticas corporais em medicina tradicional chinesa	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
01.01.05.002-0	Terapia comunitária	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
01.01.05.004-6	Yoga	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
01.01.05.005-4	Oficina de massagem/ auto-massagem	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
01.01.05.006-2	Sessão de arteterapia	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
01.01.05.007-0	Sessão de meditação	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
01.01.05.008-9	Sessão de musicoterapia	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
03.09.05.016-2	Sessão de imposição de mãos	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00

03.09.05.001-4	Sessão de acupuntura aplicação de ventosas / moxa	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Média complexidade	MAC	R\$ 3,67
03.09.05.002-2	Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Média complexidade	MAC	R\$ 4,13
03.09.05.003-0	Sessão de eletroestimulação	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Média complexidade	MAC	R\$ 0,77
03.09.05.004-9	Sessão de auriculoterapia	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00
03.09.05.007-3	Tratamento naturopático	Ambulatorial / Hospitalar / Hospital-Dia Atenção Domiciliar	Atenção Básica	PAB	R\$ 0,00

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

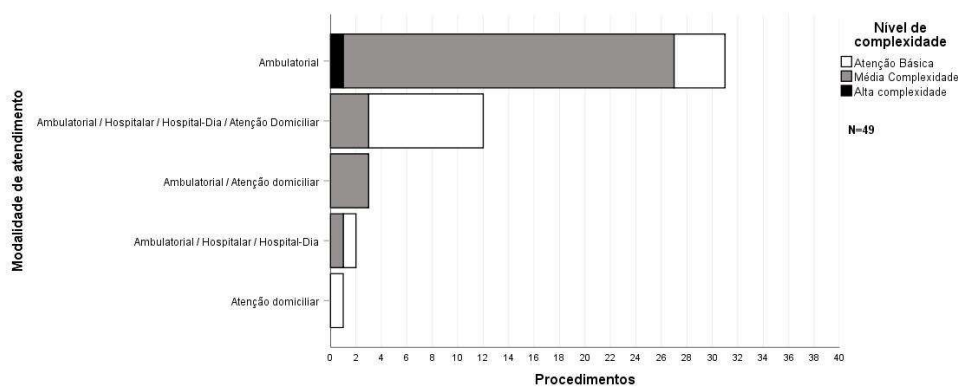


Figura 1: Descrição das modalidades de atendimento e níveis de complexidade atribuídos aos Procedimentos SIGTAP vinculados ao CBO do Naturólogo

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Na FIGURA 2, estão os resultados da realização de um histograma dos valores de custeio de cada procedimento SIGTAP, o objetivo primário desta análise foi de demonstrar o custo médio atribuído aos procedimentos para viabilização de sua implementação nos serviços de saúde do SUS. Primeiramente, é notável observar de que os procedimentos concernentes à Atenção Básica (AB), a maioria dos procedimentos não possuem custo atribuído, e os procedimentos de Média Complexidade (MC) possuem custo mínimo de até R\$ 2,70, já o custo médio dos procedimentos de MC, apresentou o valor de R\$ 6,63. O único procedimento de Alta Complexidade (AC) (03.01.07.012-1 Tratamento intensivo de paciente em reabilitação física (1 turno paciente-dia – 20 atendimentos-mês) possui o custo total de R\$ 21,69, elevando para 2 turnos de trabalho deste procedimento ele se torna o mais caro

dentre todos os relacionados, com o custo de R\$ 33,70. A média total dos procedimentos do naturólogo possui o custo total de R\$ 4,90, denotando desta forma um custo baixo ao orçamento para a implementação deste profissional nos serviços de saúde.

Em seminário realizado de modo inédito pela Câmara dos Deputados (Antonio; Losso, 2017), é mencionada a portaria Nº 633 de 28 de Março de 2017 BRASIL (2017) a atualização do escopo de PIC's atribuídas ao CBO do naturólogo dentro do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com o total de 9 classificações, segue a relação de práticas relacionadas ao código 134 – Práticas Integrativas e Complementares: 001 – Acupuntura; 002 Fitoterapia; 003 – Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa; 004 – Práticas corporais e mentais; 006 – Termalismo/Crenoterapia; 007-Antroposofia aplicado à saúde; 008-Práticas expressivas; 009-Ayurveda; 010-Naturopatia.

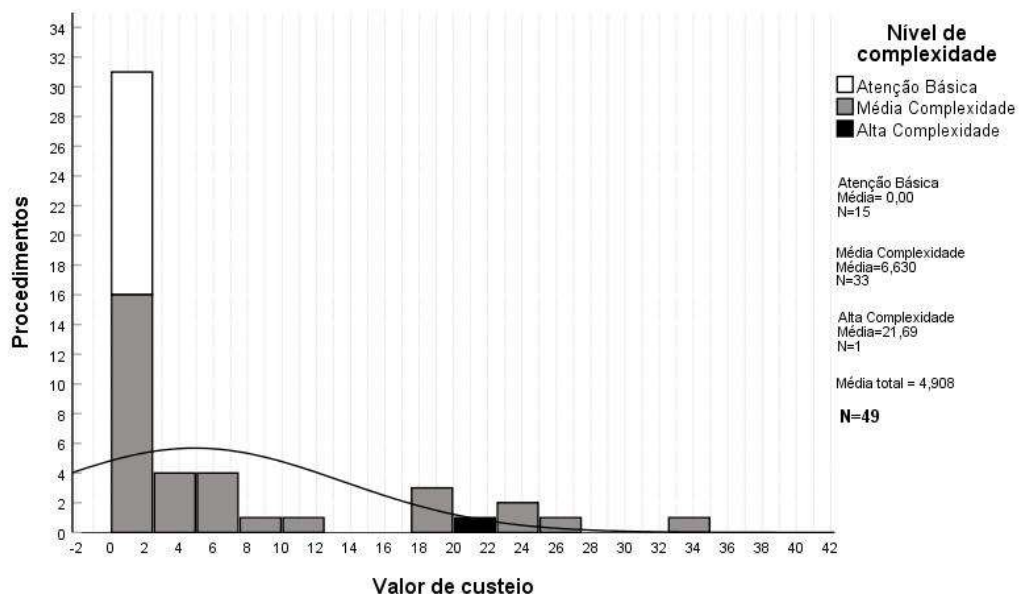


FIGURA 2: Histograma dos valores de custeio atribuídos aos Procedimentos SIGTAP vinculados ao CBO do Naturólogo.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Vale ressaltar de que não há regulação dos procedimentos e técnicas que estão proibidos à prática profissional do naturólogo, devido à ausência de regulamentação da profissão, estes campos e âmbitos estão sendo construídos e delimitados. No entanto, no Código de Ética Profissional do Naturólogo é mencionado no Artigo 3º, de que é proibido ao naturólogo exercer:

- I. Utilizar em suas atividades profissionais como naturólogo, recursos terapêuticos dos quais não é capacitado ou legalmente autorizado [...]

III. Prestar serviços ou vincular o título de Naturólogo a serviços de atendimento cujos procedimentos não estejam regulamentados ou reconhecidos pela profissão de Naturologia [...]

VI. Complicar a terapêutica indicando técnicas e/ou procedimentos desnecessários ao tratamento.

(PORTELLA et al., 2017, p. 95) .

O Projeto de Lei da regulamentação da profissão de naturólogo (BRASIL, 2012) está atualmente em processo de tramitação na Câmara dos Deputados, a situação atual do projeto é de aguardo na designação de relator na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP).

Levando em consideração o cenário de regulamentação da profissão de naturólogo, é possível apontar certos avanços em relação a delimitação dos procedimentos exercidos pelos profissionais, porém há ainda a necessidade da elaboração de diretrizes específicas para que a prática clínica seja efetivamente segura, eficaz e com padrões de excelência para sua qualidade. Além do mais, são necessárias as publicações de manuais de procedimentos operacionais padrão e protocolos clínicos para determinadas patologias e condições, sendo necessariamente alinhados com os conceitos de saúde pública e do SUS. Por fim, recomenda-se a consolidação de um grupo de trabalho sobre prática profissional pelas entidades representativas da naturologia até que exista uma autarquia à nível do governo federal (Conselho Federal de Naturologia) para a fiscalização da prática profissional dos naturólogos no Brasil.

Referências

ANTONIO, R. DE L.; LOSSO, L. N. Mesa temática 3 - Exercício profissional do naturólogo: Regulamentação do trabalho e inserção no SUS. Seminário: Regulamentação das Práticas Naturalistas e a Regulamentação das profissões de naturólogos e naturopatas. Anais..., 2017. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/arquivos/ApresentacaoSBNATRaquel.pdf>. Acesso em: 05 jan, 2023.

BARRETO, A. F (org.). Integralidade e saúde – epistemologia, política e práticas do cuidado. Recife: EDUFPE, 2011.

BERTALANFFY, L. Teoria geral dos sistemas. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Portaria No 633, de 28 de Março de 2017: Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2017. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0633_31_03_2017.html.

BRASIL. Portaria 702/2018. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

- BRASIL. Portaria 849/2017. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
- BRASIL. Portaria 971/2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- CAIRUS, H.F.; RIBEIRO Jr., W.A. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CARMO, R. K. DO; COBO, G. A.; HELLMANN, F. A relação de interagência sob a perspectiva da abordagem centrada na pessoa. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares, p. 29–41, 2012.
- GRACIA, D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Ed. Triacastela, 2008.
- MORAIS, N.L.; ANTONIO, R.L.; RODRIGUES, D.M.O (Org.). Referências em Naturologia: um sistema terapêutico de cuidado em saúde. Palhoça: Unisul, 2018.
- HELLMANN, F.; MARTINS, G. T. Sentidos da educação, arte e saúde na relação de interagência. Em: Naturologia Aplicada. Reflexões sobre saúde integral. Tubarão, SC: Editora Unisul, 2008. p. 58.
- HELLMANN, Fernando; WEDEKIN, Luana Maribele (Org.). O livro das interagências: estudos de caso em Naturologia. Tubarão: Ed. Unisul, 2008. 178 p.
- HOBBSAWN, E. A era dos extremos – o breve séculos XX. SP: Cia das Letras, 2008.
- ILLICH, I. A expropriação da saúde - nêmesis da medicina. RJ: Nova Fronteira, 1975.
- KORNIN, A.; LOSSO, L. N. Naturologia no sus: inserção, participação e defesa. Em: Referências em naturologia: um sistema terapêutico de cuidado em saúde. p.327, 2018. Palhoça: Editora UNISUL.
- KUHN, Thomas S. A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Perspectiva, 7 Ed., 2003.
- MARCONDES, Danilo. Textos básicos de ética. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- MARTINS, P. H. Contra a desumanização da medicina. Petrópolis: Vozes, 2005.
- MORAIS, L. L.; ANTÔNIO, R. L.; RODRIGUES, D. M. DE O. Referências em Naturologia: Um sistema terapêutico de cuidado em saúde. 1. ed. Palhoça: Unisul, 2018.
- NICOLESCU, B. Manifesto da Transdisciplinaridade. SP: Trion, 1999.
- PASSOS, M. A. et al. A relação de interagência como abordagem central do naturólogo. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares, v. 6, n. 11, p. 9, 19 out. 2017.
- PORTELLA, C. F. S.; SOARES, P. D.; ASSIS, A. DA S. M. DE; STELLA, A.; HELLMANN, F. Código de ética profissional do naturólogo. Cardernos de naturologia e terapias complementares, v. 6, n. 11, p. 93–100, 2017.

PORTELLA, C. F. S. Naturologia, transdisciplinaridade e transracionalidade. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares, v. 2, n. 3, p. 57–65, 2013.

PELLIZZOLI, Marcelo L. Ética e meio ambiente. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. A emergência do paradigma ecológico. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. Homo ecologicus. Caxias do Sul: EDUCS, 2011(b).

_____ (Org.) Bioética como novo paradigma. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____ (Org.) Os caminhos da Saúde – integração mente e corpo. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____ (Org.) Saúde em novo paradigma – alternativas ao modelo da doença. Recife: EDUFPE, 2011.

_____ (Org.) Novas visões em saúde – em direção às práticas integrativas. Recife: EDU- FPE, 2013.

_____ (Org.) Cultura de Paz – Restauração e Direitos. Recife: EDUFPE, 2010(b).

_____ (Org.) Diálogo, mediação e práticas restaurativas. Recife: EDUFPE, 2012(b).

_____. Saúde integral – prevenção e dietas curativas. Recife: EDUFPE, 2013.

RODRIGUES, D. M. O. (Org.); et al. Naturologia: diálogos e perspectivas. Palhoça: UNISUL, 2012.

SABBAG, S. H. F. et al. A naturologia no Brasil: avanços e desafios. Revista Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares, v. 2, n. 2, p. 11–32, 2013.

SILVA, A. E. M. DA. Naturologia: Um diálogo entre saberes. Curitiba: Prismas, 2013.

SBNAT; ABRANA; APANAT. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em naturologia. Cadernos de naturologia e terapias complementares, v. 6, n. 16, p. 121–127, 2017.

SBNAT. Naturologia e Naturopatia. Disponível em: <https://naturologia.org.br/sobre-naturologia/naturologia-e-naturopatia/>. Acesso em: 27 out. 2022.

YUM, Jong S. Teoria e prática da probiótica (ABC da Saúde). SP: Convite, 1988. Disponível em: www.curadores.com.br. Acesso em: 05 jan, 2023.

Sobre os autores:

Alan Kornin

Mestre em saúde coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina

Pesquisador membro do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa

alankornin@gmail.com

Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (2016). Especialista em Acupuntura pelo Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do Homem (CIEPH) (2018). Bacharel em Naturologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) (2013). Pesquisador na área de Medicinas Tradicionais e Complementares e Integrativas (MTCI), Ciências Humanas em saúde e Políticas Públicas em Saúde. Cofundador do GT de Naturologia no SUS. Docente pesquisador do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSin). Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde / Saúde Mental (GPPS). Tem experiência na área de Naturologia, atuando principalmente nos seguintes temas e áreas: Naturologia e prática clínica, Saúde Coletiva, pesquisas exploratórias, pesquisas descritivas, pesquisas compreensivas, pesquisas de campo, métodos qualitativos em pesquisa, mapas conceituais, políticas de saúde, educação e promoção da saúde, medicina tradicional chinesa, acupuntura, avaliação morfológica constitucional dos 5 movimentos e outras Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI).

Alan da Silva Menezes de Assis

Especialista em Gestão de Negócios, Universidade Anhembi Morumbi

Presidente da SBNAT - Sociedade Brasileira de Naturologia

alansma10@gmail.com

Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) (2023). Especialista em Gestão de Negócios pela Business School São Paulo (BSP) (2021). Facilitador de Meditação em Saúde pela UNIFESP (2022). Bacharel em Naturologia pela Universidade Anhembi Morumbi (UAM) (2016). Acupunturista pelo Centro de Estudos de Energia Yang Yin (2011). Presidente da Sociedade Brasileira de Naturologia (SBNAT) na gestão 2022-2023. Membro fundador da Rede NatuSUS. Professor convidado no curso de Pós-graduação em Acupuntura do SENAC. Ex-Supervisor de estágio em Naturologia no Programa Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo (2017-2022). Pesquisador nas áreas de Saúde Pública e Práticas Integrativas e Complementares. Tem experiência nas áreas de: Naturologia clínica; Naturologia hospitalar; Acupuntura clínica; Supervisão de estágio; Gestão de projetos; Pesquisas clínicas; Mapas conceituais; e Docência. Recebeu o prêmio Excellence in Naturopathic Medicine Research no 4th International Congress on Naturopathic Medicine (2017).

Fabiana Figueredo Molin De Barba

Pós-doc em Saúde Coletiva na FURB

Pesquisadora e coordenadora da Pós-graduação em Naturopatia da Univille & Centro de Ensino IntegrativaMed

fabiana@integrativamed.com.br

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Naturopatia do Centro de Ensino Integrativamed, chancelado pela Univille. Ex-Coordenadora do Curso de Graduação de Naturologia da UNIVILLE. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva - FURB. Doutora em Ciência e Tecnologia Ambiental com ênfase em Saúde - UNIVALI - SC (2016). Mestre em Saúde e Meio Ambiente – UNIVILLE (2010). Pós-graduada (lato sensu) em Medicina Chinesa & Acupuntura pela UENP (2008). Graduada em Naturologia Clínica pela Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL (2002). Ex-Docente Adjunta da Graduação de Naturologia da UNIVILLE. Ex-Docente Titular do Curso de Graduação da UNISUL. Master Sensei Reiki pelo Método Mikau Usui. Atua como Pesquisadora nas seguintes áreas específicas: Práticas Integrativas e Complementares, Saúde Coletiva, Pesquisa in-vivo nas áreas de Produtos Naturais, Fitoterápicos, Florais, Acupuntura, Comportamento, atividade antitumoral e atividade antinociceptiva. É Membro do Conselho Consultivo do Journal of Naturology and Complementary Therapies da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Foi Membro do Comitê de Ética da Univille. É Diretora Institucional da Associação Brasileira de Naturologia - ABRANA. Idealizadora do Curso de Graduação e Projeto Pedagógico do 3º Curso de Graduação de Naturologia do País, na Univille/SC. É Membro da Câmara Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde CTA-PICS do Ministério da Saúde.

HISTÓRIA E APLICABILIDADE DA OSTEOPATIA COMO INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR DE SAÚDE

Frederico de Oliveira Meirelles
Júlio Cesar de Oliveira Muniz Cunha
Alexandre Gonçalves de Meirelles
Estêvão Rios Monteiro

Recortes Históricos da Osteopatia no Mundo

A osteopatia foi criada pelo Médico Norte americano Andrew Taylor Still (1828-1917), que não se sentia confortável em seus atendimentos e estava convencido que no século XIX a abordagem aos pacientes era inadequada. Com isso, gerou-se um imenso desejo de melhorar a cirurgia, a obstetrícia e o tratamento geral das doenças baseando-se em critérios mais racionais e de certa forma científicos.

À medida que seu conhecimento foi evoluindo, Still criou um sistema inovador de avaliação, diagnóstico e tratamento que se baseavam nos princípios fisiológicos e naturais de cura. Este conhecimento, baseado em estudos profundamente detalhados em anatomia e fisiologia humana, foi se desenvolvendo à medida que novas concepções surgiam (como a quiropraxia) e incrementavam todo o raciocínio descrito por Still.

Após perder três filhos com meningite em 1864, Dr. Still entrou numa imersão e se focou em estudar a natureza da saúde e das doenças em geral. Seu grande objetivo era descobrir métodos efetivos para curar e prevenir tudo que acometia seus pacientes. Ele acreditava que havia um Deus de verdade e que toda sua obra, seja espiritual ou material, era harmoniosa. Sua lei de vida animal é absoluta. “Um Deus tão sábio colocaria, sem dúvida, o remédio para a cura dentro do local onde está o espírito desta vida, ou seja, no próprio corpo”. Além disso, acreditava que poderia chegar nestes “remédios” e de alguma forma o corpo dos pacientes responderiam e se equilibrariam fisiologicamente. Nesta busca, Dr. Still combinou conceitos filosóficos com as teorias científicas da época. Integrou estes conhecimentos com suas descobertas pessoais e estudos profundos de anatomia, física, química e biologia. O resultado disso foi a formulação de sua nova filosofia e suas aplicações, que denominou Osteopatia.

EM 22 de junho de 1874 foi criada a Osteopatia e Dr. Still com sábias palavras, disse: “O principal estudo do homem é o homem”. Dissecou inúmeros cadáveres para comprovar sua hipótese e acreditava que se pudesse entender a construção (anatomia) do corpo humano, poderia compreender mais as leis da natureza e então, encontrar as chaves para a saúde da humanidade. Para ele, não eram os médicos que curavam as

doenças, mas sim devolvem a função e o próprio corpo de harmoniza novamente. “O poder do homem para curar é apropriado na medida em que se possui um conhecimento da posição correta ou normal, e na medida que possui perícia para ajustar os ossos, músculos e ligamentos, proporcionando liberdade a nervos, sangue, secreções e excreções”.

O termo Osteopatia é composto por Osteon, que significa Osso e Phahos que significa sofrer. Dr. Still utilizou o esqueleto ósseo como ponto de referência para compreender os problemas clínicos e seus processos patológicos. Então definiu Osteopatia em: “[...] é um conhecimento científico de anatomia e fisiologia em mãos de uma pessoa com inteligência e destreza que pode aplicar este conhecimento para uso do homem que se encontra aflito ou machucado por distensões, golpes, quedas, transtornos mecânicos ou lesões corporais de qualquer tipo”.

A Osteopatia se baseia na perfeição da obra da natureza. Quando todas as partes do corpo humano estão alinhadas ou em equilíbrio, gozamos saúde. Quando não estão, o efeito é a doença. Quando se reajustam as partes, a doença cede passagem para a saúde. O trabalho do Osteopata está em ajustar o corpo para que se passe da situação anormal para a normal. Assim, os estados anormais cedem espaço aos normais e a saúde é a consequência do estado normal.

De acordo com Dr. Still, a medicina deveria ser holística, ou seja, teorizava que todas as partes do corpo estavam interrelacionadas e que o tratamento deveria buscar o equilíbrio de todo o corpo. Acreditava que a existência da vida se resulta entre a união de forças vitais e materiais. Declarou então: “A Osteopatia (...) é a lei da mente, da matéria e do movimento”. Observou, então que cada tecido, órgão e estrutura estão desenhados para o movimento do corpo em todas as formas. “Como o movimento é o primeiro e único sinal de vida, esta ideia nos orienta para a mecânica pelo qual funciona a vida ...”. “A vida é a matéria em movimento”. “A ausência de movimento não é propícia para a vida ou a saúde”.

Dr. Still fundou a Escola Americana de Osteopatia (ASO) em Kirksville em 1882 e com isso, o crescimento da profissão foi difundida e começava a ser praticada em todo o mundo.

Fatos importantes ocorreram após a criação da Osteopatia, como a inserção de mulheres nas escolas de Osteopatia e a criação de algumas especialidades dentro da própria profissão, como a criação da Osteopatia Craniana pelo Dr. Willian Gardner Sutherland (1873-1954), e anos após seu aluno Dr. Denis Brookes criou a associação de Osteopatia Craniana.

No Brasil, é reconhecida como especialidade da Fisioterapia (Resolução COFITO 220/2001). Nos dias atuais, existem diversas escolas de Osteopatia no Brasil com reconhecimento do COFFITO.

Recortes Históricos da Osteopatia no Brasil

Entre os anos 80 e 90 iniciaram as primeiras formações completas em Osteopatia no Brasil. Como ocorreu em todo o mundo, logo alcançou grande reconhecimento por parte dos profissionais. Em 2001, o COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) decidiu reconhecer, por meio de resolução, a Osteopatia como Especialidade do Fisioterapeuta (Resolução 220, de 23 de maio de 2001 – DOU no. 108, seção I, página 46).

Com a expansão da fisioterapia e suas especialidades no país, o COFFITO definiu parceria e deu reconhecimento legal as entidades associativas representativas das especialidades fisioterapêuticas (Resolução 360, de 18 de dezembro de 2008 – DOU nº. 249, Seção 1, em 23/12/2008, página 167). Nesse mesmo ano fundou-se a Associação Brasileira dos Fisioterapeutas Osteopatas (ABFO), devidamente reconhecida pelo COFFITO que, a partir de 2010, tornou-se responsável pela emissão dos títulos de especialidade. Enfim, em uma Assembleia Geral Extraordinária, ocorrida dia 24 de junho de 2017, a associação teve seu nome alterado para Associação dos Osteopatas do Brasil (AOB).

As terapias complementares, também conhecidas como terapias alternativas, integrativas ou não convencionais, constituem um grupo de tratamentos e produtos que não são considerados parte da medicina alopática (LIMA et al., 2012). Com o passar dos anos essas terapias englobaram diversas práticas de atenção à saúde, tais como: acupuntura, reeducação postural global (RPG), homeopatia, medicina ayurvédica, medicina fitoterápica, terapias baseadas em dietas, quiropraxia, osteopatia, massagem, meditação, hipnose, yoga entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Após o COFFITO regulamentar a osteopatia como prática do fisioterapeuta dentro das terapias complementares assistidas pelo SUS, a osteopatia começou a se apresentar como um método aplicável no tratamento fisioterapêutico de indivíduos que sofrem de distúrbios osteomioarticulares que repercutem em dor e prejuízo ou perda de funcionalidade. Para sua aplicação exige bom conhecimento anátomo-fisiológico e biomecânico sobre o corpo humano, bem como qualificação do profissional fisioterapeuta em nível de pós-graduação em curso destinado à sua capacitação nesta área (COFFITO, 2001).

Princípios da Osteopatia

Dr. Still criou quatro importantes leis para o raciocínio e diagnóstico osteopático: A estrutura governa a função, a unidade do corpo, a autocura e a lei da artéria. Desta forma, deve-se observar o paciente, seus sintomas e o tecido afetado, em seguida realizar os testes, diagnóstico e tratamento osteopático. O primeiro termo

“A Estrutura Governa a Função”, determina que o corpo humano age como uma unidade integrada, na qual a estrutura e a função são interdependentes e atuam em sistema de reciprocidade; A segunda é “A Unidade do Corpo”, considera que o corpo humano possui a capacidade de adaptação; A terceira é “A Autocura”, princípio condizente com o conceito de que o corpo possui propriedades que lhe permitem eliminar ou evitar doenças, desde que haja subsídios para isso. Isto implica que para haver autocura é necessário que não existam obstáculos nos condutos nervosos, linfáticos, vasculares e que a nutrição celular e eliminação de catabólitos sejam realizadas de forma eficaz, a fim de reaver a homeostasia prévia à exposição frente a iniquidade de saúde; A quarta e última, “A Lei da Artéria”, a perturbação do fluxo arterial desencadeará um retorno venoso mais lento, provocando paralisções venosas e acúmulo de toxinas. Isto favorecerá uma dificuldade para estrutura executar sua função e a tornará vulnerável a processos de alterações no estado de rigidez do indivíduo (STILL, 1910).

De acordo com Fryette (1954), a biomecânica vertebral obedece à duas leis importantes, sendo a primeira lei chamada de NRS (Neutral, Rotation and Side Banding), o que significa que o comportamento vertebral obedece à uma rotação durante sua inclinação, resultando em movimentos automáticos. A segunda lei pode ser ERS (Extension, Rotation and Side Banding) ou FRS (Flexion, Rotation and Side Banding). Nesse caso, uma vertebra pode estar fixada tanto em flexão associada à rotação e inclinação para o mesmo lado ou em extensão associada à rotação e inclinação homolateral.

Para compreender a osteopatia se faz necessário analisar duas linhas de pensamentos que se expressam opostamente a respeito da disfunção articular. O primeiro conceito, oriundo da ortopedia clássica, que define disfunções como sendo afecções provocadas por processos degenerativos, traumáticos, inflamatórios e infecciosos, tais como artrite, entorse, estiramento dos ligamentos e instabilidade articular (DUTTON, 2010). O segundo, seguindo um conceito osteopático apresenta que a disfunção articular é uma restrição de movimento em função da falta de mobilidade de um elemento conjuntivo, tratando-se, portanto, de restrições de movimentos acessórios ou micromovimentos dentro dos limites articulares, uma vez que seus elementos ligamentares não sofrem solução de continuidade. Tal restrição de mobilidade poderá desencadear processos dolorosos devido à tensão imposta aos ligamentos, estimulando seus mecanorreceptores e produzindo dor (KLEIN et al., 2021).

Ao diagnosticar uma vértebra em disfunção de primeira ou segunda lei de fryette, ocorre uma disfunção somática. Isso significa que o sistema nervoso central inicia um processo de adaptação neural para manter essa disfunção, onde o corpo obedecerá à duas situações: a autocura ou a facilitação medular metamérica. Nesse último, significa que a vértebra iniciará um processo de alterações sinápticas do nervo vertebral correspondente, alterando a sensibilidade cutânea, fascial, muscular, ligamentar/periosteal, visceral e vascular. Através de testes, o Osteopata consegue decifrar se houve ou não uma facilitação medular metamérica e em seguida iniciar o

tratamento osteopático. Resumindo, a facilitação medular é a manutenção de um polo de interneurônios (prémotor, motoneurônio, neurônio simpático pré ganglionar) em um ou em vários segmentos medulares, em um estado parcial ou total de excitação: precisando de menos estímulos aferentes para produzir a descarga de influxos.

A disfunção somática é definida como um comprometimento ou alteração dos componentes interrelacionados ao corpo: estruturas esqueléticas, articulares e miofasciais e de seus respectivos elementos vasculares, linfáticos e neurais (Hospital Adaption of the International Classification of Disease, 1973). O termo está codificado nos sistemas de classificação correntes, na classificação internacional de doenças, 9ª revisão, modificação clínica (icd-9-cm) códigos 739.0 – 739.9. A disfunção somática substitui termos antigos, como lesão osteopática, subluxação quiroprática, bloqueio articular, travamento articular, perda do jogo articular ou desarranjos vertebrais menores.

A Osteopatia não se resume em apenas manipulações vertebrais, mas sim em todo um raciocínio fisiológico, envolvendo todos os tecidos corporais, incluindo os órgãos e vísceras. No corpo toda perda de mobilidade articular traz um prejuízo para outra zona que deverá compensar essa falta de mobilidade com um funcionamento excessivo (hipermobilidade), que pode ser supra ou subjacente a fixação articular. A zona hipermóvel compensadora apresenta hipotonia muscular, dor devido a inflamação dos tecidos peri-articulares (músculos, ligamentos, cápsulas, discos) (MAINE et al., 2011)

É uma terapia não invasiva, que atua diretamente no sistema musculoesquelético com o propósito de favorecer uma melhor mobilidade articular. O tratamento osteopático é precedido por uma detalhada avaliação do indivíduo considerando a globalidade envolvida nos aspectos físicos, psicológicos e sociais que possam prejudicar a sua saúde. Seja por manobras articulares de baixa ou alta velocidade (*thrust*), com objetivo de restaurar as restrições de mobilidade articular. Também fazem parte da aplicação da osteopatia as manobras de liberação miofasciais. Por meio de efeitos neurofisiológicos, a osteopatia influencia o SNA, diminuindo a dor e a hiperatividade gama, aumentando a mobilidade segmentar e global (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE OSTEOPATIA, 2010).

Toda lesão primária necessita de uma adaptação e a adaptação nem sempre precisa de tratamento. A lesão primária é sempre em *ers* ou *frs* e a adaptação supra ou subjacente é sempre em posição neutra (NSR). Existem vários tipos de adaptações, onde a coluna pode se adaptar a uma disfunção somática, a uma lesão discal, uma perna curta anatômica ou ser reflexo de posição antálgica. As adaptações diminuem a capacidade do corpo de se defender, sendo uma lesão dinâmica e reversível. A compensação é uma adaptação que se tornou fixa (RICARD, 2006).

O conceito de Ajuste do Corpo foi a base dos estudos contínuos de Osteopatia de Littlejohn (1907). Segundo o autor deve ser aplicada dentro e sob os princípios que caracterizam e diferenciam das outras ciências e terapias. Foram estas leis

fundamentais da Osteopatia que determinaram a frase de Littlejohn e este escolheu a palavra “Ajuste” de uma maneira particular. Descreveu o ajuste do corpo sendo o mesmo, as suas partes e o seu ambiente, meios racionais para estabelecer ótimas condições de saúde. Trazendo reintegração do corpo em relação à sua estrutura, função e ambiente sem categorizar os princípios osteopáticos em nenhuma das formas de aplicação ou de tratamento isolado de algum tecido ou parte do corpo.

Assim, as técnicas da medicina osteopática podem apresentar condições de contribuir para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido e melhora na qualidade de vida e por mais que a qualidade de vida seja um assunto muito explorado em idosos, no campo da medicina osteopática, ainda não foi abordado em estudos (robustos) prospectivos de intervenção. Ainda faltam pesquisas nessa área que possam embasar essas afirmativas e os resultados obtidos clinicamente (CAVALIERI, 2006).

De acordo com Gurgel et al. (2017) entende-se que, dentre o arsenal terapêutico disponível ao fisioterapeuta, a osteopatia se soma às técnicas terapêuticas aplicadas no tratamento de disfunções musculoesqueléticas e transtornos de ordem ortopédica apresentando efeitos terapêuticos satisfatórios aos seus usuários, sendo tratado individualmente. Entretanto as repercussões do tratamento se dão também em âmbito social e econômico em uma percepção mais abrangente. Contudo, ao indivíduo apresentar menos dor e limitação funcional para relações sociais e laborais, ele passa a ter mais capacidade para o trabalho e, conseqüentemente, torna-se cada vez mais economicamente ativo, melhorando sua renda e as condições de vida de sua família.

Cabe as políticas públicas de saúde analisar a necessidade de investimento neste tipo de abordagem terapêutica com um caráter também preventivo. Muito embora a estrutura política da saúde no Brasil pareça ser uma alternativa interessante para a prática da osteopatia junto à população de baixa renda, ainda há uma grande lacuna no tocante ao conhecimento desta acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, sendo este desconhecimento também extensivo aos profissionais de saúde. Em virtude disto, a participação da osteopatia nas políticas públicas de saúde no Brasil é imprescindível, haja vista seus resultados serem clinicamente satisfatórios e não restritos aos aspectos biológicos do indivíduo, colaborando para as relações socioafetivas, políticas e econômicas. Estes aspectos encontram-se em consonância com o conceito de saúde adotado pela OMS os quais fundamentam a existência do SUS (GURGEL et al., 2017).

Osteopatia e Dor Lombar Inespecífica

Em comparação com as técnicas de terapias manuais clássica da Fisioterapia, a Osteopatia ainda carece de robustez nas investigações. Recentemente dois dos autores desse capítulo publicaram um ensaio clínico randomizado com o objetivo de

verificar a eficácia da osteopatia na dor lombar crônica e não-específica (DE OLIVEIRA MEIRELLES et al., 2020). Os autores observaram que tanto a intervenção de osteopatia quanto o grupo controle (pessoas fisicamente ativas) apresentaram melhoras na percepção de dor com melhores resultados para a intervenção de Osteopatia. Esses resultados são interessantes pois realçam a capacidade do organismo de recuperar-se de quadros dolorosos, assim como a importância da osteopatia como intervenção capaz de potencializar essa capacidade.

Os resultados publicados por De Oliveira Meirelles et al. (2020) vão ao encontro com a revisão sistemática com meta-análise publicada por Franke et al. (2014). Nesta revisão com meta-análise os autores observaram que a intervenção Osteopática foi capaz de reduzir a resposta somatossensorial de dor em paciente com dor lombar aguda e inespecífica. Dessa forma, ambos os trabalhos De Oliveira Meirelles et al. (2020) e Franke et al. (2014) apresentam uma boa aplicabilidade prática da intervenção num nicho importante. Fato este reforçado por Farra et al. (2021), os quais reforçam a osteopatia como intervenção eficaz para minimizar a percepção somatossensorial de dor nos quadros de dor lombar crônica inespecífica, indicando, contudo, que a técnica de liberação miofascial apresentou-se mais eficiente.

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006 maio. Seção 1, p. 20-25.

CAVALIERI, T. A. Clinical care for an aging population: aging successfully in the 21st century. *J Am Osteopath Assoc*, v. 106, n. 7, p. 384-386, 2006.

Clinical Guideline Subcommittee on Low Back Pain, American Osteopathic, A. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. *J Am Osteopath Assoc*, v. 110, n. 11 p. 653-666, 2010.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 220, de 23 de maio de 2001. Reconhecimento da Quiropraxia e Osteopatia como especialidades do fisioterapeuta. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2001 junho. Seção 1, p. 46.

DE OLIVEIRA MEIRELLES, F., DE OLIVEIRA MUNIZ CUNHA, J. C., DA SILVA, E. B. Osteopathic manipulation treatment versus therapeutic exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: A randomized, controlled and double-blind study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, v.33, n.3, p. 367–377, 2020.

DUTTON, M. Fisioterapia Ortopédica: Exame, Avaliação e Intervenção. 2ª Edição. Editora Artmed, 2010.

FARRA, F. D., Risio, R. G., Vismara, L., Bergna, A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, v.56, p. 102616, 2021.

FRANKE, H., FRANKE, J. D., FRYER, G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, n.15, p. 286, 2014.

FRYETTE, H., 1954. *Principles of the Osteopathic Technique*, AAO Editions.

KLEIN, P., LEPERS, Y., SALEM, W. Osteopathic medicine. *Rev Med Brux*, v. 32, n. 4, p. 369-374, 2011.

LIMA, M. O., VASCONCELOS, T. B., BRASIL, A. C. O., CÂMARA, T. M. S., ARCANJO, G. N., SOUSA, C. T. Análise do conhecimento sobre a regulamentação e a utilização das terapias complementares na fisioterapia. *HU Revista*, v. 37, n. 3, p. 353-359, 2012.

LITTLEJOHN, J. M., 1907. *Principles of Osteopathy*. American College of Osteopathic Medicine, Chicago.

MAINE, J. Y., VAUTRAVERS, P. Mecanismo de acción del tratamiento manipulativo vertebral. *Osteopatía Científica*, v. 6, n. 2, p. 61-66, 2011.

RICARD, F. *Tratamento Osteopático das lombalgias e ciáticas*. Editora Atlântica. 2006.

STILL, A. T. *Autobiography of Andrew Taylor Still With a History of the discovery and development of the science of Osteopathy*, 1908.

STILL A. T. *Philosophy of Osteopathy*, 1899.

STILL A.T. *The philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*, 1902.

STILL A. T. *Osteopathy Research and Practice*, 1910.

WARD R. C. *Foundations for Osteopathy Medicine*, 2003.

Sobre os autores:

Frederico de Oliveira Meirelles

Mestre em Ciências do Exercício e do Esporte - UERJ

E-mail: fredericomeirelles@gmail.com

Fisioterapeuta, doutorando em saúde da família - UNESA, mestre em ciências do exercício e do esporte - UERJ, pós-graduado (especialista) em Fisioterapia traumato-ortopédica funcional (lato sensu) pela faculdade de reabilitação da Asce, osteopata C.O. e D.O. pela Escola de Osteopatia de Madrid e pós-graduado em osteopatia (lato sensu) pela Universidade Castelo Branco; É fisioterapeuta (R2) da Força Aérea Brasileira (FAB); Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em avaliação, prevenção e recuperação de lesões traumato-ortopédicas, Fisioterapia

esportiva e cinesioterapia, especialmente osteopatia e terapias manuais; Foi fisioterapeuta da equipe brasileira no 7º Jogos Mundiais Militares (7th CISM Military World Games – Wuhan, 2019). É coordenador do curso de Fisioterapia da Universidade Estácio de Sá - Campus Madureira; É coordenador da Pós-graduação Lato Sensu EAD da Universidade Estácio de Sá dos cursos: Fisioterapia Esportiva; Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica; Fisioterapia Cardiorrespiratória; Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia; Fisioterapia nas Algias Posturais da Coluna Vertebral e Fisioterapia Neurológica Adulta; É formado em cadeias musculares / fisiológicas / método Busquet; É professor do curso de graduação em Fisioterapia na Universidade Estácio de Sá (UNESA); Foi professor supervisor de estágio na UNESA; É professor da pós-graduação em Traumato-Ortopedia com ênfase em terapias manuais da UNESA, da pós-graduação em Anatomia humana da UNESA e da pós-graduação em Osteopatia do Centro Universitário Celso Lisboa; Foi professor da pós-graduação em Osteopatia da Frasca e da pós-graduação em Quiropraxia da FRASCE; Foi professor convidado do curso de pós-graduação Master em Fisioterapia Traumato-Ortopédica do IPOG; Foi professor visitante do curso de Pós-Graduação Universidade Gama Filho, RJ e professor convidado da pós-graduação em traumato-ortopedia – Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Campus Juiz de Fora (MG); Foi fisioterapeuta do Clube de Regatas Vasco da Gama - dep. de futebol profissional (2010/2015); Foi fisioterapeuta das divisões de base do clube Botafogo de Futebol e Regatas - (dep. futebol) (2009/2010); É membro do Grupo de Pesquisa em Ciências do Exercício e da Saúde (GPCES / UERJ).

Júlio Cesar de Oliveira Muniz Cunha

Mestre em Educação Física – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

E-mail: cinesioliveira@hotmail.com

Mestre em Educação Física (UFRJ). Bacharel em Fisioterapia pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Especialista em Anatomia e Biomecânica com Ênfase em Traumato-Ortopedia (FRASCE). Pós-Graduando em Osteopatia pela Escola de Osteopatia de Madrid (EOM). Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Possui experiência profissional em Fisioterapia Esportiva (Vasco da Gama, Boa Vista e Portuguesa Carioca). Docente na Universidade Estácio de Sá (em vigor).

Alexandre Gonçalves de Meirelles

Mestre em Saúde Medicina Laboratorial e Tecnologia Forense - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-mail: meirelles.ale@gmail.com

Mestre em Medicina Laboratorial e Tecnologia Forense (UERJ), Especialista em Fisioterapia Ortopédica (UNESA), Anatomia Humana com ênfase em dissecação (UNESA), Fisiologia Humana nas ciências da Saúde (UNESA) e biomecânica, anatomia e treinamento Funcional (UNESA). Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estácio de Sá (UNESA-RJ), Coordenador da Clínica Escola FisiONorte e Diretor de assistência e suporte da Associação Brasileira de Crochetagem (ABCROCHE).

Estêvão Rios Monteiro

Doutor em Educação Física – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

E-mail: profestevaomonteiro@gmail.com

Doutor e Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGEF/UFRJ). Realizando Estágio Doutoral em Ciências da Reabilitação (PPGCR/UNISUAM). Bacharel em Educação Física pelo Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Acadêmico de Nutrição pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR). Pós-Graduando em Quiropraxia pela FRASCE. Membro do Grupo de Pesquisa do Departamento de Ginástica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEFD/UFRJ). Coordenador do curso de Pós-Graduação em Avaliação e Prescrição de Exercícios Para Grupos Especiais no Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Professor universitário nos cursos de Educação Física e Fisioterapia no Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) e no Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR). Tem experiência na área de Educação Física e Fisioterapia, com ênfase no desenvolvimento de pesquisas científicas, atuando principalmente nos seguintes temas: Treinamento de Força, Terapias Manuais, Alongamento, Cinesiologia Aplicada ao Esporte, Reabilitação e Pressão Arterial.

BEM-VINDO AO MUNDO DO OZÔNIO

Carlos Alberto Vieira de Melo

Introdução

Fui convidado pelo Dr. Rafael Mocarzel para escrever um capítulo no livro intitulado “Práticas Integrativas Complementares em saúde”, sendo entregue a mim o capítulo a respeito da Ozonioterapia. A dificuldade com que o mundo e, principalmente os países emergentes estão lidando com os problemas econômicos, com os problemas de saúde pública e qualidade de vida, se faz necessário buscar outras fontes de tratamento que levem a população uma melhora da sua qualidade de vida com um custo mais barato e principalmente sem efeitos colaterais. Dentro desse contexto, o ozônio tem sido usado como agente terapêutico para tratamento de diferentes doenças e efeitos benéficos tem sido observado. Com isso, a ozonioterapia tem ganhado mais interesse dia após dia da comunidade científica. Em 2015 a Federação Mundial de Ozonioterapia (WFOT) na opinião dos seus membros, que era o momento para que a opinião pública e os profissionais de saúde ampliassem seus horizontes com a ozonioterapia e seu grande potencial, pelo menos como apoio complementar ou integrativo aos tratamentos convencionais. Parafraseando a WFOT, “eu espero que a opinião pública e os profissionais do Brasil ampliem seus horizontes com a ozonioterapia atuando em conjunto com as práticas convencionais” (WFOT, 2015; ABOZ, 2016).

O ozônio é conhecido desde a Antiga Grécia, não como um gás, mas já associavam a sua presença ao mau tempo. O prefixo “ozo” vem do Grego que atribuiu o significado de “com aroma ou cheiro forte e desagradável” (FELLICIO; ONÇA, 2012). O ozônio é o gás mais importante da estratosfera, é formado por três átomos de oxigênio, encontrada no estado gasoso em condições específicas de temperatura e pressão. Se produz por três fontes fundamentais de energia: eletrólise química, descargas elétricas, e radiações de luz UV (SCWHARTZ, SÁNCHEZ, 2012; KAWAHARA; JOAQUIM, 2020),

Nos equipamentos geradores do ozônio essas situações são simuladas através de descargas elétricas e através da luz ultravioleta. Essas são as duas formas mais comuns de geração do gás ozônio (WILLIAN, 2021).

Devemos lembrar que o ozônio é o terceiro oxidante mais potente na natureza, ficando atrás do flúor e do persulfato. O ozônio é dez vezes mais solúvel na água que o gás oxigênio. Segundo ERWING C. PAYR, 1871-1946, “aonde não chega o oxigênio, chega ozônio”. Payr foi o primeiro cirurgião a usar a ozonioterapia para tratar infecções, prática que ele aprendeu com o terapeuta Suíço E. A. Fisch. Em 1935 ele

publicou o tratado “Uber Ozonbehandlung in der Chirurgie” - sobre o uso do ozônio na cirurgia (ABOZ, 2023)

O ozônio foi descoberto pelo químico alemão Cristian Friedrich Schömeier em 1834. Nas suas pesquisas, ele percebeu que ao fazer uma descarga elétrica sobre a água, era produzido um cheiro forte e diferente. Com base nesta descoberta, ele relatou esse cheiro nos seus escritos como sendo uma substância oxidante e desinfetante (OLIVEIRA, 2012).

Outro dado importante, é que o ozônio é altamente instável, logo se recompõe como oxigênio. O ozônio também protege o planeta da radiação UV-C E UV-B do Sol, e na atmosfera o ozônio é tóxico pela via respiratória (MIRANDA, 2021).

O ozônio é uma molécula resultante da interação entre um átomo de oxigênio solteiro (singleto) com uma molécula do gás oxigênio (O₂). Se essa molécula O₂ sofre uma descarga elétrica, ela pode se juntar a outros átomos de oxigênio solteiro e formar uma molécula de ozônio (O₃). As características principais do ozônio é que ele é um oxidante extremamente potente fazendo com que reaja com qualquer coisa que venha pela frente tornando-o instável e altamente reativo (WILLIAN, 2021).

Sendo o ozônio um oxidante extremamente potente, instável e reativo, podemos dizer que a criação e a sua destruição dependem de um equilíbrio do meio ambiente (FELDMANN, 2015; SARRO, 2016).

Segundo Sarro (2016) ao nível do solo, na troposfera, o ozônio perde a sua função de proteção transformando-se em um gás altamente poluente, sendo responsável pelo aumento da temperatura da superfície junto com o monóxido de carbono (CO), o dióxido de carbono (CO₂), o metano (CH₄) e o óxido nitroso.

O ozônio é um potente gás medicinal que tem por finalidade tratar ou complementar um tratamento. Quando usado nas dosagens exatas e vias corretas, com base na avaliação e nos exames complementares, é um excelente recurso terapêutico com um custo muito baixo. Ao contrário, quando utilizado nas dosagens erradas, pode ser tóxico (SAUDE3D, 2021).

O Caminho do Ozônio Até Hoje

Desde 1885 o ozônio tem sido utilizado com finalidades médicas terapêuticas, com os primeiros estudos de Charles J. Kenworthy membro da Sociedade Médica da Flórida. Na sequência faremos um breve relato das principais descobertas.

- Em 1781 – o médico e físico Martin Van Marum (1750 – 1837) descreveu pela primeira vez o odor amargo de ozônio.

- Em 1840, o gás ozônio foi descoberto pelo pesquisador alemão -suíço Dr. Christian Friedrich Schoenbein (1799 – 1868), que observou um odor característico quando o oxigênio era submetido a uma descarga elétrica.
- Em 1857 o físico Dr. Werner Von Siemens (1816 – 1896) desenvolveu o Gerador de Alta Frequência.
- Em 1914 e 1918 durante a I Guerra Mundial, médicos alemães e ingleses utilizaram o gás ozônio para tratamento de feridas em soldados, conforme publicado na revista THE LANCET, nos anos de 1916 e 1917. É importante lembrar que antes da descoberta da penicilina em 1928, um dos tratamentos mais eficazes para infecções bacterianas era a ozonioterapia.
- Em 1935 o Dr. Erwin C. Payr (1871 – 1946) após experienciar o tratamento com ozônio por seu dentista Dr. E. A. Fisch que usava ozônio para desinfetar as cavidades dentárias nos seus pacientes, utilizou ozônio como tratamento para reduzir a incidência de infecção no pós-operatório. Naquela época, os antibióticos não estavam a disposição com tanta facilidade. Mais tarde Payr apresentou uma publicação de 290 páginas intitulada “O tratamento com ozônio na cirurgia”.
- No Brasil a ozonioterapia foi introduzida em 1975 pelo médico Heinz Konrad em São Paulo.
- Em 1979 o Dr. Hans H. Wolf publicou seu livro “Ozonio Medicinal” - no qual apresenta sua pesquisa e prática médica do uso do ozônio. Dr. Hans fundou a Sociedade Médica Alemã de ozônio.
- Em 1990 Dr. Michael Carpendale chefe de Medicina Reabilitativa da Administração de Veteranos de São Francisco disse: “O ozônio consegue inativar o HIV em concentrações não tóxicas!”.
- Em 1992 Nexus Magazine publicou uma edição do Ed McCabe – ozone Has Cured AIDs in Over 300 cases.
- Em 1994 Cuba criou o primeiro Centro dedicado à pesquisa e desenvolvimento de ozônio.
- Em 2004 é fundada a PHILOZON, sendo pioneira no desenvolvimento de equipamentos para a saúde ea primeira empresa no Brasil a obter o registro na ANVISA do gerador de ozônio para uso odontológico.
- Em 2006 é fundada Associação Brasileira de ozonioterapia (ABOZ).
- Em 2007 é fundada a OZONE & LIFE especializada em geradores de ozônio nas áreas de Medicina Veterinária, Medicina Odontológica e Fisioterapia.
- Em 2010 é criada a DECLARAÇÃO DE MADRI SOBRE OZONIOTERAPIA. A declaração foi aprovada na primeira reunião Internacional de Escola de Ozonioterapia. Esta reunião aconteceu na Real Academia Nacional de medicina em Madri nos dias 3 e

4 de junho de 2010. A declaração de Madri, é considerado o principal norteador das boas práticas em relação a ozonioterapia.

- Em 2015 é aprovado a 2o ed. Da declaração de Madri.
- Em 2017 é fundada a Associação Brasileira de ozonioterapia veterinária (ABOVET).
- Em 2018 o Ministério da Saúde (MS) reconhece o uso da ozonioterapia no Brasil, Portaria no 702, de 21 de março de 2018.
- Ainda em 2018, é fundada a Associação Brasileira de Fisioterapia Integrativa e Práticas Integrativas e complementares em Saúde (ABRASFIPICS). Em 2017 após o Acórdão 611/2017 a ABRASFIPICS é definitivamente reconhecida com esse nome, fundada pelo Dr. Clailson Farias et. al. 2018. Em 2020 o Conselho de Federal de Farmácia publica a resolução no 685 regulamentando a atuação do farmacêutico na área de Ozonioterapia. No mesmo ano, o Conselho de Enfermagem através do parecer normativo no 001 de 2020, reconhece a Ozonioterapia como terapia complementar possível de ser usada pelo enfermeiro. Além da Farmácia e Enfermagem, a biomedicina foi regulamentada publicado na portaria no 702. Neste mesmo ano a Fisioterapia também regulamentou o uso da Ozonioterapia pelo fisioterapeuta CONSIDERANDO o Parecer Conjunto no 01/2020, da Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional – ABRAFIDEF e da Associação Brasileira de Fisioterapia Integrativa e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – ABRASFIPICS, sobre a possibilidade da utilização da aplicação de ozônio como recurso terapêutico, onde entendem, que o fisioterapeuta está apto a utilizar a Ozonioterapia como recurso terapêutico, devendo sempre estar capacitado, a utilizar os princípios da biossegurança e aplicar este recurso em ambiente próprio, que garanta o máximo de higiene e segurança, estabelecidos em normas da ANVISA ou outras em vigor (CARPENDALE; FREEBERG, 1991; McCABE, 1992; BOCCI, 2002; HAENSLER, 2002; GROOTVELT et al., 2004; MADRI DECLARATION ON OZONOTHERAPY, 2010; SCWHATZ; SANCHEZ, 2012; ABOV3VET, 2018; RODRIGUES et al., 2018; CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA, 2020; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2020; CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA, 2020; CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA REGIÃO 2, ACORDÃO nº 020/2020, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2020; ABOZ, 2021; MIRANDA, 2021; GRUPO PHILOZON, 2022; OZONO & LIFE, 2022; DANII, 2023).

Efeitos Bioquímico do Ozônio

Os efeitos bioquímicos do ozônio no corpo humano são os seguintes: (i) acelera o uso da glicose por parte das células, (ii) atua no metabolismo das proteínas, graças à sua afinidade com o grupo dos sulfídricos, (iii) tem uma reação direta com os ácidos gordurosos insaturados que se transformam em compostos hidrossolúveis, (iv) ao nível do stress oxidativo, ocorre uma modulação redutiva. Esse efeito é decorrente da

regulação das enzimas oxidativas naturais, (v) por último, ocorre uma modulação de enzimas e citoquinas na inflamação (SAÚDE3D, 2021).

Propriedades Físico-Químicas do Ozônio

Com relação às propriedades físico-químicas do ozônio, a tabela 1 mostra a diferença do peso molecular, da solubilidade, da densidade, do potencial eletroquímico entre ozônio e oxigênio.

Em termos de fração de luz, o ozônio tem um aspecto azulado com um cheiro próprio, enquanto o oxigênio não tem cheiro.

Tabela 1: Comparação físico – química do oxigênio e do ozônio

	O ₂	O ₃
Peso molecular (g/mol)	32	48
Solubilidade a 0°C (mols/L)	0,049	0,64
Densidade(g/L)	1,429	2,144
Potencial eletroquímico	01,23	02,07

Quanto a velocidade de dissociação, o ozônio é um gás instável, reativo e logo ele volta a ser oxigênio (O₂). Esse processo acontece dependendo da temperatura ambiente. Quanto mais frio for o ambiente, o ozônio vai durar mais tempo, ao contrário, quanto mais quente for o ambiente, menos tempo o ozônio vai durar. Com isso, podemos nos questionar:

1) Qual a importância dessa informação?

Se eu tiver uma concentração maior, uma temperatura mais baixa, a minha dissociação vai ser mais lenta. Por outro lado, se eu tiver uma concentração mais baixa, uma temperatura mais alta, a minha dissociação vai ser mais rápida.

2) Qual a utilização prática dessa informação?

É que o ozônio deve ser usado imediatamente (WILLIAN, 2021).

A tabela 2 mostra o comportamento do gás ozônio com relação temperatura e tempo de utilização até ele voltar a ser oxigênio novamente.

Tabela 2: Relação Temperatura x Tempo de meia vida do gás

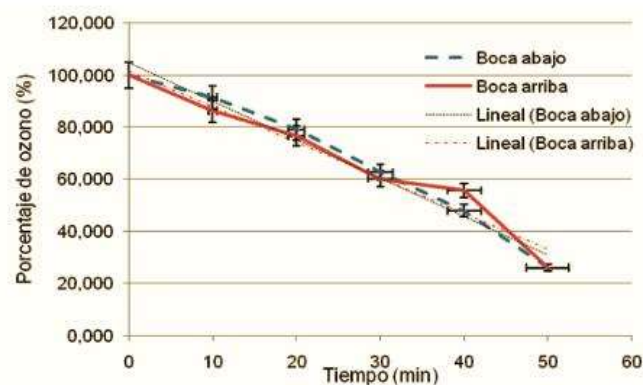
Temperatura do gás	Tempo de meia vida (min)
30°C	26
25°C	35
20°C	44
15°C	58
10°C	76
5°C	101

Fonte: WILLIAN ANDRÉ (2021)

No gráfico 1 é demonstrado o resultado da pesquisa do Dr. Gregorio Sanchez a respeito do tempo médio do Ozônio colocado em uma seringa de 50ml com concentração de 50ug/ml com uma temperatura ambiente de 20o C com uma pressão de 1,103.105 Pa. Também foi demonstrado neste trabalho que a posição do bico da seringa seja ela voltada para baixo ou para cima não interferiu na cinética de degradação do gás ozônio. Na verdade, não existe escape do gás ozônio. O ozônio é um fluido denso, o ozônio é mais denso que o ar. Atmosférico que conhecemos (MARTÍNEZ, 2013; WILLIAN, 2021).

Gráfico 1: cinética de degradação do ozônio contida em uma seringa de 50ml de cone.

Começou a partir de uma concentração de 20ug/ml. 20o C temperatura, pressão 1.103.



Fonte: MARTÍNEZ-SÁNCHEZ G. (2013)

Princípios Básicos da Ozonioterapia

Quando se fala em ozonioterapia devemos deixar bem claro que se trata de uma terapia que utiliza uma mistura gasosa com 5% de ozônio e 95% de oxigênio medicinal puro e que todas as aplicabilidades a ela relacionadas no tratamento das mais variadas patologias, decorrem dos efeitos biológicos induzidos pelo gás no corpo (BOCCI, 2011; KAWAHARA; JOAQUIM, 2020)

A Ozonioterapia é a aplicação do gás ozônio como agente terapêutico no tratamento de diferentes afecções que acometa os seres vivos. Assim como qualquer outro gás, o ozônio se dissolve fisicamente em água pura. Com base na Lei de Henry, em relação à temperatura, pressão e concentração de ozônio, quando colocamos num frasco de vidro bem refrigerado e fechado, a água ozonizada -utilizada como desinfetante – permanece ativa por alguns dias, por outro lado, o ozônio reage imediatamente quando em contato com água biológica – plasma, linfa, urina ou em solução salina fisiológica. Depois da reação do ozônio com essas moléculas, ele não existe mais (WILLIAN, 2021).

Com relação a sua estrutura físico-química, o ozônio é uma molécula polar não radicálica que possui dois elétrons na sua última orbita mais externa. Portanto, um pH abaixo de 8 o ozônio não irá produzir radicais livres. Geralmente o pH nos humanos está entre 7,4 e 7,5., porém o ozônio é muito oxidante e por isso ele reage instantaneamente com outras moléculas podendo transformá-las em compostos: ROS (Espécies Reativas de Oxigênio), LOPs (Produtos de Oxidação Lipídica) (WILLIAN, 2021).

Portanto, após a sua utilização, o gás reage com os tecidos corporais produzindo substâncias que induzem todo o sistema antioxidante possibilitando uma grande liberação de oxigênio para as células (MIRANDA, 2021).

Kawahara e Joaquim (2020-2021) nos seus apontamentos explicam que “ os mecanismos de ação do ozônio envolvem dois processos bioquímicos fundamentais que ocorrem no plasma sanguíneo: (i) uma reação imediata onde há produção de espécies reativas de oxigênio (ERO) que após 0,5 a 1,0 minuto é, em grande parte, inativada pelo sistema antioxidante e (ii) uma reação tardia, que dura poucos segundos e consome o restante, reduzido, da dose total de ozônio aplicado onde há formação de peróxido de hidrogênio (H₂O₂), aldeídos diversos, ozonídeos (moléculas diversas decorrentes de reações com gorduras, carboidratos, ácidos graxos polinsaturados (PUFA), antioxidante como o ácido ascórbico e ácido úrico , compostos com grupos – SH, como cisteína, glutathiona reduzida (GSH) e albumina. Dependendo da dose de ozônio, enzimas, DNA e RNA podem também ser afetados pelo gás ozônio.

Com base no contexto acima, Mauro et al. (2019) afirmam que “estes produtos com atividades de radicais livres, em concentrações submicromolares, são capazes de induzir, como uma vacina, uma resposta antioxidante do próprio organismo, a partir de mecanismos endógeno-enzimáticos”.

Vale apenas lembrar, que o conceito que as ROS são sempre prejudiciais ao organismo, tem sido largamente revisado, porque, em quantidades fisiológicas, como explicado acima, agem como reguladores de transdução e representam importantes mediadores de defesa e imunidade – fenômeno conhecido como Hormese. Este termo é definido como uma resposta adaptativa das células e dos organismos a um estresse moderado (normalmente intermitente), neste conceito segundo os autores, uma substância ou composto em baixas doses, pode mostrar um efeito estimulador ou benéfico para o organismo exposto ao ozônio, ao contrário, quando exposto em altas doses pode mostrar um efeito inibitório ou tóxico. Ainda segundo os autores, esta inversão de resposta é dita bifásica ao contrário da resposta monofásica usual (aumentando-se a dose, aumenta-se o efeito tóxico (BOCCI et al., 2011; WILLIAN, 2021; PHILOZON, 2022)).

Com base nos argumentos citados até o momento pelos autores acima e por Dias – Luiz et al. (2015) destacaram que os efeitos terapêuticos que ocorrem da ação das “ROS e dos LOPs sobre as mais variadas células e órgãos do organismo, não é decorrente de uma ação direta do ozônio e sim das ROS, que agem sobre as hemácias restabelecendo as propriedades reológicas do sangue e a glicólise por via aeróbica, fazendo com que ocorra um aumento do transporte de oxigênio e como consequência uma produção de ATP que irão atuar sobre os leucócitos ativando macrófagos e neutrófilos (LUIZ et al., 2015; MIRANDA, 2021).

Os LOPs que são os produtos de oxidação lipídica são ozonídeos que atuam como mensageiros da ozonioterapia. Os ROS principalmente os peróxidos também funcionam como mensageiro da ozonioterapia. Juntos estimulam as células endoteliais a produzirem óxido nítrico (ON) em concentrações terapêuticas que beneficiam a correção de distúrbios no nosso organismo. No coração melhorando a contratilidade, no SNC melhorando a perfusão, nas glândulas facilitando a liberação de hormônios, na medula óssea, promovem a liberação de células troncos, nos músculos aumentando a oxigenação do tecido. No fígado melhorando as reações de depuração de detoxificação fazendo melhorar seu funcionamento. Nos rins melhorando seu sistema de filtração e o próprio baço trabalha melhor com a ozonioterapia. Sistema linfático, pulmões, cada órgão, cada sistema do corpo reage aos mensageiros do ozônio com algum tipo de reação fisiológica (FRIDOVICH, 1995; HOOPER et al., 2000; PULLAR et al., 2000; MIRANDA, 2021; WILLIAN, 2021).

Efeitos Biológicos Básicos do Ozônio

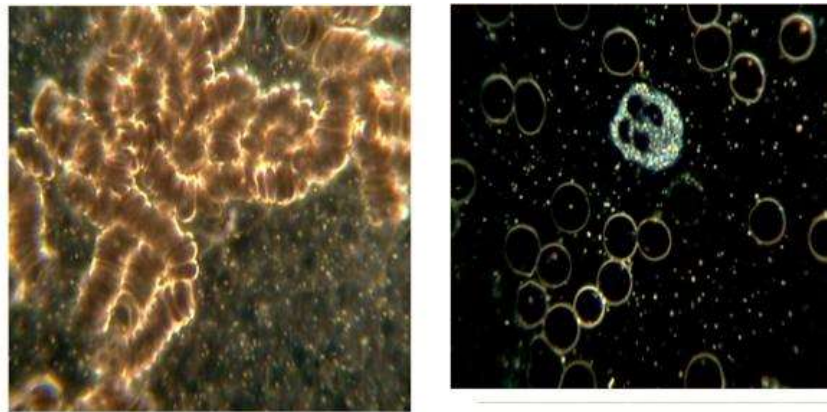
Um dos principais efeitos da ozonioterapia é a sua ação germicida direta, na verdade, esse é o único efeito direto da ozonioterapia. Todos os outros efeitos acontecem de forma indireta. Quando uma molécula de ozônio encontra por exemplo uma bactéria, um fungo ou um vírus, esse terceiro oxigênio é liberado da molécula de ozônio e vai reagir com a membrana do germe causando uma ação de oxidação

lesando a membrana do germe causando a sua morte. O ozônio também é usado para desinfetar feridas infectadas, também atua como uma terapia complementar nas doenças infecciosas. Apesar do ozônio ser um dos mais potentes germicidas, quando aplicado sistematicamente não pode inativar bactérias, vírus e fungos in vivo, isto porque os patógenos estão bem protegidos, particularmente dentro das células pelo potente sistema antioxidante. Desta forma, o ozônio não tem ação direta em doenças infecciosas como Hepatites, AIDS por exemplo (FISHER et al., 2000; MIIRANDA, 2021; SAÚDE3D, 2021; WILLIAN, 2021).

Nos tratamentos tópicos, tem sido observado uma inativação de microrganismos por ação direta do ozônio, com ruptura oxidativa de suas membranas (HAENSLER et al., 2021).

Por outro lado, estudos tem mostrado que o ozônio tem um efeito bactericida sobre bactérias multirresistentes, sendo este efeito proporcional à concentração e ao tempo de exposição ao ozônio (TORMIN et al., 2016.)

Outro efeito da aplicação do ozônio é a melhora da flexibilidade da hemácia e consequentemente uma melhora da entrega do oxigênio. Isso acontece principalmente pela melhora da entrega do 2,3DPG difosfoglicerado isso faz com que ocorra uma melhora da curva de dissociação da hemoglobina levando uma entrega de oxigênios com mais facilidade nos tecidos. Este processo ocorre em decorrência do aumento da velocidade da glicose na hemácia que é acompanhado de um significativo aumento no intercambio de íons sódio e potássio, os quais são responsáveis por manter o potencial elétrico de membrana dos eritrócitos e com isso proporcionando e melhorando o efeito Rouleaux. Esse efeito mostrado na figura 1 é caracterizado pelo o empilhamento das hemácias, ocorrendo usualmente quando às proteínas plasmáticas estão aumentadas tanto em processos inflamatórios, neoplásicos, infecções e até na gestante. Estudos tem demonstrado através da microscopia de campo escuro, que após aplicação da ozonioterapia esses empilhamentos das hemácias (efeito Rouleaux) é desfeito fazendo com que as hemácias tenham uma melhor flexibilidade (SAÚDE3D, 2021; WILLIAN, 2021).



Pré-ozônio



Pós-ozônio

Fotografias do sangue periférico com auxílio de microscopia de campo escuro, indivíduo submetido à Ozonioterapia sistêmica (via retal) com intervalo de 10 minutos entre a 1ª. e a 2ª. coleta. Observa-se à esquerda o fenômeno de rouleaux (empilhamento dos eritrócitos), que é totalmente anulado após a aplicação de ozônio.

Fonte: Retirado do curso de ozonioterapia André Willian

Outro efeito biológico importante das aplicações da ozonioterapia é a estimulação do sistema imunológico. Quando o ozônio é aplicado, ocorre ativação de células imunocompetentes com indução de citocinas como Interferons, interleucinas e fatores de crescimento (moléculas sinalizadoras). Smith et al., (2017) observou in vivo que a terapia com ozônio tem efeitos multifacetados quando ao interagir com os ácidos graxos poliinsaturados (PUFA) e água presentes no plasma sanguíneo e no fluido intersticial. Também foi observado nesse mesmo estudo que o ozônio reage com outros antioxidantes, H_2O_2 e vários compostos de peroxidação são formados. Os autores ainda verificaram que o H_2O_2 se difunde rapidamente nas células imunes e age como uma etapa reguladora na transdução de sinais facilitando uma infinidade de respostas imunológicas. Os autores observaram aumentos no interferon, fator de necrose tumoral e interleucina-2 (IL-2). Os aumentos com IL-2 são conhecidos por iniciar mecanismos de resposta imune. Outro fato importante é que o H_2O_2 ativa o fator nuclear Kappa B (NF- κ B) e o fator transformador de crescimento beta (TGF- β), que aumentam a liberação de citocinas imunoativas e regulam positivamente a remodelação tecidual. Foi demonstrado pelos autores que baixas doses de ozônio inibem a síntese de prostaglandinas, liberando bradicinina e aumentando a secreção de macrófagos e leucócitos. Também foi observado pelos autores que após estudo com modelos em animais utilizando ozônio, ocorre uma redução das respostas inflamatórias decorrente da presença de *E. coli* no sistema renal. Chang et al. (2005) purificaram células de fibroblastos sinoviais de artrite reumatoide de pacientes humanos e as injetaram em articulações de camundongos imunocomprometidos. Chang descobriu que a aplicação de 3% e 5% de ozônio diminuiu significativamente as citocinas pró-inflamatórias IL-1 β , IL-6 e TNF- α sem qualquer toxicidade ou efeitos colaterais graves. Sweet et al. (1980) demonstrou que células cancerígenas humanas de tumores de pulmão, mama e útero são inibidas de maneira dependente da dose pela

ozonioterapia in vitro. Concentrações de ozônio de 0,3 e 0,5 ppm inibiram o crescimento de células cancerígenas em 40% a 60%, respectivamente. Os autores também observaram que as células não cancerosas não foram afetadas por esses níveis de ozônio (SWEET et al., 1980; CHANG et al., 2005; ELVIS; EKTA, 2011; TIWARI SANSRITI et al., 2016; SMITH, 2017; PHILOZON, 2021).

Atualmente vivemos uma realidade onde a busca pela beleza e o retardo do envelhecimento é notado em todo mundo. Com o incremento da atividade física para melhora da qualidade de vida, as pesquisas começaram a dar uma atenção para os fatores que levam ao envelhecimento e ao mesmo tempo tentando buscar soluções para minimizar o andamento dessa condição. Dentro desse processo, os radicais livres (moléculas liberadas pelo metabolismo do corpo com elétrons altamente instáveis e reativos), constitui um subproduto normal da vida (WOLINSKY; HICKSON JR., 1996). Por ter uma reatividade química potente e inespecífica, os radicais livres conseguem alterar e danificar as estruturas e as moléculas biológicas, contribuindo para o aparecimento de doenças degenerativas, envelhecimento e morte celular. Vários fatores podem contribuir para o aumento do estresse oxidativo, tais como: álcool, tabagismo, dieta inadequada, e a própria atividade física de forma extrema, todos esses fatores contribuem para o aumento do estresse oxidativo, também conhecido como estresse redox (VASCONCELOS et al., 2014).

Para tentar controlar e manter o organismo funcionando normalmente, o nosso sistema lança mão dos agentes antioxidantes para combater os radicais livres, quando esses estão abalando a estrutura funcional do organismo (VIEIRA; SOUZA, 2019).

Os antioxidantes mais conhecidos são as vitaminas A, C e E que tem a capacidade de atrasar e até inibir a oxidação celular, que é um processo natural que acontece em nosso corpo e de auxiliar na regulação de radicais livres. Basicamente os radicais livres consomem elétrons de outras moléculas adjacentes, incluindo nas células do nosso corpo. Desse modo, porém é preciso ter cautela quanto ao excesso de consumo dos antioxidantes. Isso porque os radicais livres têm um papel importante no nosso organismo. Os radicais livres têm a função de colaborar com as defesas do organismo contra infecções, além de ajudar na conversão das células de gordura em músculos. (MIRANDA, 2021 about MARTINE; PAULO, 2018; KARINA, 2023). Com isso podemos questionar:

1) Qual seria o papel do ozônio dentro desse contexto? O ozônio pode atuar tanto de forma direta reativando as moléculas antioxidante para reequilibrar o organismo ou de forma preventiva melhorando as enzimas dentro das células para que possam funcionar com uma destreza maior. Entre as enzimas com capacidade antioxidante nós temos (i) os Superóxido Dismutase (SOD), (ii) temos a Glutathiona Peroxidase (GPx) e, (iii) Catalase. Conforme o paciente recebe aplicações seriadas de ozonioterapia, o sistema antioxidante do paciente passa a funcionar com maior eficiência, reagindo cada vez melhor aos estímulos oxidantes (WILLIAN, 2021).

Outra função do ozônio é o seu papel regulador do metabolismo em diferentes parâmetros bioquímicos, como glicose, creatina, hemoglobina, hematócrito, proteínas totais, colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas, enzimas hepáticas, bilirrubina, ácido úrico, ácido lático, sendo esses parâmetros normalizados no final do ciclo e mantidos aqueles valores normais. O ozônio através de mecanismos endógenos tenta normalizar o funcionamento do corpo. A concentração e os efeitos do ozônio não seguem uma relação linear: concentrações muito baixas não tem efeito. No entanto concentrações muito alta podem levar a efeitos nocivos contrário aos efeitos benéficos observados em doses média/baixa de concentração. É importante lembrar que o impacto do ozônio depende da concentração, duração do tratamento, via de exposição, órgão-alvo e modelo usado no estudo. Pesquisas estão sendo feitas em diferentes centros de pesquisas utilizando diferentes concentrações e vias de administração de ozônio para entender melhor o mecanismo molecular subjacente aos efeitos observados nas mitocôndrias (WILLIAN, 2021; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2022). O quadro 1 apresenta uma relação de materiais resistentes à ação oxidante do ozônio.

Quadro 1: Materiais resistentes à ação oxidante do ozônio.

GÁS OZÔNIO
Vidro
Teflon
Aço inox (série 300)
OZÔNIO DILUÍDO (em solução):
Aço inox (série 300)
PVC
Polietileno
Concreto
Plexiglass (vidro)
Teflon
Vidro
MATERIAIS SELANTES
Aço inox (série 300)

Kairez [®]
Kynar [®]
Viton [®]
LDPE

Contraindicações do Ozônio

Mesmo sendo uma técnica segura, o ozônio apresenta algumas contraindicações. O quadro 2 abaixo apresenta uma lista de contraindicações conforme orientação da 3ª Edição da declaração de Madri.

Quadro 2: Contraindicações a uso da Ozonioterapia

1. Glicose 6-fosfato, deficiência de desidrogenase (favismo, anemia hemolítica aguda).
2. Hipertireoidismo Tóxico – Status de Sepulturas com base.
3. Trombocitopenia menor que 50.000 e distúrbios graves da coagulação.
4. Instabilidade cardiovascular grave
5. Intoxicação aguda por álcool.
6. Infarto agudo do miocárdio
7. Hemorragia maciça e aguda.
8. Durante estados convulsivos
9. Hemocromatose
10. Pacientes recebendo tratamento com cobre ou ferro por administração intravenosa.

Fonte: DECLARAÇÃO DE MADRI 3rd EDIÇÃO, 2020.

Além das contraindicações que foram mencionadas acima, a ozonioterapia deve ser usada com cautela em algumas situações. São elas:

- 1) Gravidez - A ozonioterapia tem sido utilizada com bons resultados no tratamento de diferentes doenças associadas à gravidez. No entanto, deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez 0 a 13 semanas.
- 2) Nos Esportes Competitivos - A utilização da ozonioterapia no esporte tem encontrado bons resultados em decorrência da indução do aumento 2,3 difosfoglicerado aumentado, isso faz com que o lactato diminua. O profissional que estiver tratando um atleta de auto rendimento, deve comunicar ao clube ou ao departamento médico para evitar um conflito legal.
- 3) Paciente em tratamento com anticoagulante - A administração sistêmica concomitante de ozônio e anticoagulante pode modificar a via de coagulação. Neste caso, há necessidade de se monitorar o índice Normalizado Internacional (INR). No entanto, já existe no mercado anticoagulantes orais de ação direta (ACOD), os novos orais (NACO) que são indicados no tratamento da Trombose venosa (DVT), eles são compatíveis com o ozônio e não requerem controles INR.

As dosagens terapêuticas da aplicação da ozonioterapia são divididas em três tipos, de acordo com seu mecanismo de ação:

- a) Baixas doses: Essas doses têm um efeito imunomodulador e são utilizadas onde há suspeita de que o sistema imunológico esteja muito comprometido. Por exemplo, no câncer, pacientes idosos e pacientes debilitados etc.
- b) Doses médias: Essas doses são imunomoduladoras e estimulam a enzima antioxidante (sistema de defesa). Essas doses são mais úteis em doenças degenerativas crônicas, como diabetes, aterosclerose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), síndrome de Parkinson, Alzheimer e demência senil.
- c) Doses altas: Essas doses têm um efeito inibitório sobre os mecanismos que ocorrem nas doenças auto-imunes. Artrite reumatoide e Lúpus. Essas doses também são empregadas em úlceras ou ferimentos infectados e são usadas para preparar água e óleo ozonizado (DECLARAÇÃO DE MADRI 3rd EDIÇÃO, 2020).

Administração do Ozônio

Abaixo segue as vias de administração da ozonioterapia.

- Óleo ozonizado,
- Infiltrações (Injeções),
- Insuflação retal,
- Insuflação vaginal,

- Insuflação Vesico -uretral,
- Insuflação Intra-articular,
- Ventosa de ozônio,
- Auto-hemoterapia maior e menor,
- Bolsa BAG,
- Água ozonizada.

Dois princípios básicos regem o processo de tratamento de ozônio, são eles:

- a) *Primum non nocere*: antes de mais nada, não faça mal.
- b) Escalonar a dose: Sempre comece com doses baixas e aumente-as gradualmente (DECLARAÇÃO DE MADRI 3ª EDIÇÃO, 2020).

Especialidades Médicas Tradadas pela Ozonioterapia

- Infectologia,
- Traumato-Ortopedia / Reumatologia
- Neurologia,
- Angiologia,
- Cardiologia,
- Imunologia,
- Geriatria,
- Oftalmologia,
- Odontologia,
- Otorrinolaringologia,
- Ginecologia,
- Veterinária.

Referências

ABOZ – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OZONIOTERAPIA, 2021/2022.

ABO3VET – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OZONIOTERAPIA VETERINÁRIA, 2018.

ABRASFIPICS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA INTEGRATIVA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, 2018.

BOCCI V. OXYGEN-OZONE THERAPY A CRITICAL EVALUATION, Springer Science, 2002.

BOCCI V. OZONE: A new medical drug, The Netherlands; Springer, 2011

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer Normativo no 001,2020 (OZONIOTERAPIA).

CARPENDALE T. F. MICHAEL, FREEBERG K. JOEL, 1991.

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA (CRF) DO ESTADO DE SÃO PAULO SP, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA (CFBM), 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFITO) – ACÓRDDÃO no 611, de 1o abril de 2017 – Normatização da Utilização e/ou Indicação de Substâncias de Livre Prescrição pelo Fisioterapeuta, 2017.

DECLARAÇÃO DE MADRI SOBRE OZONIOTERAPIA sob os auspícios da Associação Espanhola de profissionais médicos de Ozonioterapia (AEPROMO) junho, 2010.

DECLARAÇÃO DE MADRI SOBRE OZONIOTERAPIA -Comitê científico Internacional (ISCO3) (www.isco3.org) Associação Espanhola de Profissionais médicos de Ozonioterapia (AEPROMO) julho, 2010.

DECLARAÇÃO DE MADRI SOBRE OZONIOTERAPIA 2rd ,12 de junho, 2015. Official Document of ISCO3 MADRI DECLARATION ON OZONE THERAPY 2rd , Official document ISCO3, 2015.

DECLARAÇÃO DE MADRI SOBRE OZONIOTERAPIA 3a ,2020 Official Document of ISCO3 MADRI DECLARATION ON OZONE THERAPY 3rd, Official document of ISCO3, 2020.

DIAZ-LUIS, J. et al. In Vitro Effect of Ozone in Phagocytic Function of Leucocytes in Peripheral Blood. Journal of Ozone therapy, 2015.

ED MCCABE, Nexus Magazine - Ozone therapy for AIDS,1992.

Ozone therapy for AIDS,1992

ELVIS A.M.; EKTA J. S. Ozone Therapy: A clinical review, 2011

ERWING C. PAYR, History of Ozone – <https://www.solutionozone.com/ozone/history> , 2018.

FELICIO, R. A.; ONÇA, D. S. Os mitos sobre o ozônio: Um resgate das origens da discussão. ANAP – Mudanças climáticas, 2012.

FELDMANN, F. Proteção da Camada de Ozônio: Convenção de Viena e Protocolo de Montreal, Revista: Entendendo o Meio Ambiente, 2015.

FRIDOVICH, I. Radical superóxido e superóxido dismutases. Annu. Rev. Biochem 64:97-112, 1995.

CHANG J. D. S. et.al. Ameliorative effect of ozone on cytokine production in mice injected with human rheumatoid arthritis synovial fibroblast cells, 2005.

GROOTVELT. M. et. al. History of clinical applications of ozone, in: Lynch E. Ozone: The revolution in dentistry. Unidet Kingdom: Quintessence Publishing Books. Cap. 12. P. 23-30, 2004.

GRUPO PHILOZON, 2021/ 2022.

HAENSLER R. V. the use of Ozone in Medicine, 4th Revised Edition, 2002.

HAENSLER, R. V.; LEÓN FERNANDES O. FERNANDES. Ozone in Medicine. The Low-Dose Ozone concept and its Basic biochemical Mechanisms of Action in Chronic Inflammatory Diseases, 2021

HOOPER, D. C. et al. O ácido úrico, um eliminador de peroxinitrito, inibe a inflamação do SNC, a barreira do sangue e do SNC mudanças de permeabilidade e danos nos tecidos em um modelo de esclerose múltipla do mouse, FASEB J. 14:691-698. 2000.

KAWAHARA, R., JOAQUIM, J.G.F. Ozonioterapia quando a compreensão faz toda a diferença, 2020.

SAUDE3D, MANUAL COMPLETO DA OZONIOTERAPIA, SALVADOR: EGBA, 2021.

MICHAEL T. F. CARPENDALE AND JOEL K. FREEBERG Ozone inactivates HIV at noncytotoxic concentrations, 1991.

MIRANDA E. Ozonioterapia Qualidade de vida Promoção da Saúde. ed. Nova fisio, 2021.

MIRIAN DANI Ozonioterapia Porto alegre, <https://ozonioterapiaportoalegre.com>, 09/01/2023 12:18h

OLIVEIRA MM; PEIXOTO F. The Role of Mitochondrial in Ozone Therapy, 2022.

OZONE & LIFE, 2022.

PULLAR M. JULIET et. al. Living with a Killer: the effects of Hypochlorous Acid on Mammalian Cells, 2000.

SÁNCHEZ-MARTINEZ, G. Aspectos práticos em ozonioterapia. Comprobación de la concentración de ozono generada/ tempo de vida média del gas en la Jeringuilla. Revista Espanola de ozonioterapia, 2013.

SARRO, V. M. Mecanismos da Governança Global Para Proteção da Camada de Ozônio – Dissertação (Mestre em Direito). Universidade Católica de Santos – São Paulo, 2016.

SCWARTZ, A.; MARTÍNEZ-SANCHEZ, G. La Ozonioterapia y su Fundamentación Científica. Revista Espanhola de Ozonioterapia. Vol. 2 no 1, pp.163-198. 2012.

SMITH NOEL L. etl al. Ozone Therapy: an overview of pharmacodynamics, current research, and clinical utility, 2017.

SWEETY F. Ozone Selectively Inhibits Growth of Human Cancer Cells, 1980.

TORMIN C. STEPHANIE et. al. Análise do efeito bactericida do ozônio sobre bactérias multirresistentes, 2016.

VASCONCELOS B. T. et. al., Radicais Livres: Proteção ou Perigo? ,2014.

VIEIRA, L. S. A. LILIAN; SOUZA, A. B. RAFAELA, Ação dos Antioxidantes no Combate aos Radicais Livres e na Prevenção do Envelhecimento cutâneo, Ver. Mult. Psci., v. 13, N. 48, p. 408-418, Dezembro/ 2019.

TIWARI SANSRITI et al. Dental applications of ozone therapy: A review of literature, 2016.

ZULLYT B. ZAMORA RODRIGUEZ et. al. Aplicações Clínicas da Ozonioterapia em Veterinária. 1o ed. São Paulo – Brasil: Multimídia. 2018.

WILLIAN ANDRÉ – Curso de Ozonioterapia, 2021.

WOLINSKY IRA, HICKSON JR. F. JAMES, Nutrição no Exercício e no Esporte, 2a Ed., Ed. Roca, 1996.

Sobre os autores:

Carlos Alberto Vieira de Melo

Pós-graduado em Fisioterapia desportiva - UGF

Carlos.a.v.m@uol.com.br

Fisioterapeuta formado na Universidade Castelo Branco, 1992.

Pós-graduado em Fisioterapia Desportiva – UGF, 1993.

Consultor Esportivo do International school of Sports Nutrition and Human Performance – Drogas no Esporte e Testes antidoping; Nutrição Esportiva Avançada, 1995.

Ex. Coordenador do Curso de Graduação em fisioterapia e Pós-graduação em Fisioterapia Traumatologia Ortopedia da UNESA.

Formado no FIFA Medical Network, FIFA-Suíça, 2019.

Formado em Ozonioterapia Teórico/Prático – Dr. André Willian – Hypnos Medicina Integrativa Ltda – 2021/2022.

Afiliado da ABOZ – Associação Brasileira de Ozonioterapia, 2022.

QUIROPRAXIA – UMA PROFISSÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Carolina Kolberg

Daniel Facchini

Iã Ferreira Miranda

Paulo Gomes de Oliveira Neto

Sobre a profissão quiroprática

A Quiropraxia é uma profissão independente da área da saúde com uma história, escopo de prática e filosofia únicas. Por definição, a Quiropraxia é a profissão que lida com o diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios mecânicos do sistema musculoesquelético e os efeitos destes distúrbios na função do sistema nervoso e na saúde em geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). A profissão é considerada por muitos como focada em saúde da coluna, uma vez que o ensino de nível superior engloba fortemente o conhecimento da Coluna Vertebral (BAILLY; CHINA, 2014; FEEVALE, 2022)

O Quiropraxista é um profissional de atendimento primário que tem como prática a avaliação do paciente através de uma anamnese, na qual é coletado um histórico de saúde completo, seguido de uma avaliação e testes que levam a um diagnóstico clínico e funcional. Com base nisso, é elaborado um plano de gerenciamento que envolve o tratamento e o monitoramento do progresso do paciente (CHAPMAN-SMITH, 2001)

Há uma forte robustez científica para afirmar que muitas das técnicas utilizadas dentro da atuação do Quiropraxista auxiliam na melhora de disfunções do sistema musculoesquelético (PAIGE et al., 2017). Entretanto, apesar de carecer de evidências favoráveis em ensaios clínicos randomizados, alguns Quiropraxistas alegam auxiliar também em outras disfunções consideradas não-musculoesqueléticas. Teoriza-se que estas melhoras clínicas são provenientes do conceito de disfunção musculoesquelética, o chamado Complexo de Subluxação Vertebral (CID M99.1) (WELLS et al., 2011), que será abordado nos itens 4 e 5.

Hoje, mais de 100 anos após seu nascimento, a Quiropraxia é ensinada e praticada em todo o mundo e a profissão conquistou ampla aceitação do público e dos sistemas nacionais de saúde para seus serviços. É amplamente considerado como o principal exemplo de uma disciplina complementar de cuidados de saúde que atinge a maturidade e a aceitação geral, e a OMS agora publicou diretrizes recomendando padrões educacionais mínimos para a regulamentação dos serviços de Quiropraxia nos sistemas nacionais de saúde (WFC, 2013, p. 2)

Breve história da quiropraxia

Como falado previamente, a Quiropraxia possui uma história de desenvolvimento profissional única, que inicia em 1895. Desenvolvida por um canadense, Daniel David Palmer (1845-1913), chamado muito comumente de DD Palmer, que se mudou para o EUA em 1865. Antes de trabalhar no tratamento de pessoas, teve diferentes ocupações, como professor, verdureiro e dono de mercearia. Depois de se mudar para o estado de Iowa, passou a estudar magnetoterapia, a qual começou a praticar em 1887. Em suas próprias palavras DD Palmer sempre buscou pela causa das doenças:

Uma questão estava sempre em primeiro lugar na minha mente durante a minha busca pela causa das doenças. Eu desejava saber por que uma pessoa estava doente enquanto seu colega, comendo na mesma mesa, trabalhando na mesma loja, no mesmo banco, não estava. Por quê? (PALMER, 1995, p. 18).

Para compreendermos esse pensamento de DD Palmer temos que lembrar que estamos falando de um entendimento de saúde do século XIX. No final do século XIX, início do século XX o conhecimento em ciências da saúde era extremamente rudimentar em comparação aos tempos atuais, e antecede o advento da Prática Baseada em Evidências (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020).

Celebra-se o dia do quiropraxista (em inglês, Founder's Day) no dia 18 de setembro, quando os relatos indicam que, em 1895, DD Palmer realizou o primeiro ajuste. Naquela ocasião, juntando conhecimentos prévios de outras terapias manipulativas (algumas com histórias milenares) com seus conhecimentos de magnetoterapia e sua busca pela causa da doença, DD Palmer manipulou a coluna vertebral de um zelador chamado Harvey Lillard, alegadamente curando sua surdez. O relato do próprio Harvey Lillard sobre esse dia é o seguinte:

Surdo por dezessete anos: Eu fui surdo por 17 anos e já esperava que o seria para sempre, já que havia procurado a ajuda de muitos doutores sem obter qualquer benefício. Há muito tempo eu havia decidido que não faria mais tratamentos para isso, já que eles não me fizeram nenhum efeito.

Em janeiro, o Dr. Palmer me disse que a minha surdez vinha de uma lesão na minha coluna. Isso era novidade para mim, mas é verdade que eu machuquei as minhas costas na época que fiquei surdo. O Dr. Palmer tratou a minha coluna; com dois tratamentos eu podia ouvir muito bem. Isso foi há 8 meses. Minha audição continua boa (HALDEMAN, 2012, p. 23).

Em 1897, após a ampla repercussão gerada pela Quiropraxia, foi fundada a primeira escola de Quiropraxia, a Palmer College of Chiropractic, inicialmente chamada de Palmer School of Cure. No início, a quiropraxia foi amplamente criticada pela comunidade médica, e diversos quiropraxistas foram presos por exercício ilegal da medicina. Hoje em dia, a quiropraxia é uma profissão estabelecida e regulamentada nos Estados Unidos (em todos os estados) e em dezenas de outros países, com mais de

100.000 quiropraxistas graduados em dezenas faculdades em Quiropraxia ao redor do mundo (PHILLIPS, 2013).

A quiropraxia é a terceira profissão da saúde mais buscada no ocidente segundo a National Board of Chiropractic Examiners (2017), que é o órgão regulador da educação e licenciamento da atuação de Quiropraxia nos EUA. Ao redor do mundo a quiropraxia ainda carece de regulamentação em vários países, tanto no quesito educacional, como no quesito da prática profissional.

No Brasil, a quiropraxia chegou logo antes década de 20, trazida por alguns quiropraxistas estrangeiros como Willian F. Fipps e Henry Wilson Young. Antes deles, Alexander Atkinson obteve um diploma em quiropraxia feito à distância (por correspondência), sendo considerado, então, o primeiro quiropraxista do Brasil. Porém apenas em 06 de novembro de 1992 é fundada em São Paulo a ABQ – Associação Brasileira de Quiropraxia, para representar a quiropraxia brasileira dentro e fora do País através dos quiropraxistas Sira Borges, Marino Schuler, Mitsuyoshi Nagaya, M. Matheus de Souza, e Conrad Spainhower (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUIROPRAXIA, 2023; LOPES, 2004). A educação superior em quiropraxia começou em 1999 em um modelo de duas fases, como preconizado pela OMS: no primeiro momento foi realizado um curso para formação de docentes, em parceria com instituições de quiropraxia americanas. Depois, as primeiras turmas de bacharelado iniciaram, tanto na Universidade Feevale (RS) quanto na Universidade Anhembi-Morumbi (SP). Atualmente, existem mais de 1400 quiropraxistas com bacharelado em atuação no país.

Em 30 anos desde o surgimento da ABQ, a profissão de quiropraxia cresceu e se desenvolveu bastante. O Brasil possui dois projetos de lei que tramitam no poder legislativo que visam regulamentar a profissão no país. Enquanto a regulamentação não acontece, muitas pessoas sem formação superior atuam na área com formações que variam entre cursos livres de poucas horas com educação à distância a pós-graduações oferecidos em instituições de ensino superior. Esses tipos de formação não são reconhecidos pelas instituições mundiais que representam a profissão quiroprática, e estão em desacordo com os mais elevados parâmetros preconizados pelas diretrizes da OMS sobre a formação básica e a segurança em quiropraxia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Atualmente existem 5 cursos superiores que formam bacharéis em Quiropraxia no Brasil, seguindo essas diretrizes. Eles estão nas seguintes instituições de ensino superior: Universidade Feevale (Novo Hamburgo/RS); Universidade Anhembi Morumbi (São Paulo/SP); UCEFF (Chapecó/SC); UNIGAMA (Rio de Janeiro/RJ) e FAMETRO (Manaus/AM).

A atuação do Bacharel Quiropraxista no Brasil é amparada legalmente pelo Tribunal Superior do Trabalho e pelo Ministério do Trabalho por meio da Classificação Brasileira de Ocupações sob o número 2261-05. Entretanto justamente pela falta de regulamentação há outros CBOs de atuação como especialista e até mesmo como técnico que são incongruentes com o preconizado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Formação em quiropraxia

O quiropraxista é um profissional especializado na avaliação, tratamento e prevenção do sistema musculoesquelético, com ênfase nos problemas da coluna vertebral. Oferece atendimento humanizado, centrado no indivíduo, baseado em evidências científicas, priorizando segurança e eficácia, dentro do sistema de saúde. Para a formação plena, que culmina no título de Bacharel em Quiropraxia, a Organização Mundial da Saúde preconiza vários requisitos. O objetivo desta diretriz é proporcionar uma formação que seja consistente com as exigências estabelecidas naqueles países onde há regulamentação, com o objetivo de formar profissionais que mantenham a eficácia e a segurança pelas quais a atuação é reconhecida mundialmente. Uma vez obtida esta formação, os Quiropraxistas atuam como profissionais de atenção primária à saúde, quer seja de maneira independente ou como parte das equipes de saúde, a nível comunitário dentro de centros de saúde ou hospitais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

O curso de graduação em quiropraxia deve conter aproximadamente 4000 horas aula (comumente 4200), sendo realizado ao longo de um mínimo de 8 semestres. A formação usualmente é dividida entre ciências básicas, ciências pré-clínicas, ciências clínicas e ciências quiropráticas. Dentro de ciências básicas a formação envolve conteúdos como química, física e biologia. Dentro das ciências pré-clínicas são lecionadas disciplinas multidisciplinares da área da saúde como anatomia, fisiologia, bioquímica, patologia, microbiologia, farmacologia e toxicologia, psicologia, dietética e nutrição e saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; FEEVALE, 2022; UAM, 2022). Para os componentes de ciências clínicas as disciplinas incluem exame clínico (anamnese e exame físico), exames laboratoriais, diagnóstico diferencial, radiologia e diagnóstico por imagem, neurologia, reumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pediatria básica, geriatria básica, ginecologia e obstetrícia básica e dermatologia básica. As ciências quiropráticas em geral incluem:

- Neurologia aplicada incluindo avaliação de miótomos, dermatômos e reflexos. Avaliação de nervos cranianos e demais testes neurológicos para exclusão de possíveis contraindicações a algumas técnicas dos recursos clínicos do quiropraxista.
- Ortopedia aplicada, com avaliação de testes ortopédicos para disfunções musculoesqueléticas como síndrome de impactos articulares; escolioses; hernias de disco dentre outras.
- Biomecânica clínica, que engloba avaliação específica biomecânica/quiroprática do paciente incluindo métodos tais como análise de marcha e postura; Palpação estática e dinâmica das articulações e estruturas ósseas; avaliação de tônus e função de tecidos moles (músculos e tendões por exemplo);
- Análise imaginológica e diagnóstico por imagens, para o diagnóstico diferencial e identificação de contraindicações a algumas técnicas utilizadas por quiropraxistas

(como fraturas, luxações, infecções ou malignidade, por exemplo) e também para avaliação estrutural e funcional articular;

- História, princípios e filosofia da saúde e da Quiropraxia;
- Ética e jurisprudência relacionadas à prática da Quiropraxia;
- De maneira contemporânea, Prática Baseada em Evidências, que é uma disciplina recomendada em diversos cursos da saúde e ainda em processo de implementação em várias instituições de ensino superior, dentro e fora da profissão quiroprática.

Esse rigor a nível de formação é necessário para uma prática segura e eficaz, uma vez que a profissão de Quiropraxia, assim como qualquer outra na área da saúde, possui riscos associados a certas condições de saúde que são imensamente mitigados através de uma avaliação adequada, assim como é feito em todas as profissões de atuação primária na área da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Os cursos superiores em Quiropraxia no Brasil possuem autorização para até 100 vagas anuais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Escopo de prática e mercado de trabalho

Como mencionado no capítulo 1, por se tratar de uma profissão (e não uma técnica, especialização ou conjunto de técnicas), a Quiropraxia possuiu diversas abordagens em seu escopo de prática (HALDEMAN, 2012). Uma das abordagens clínicas do Quiropraxista está na localização e correção do chamado Complexo de Subluxação Vertebral, identificado no CID-10 pelo código M99.1 (CID-10, 2009).

Para a avaliação, os quiropraxistas utilizam diversos métodos que incluem técnicas de palpação estática de tecidos moles e de estruturas ósseas, técnicas de palpação dinâmica e de sensação final do movimento articular (end feel), além de testes de força, sensibilidade, reflexos, avaliação imaginológica e outros exames complementares (HAMMER, 2003; HALDEMAN, 2012).

A intervenção primária, ou seja, a mais utilizada por quiropraxistas ao redor do mundo inclui procedimentos chamados nas publicações científicas de manipulações articulares de alta velocidade e baixa amplitude (HVLA, sigla em inglês). No Brasil, estima-se que 97% dos profissionais utilizem esse tipo de procedimento (SOUZA JUNIOR, 2015). Quiropraxistas comumente chamam esses procedimentos de “ajustes”. O capítulo 5, a seguir, discutirá os mecanismos de ação associados aos ajustes, ou seja: como é que sua ação ocorre no corpo dos pacientes, ocasionando diminuição de dor, diminuição da hipertonia muscular (ou seja, relaxamento da musculatura), melhora da amplitude de movimento, melhora do controle motor e diminuição de marcadores inflamatórios.

O escopo de prática do quiropraxista varia de um país para o outro (e, no caso dos Estados Unidos, de um estado para o outro). Alguns locais incluem um polêmico direito a prescrição de alguns tipos de medicamentos e até mesmo procedimentos invasivos (HALDEMAN, 2012). No entanto a maior parte dos locais do mundo, incluindo o Brasil, possuem um escopo de prática que abrange a avaliação, tratamento e estratégias de prevenção para questões relacionadas ao sistema neuromusculoesquelético (WFC, 2013).

Existem quiropraxistas que trabalham em um modelo de prática baseado em uma filosofia vitalista, com o objetivo de remover as interferências que as subluxações vertebrais causam na habilidade do corpo de receber as informações provenientes do cérebro. As obras mais antigas da profissão, datadas da transição entre os séculos XIX e XX, chamavam de Inteligência Inata uma força que usa o sistema nervoso como meio de comunicação para regular todas as funções corporais. Nessa perspectiva, o trabalho do quiropraxista seria o de detectar e remover as interferências na transmissão dessa inteligência entre o cérebro e o corpo (STEPHENSON, 1997).

A vasta maioria dos quiropraxistas atua em clínicas particulares e estima-se que a taxa de abandono da profissão seja baixa, entre 3 e 10% (PASINI, 2017; SOUZA JUNIOR, 2015) já que 87% indicam estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com a profissão, 80% estão satisfeitos com os cursos que fizeram e 84% dos bacharéis em quiropraxia possuem situação financeira saudável em seus empreendimentos (BAILLY; CHINA, 2014). A busca por profissionais graduados para atuação em redes de clínicas tem aumentado cada vez mais, e empreendedores reclamam da falta de profissionais no mercado. Além do consultório/clínica, quiropraxistas atuam a domicílio (home-care), por plano de saúde/seguro, como empregado assalariado na rede privada ou pública de saúde, em empresas, academias, instituições e clubes (BAILLY; CHINA, 2014; SOUZA JUNIOR, 2015).

Mecanismos de ação (como os procedimentos resultam em benefícios clínicos)

A manipulação articular vertebral de alta velocidade e baixa amplitude, normalmente utilizada no tratamento quiroprático, é frequentemente descrita como uma forma de corrigir disfunções mecânicas que acometem as articulações do sistema musculoesquelético, com influência no sistema neurológico, teorizadas como subluxações vertebrais. As subluxações vertebrais são consideradas como um complexo de alterações funcionais, estruturais e/ou patológicas, que acometem a articulação e que podem levar a um comprometimento na integridade neural, influenciando, tanto localmente quanto sistemicamente, a homeostase (OWENS, 2002). Geralmente são decorrentes de trauma, lesões por esforço repetitivo ou de outras alterações anatomofuncionais que acometem a coluna vertebral; seus sinais e sintomas são a presença de alterações no tônus da musculatura paravertebral,

presença de dor ou pontos gatilho durante a palpação da musculatura na região, restrição na mobilidade normal da articulação e dor articular à palpação estática ou dinâmica. Outros sinais menos comuns são hiperemia, edema e hipertermia no esclerótomo do segmento articular acometido (HALDEMAN, 2012).

Enquanto evidências científicas apontam para os benefícios clínicos da manipulação articular vertebral usada na Quiropraxia, os mecanismos e os efeitos fisiológicos que suportam estes benefícios ainda estão sendo descobertos. Inicialmente foi proposto que os efeitos benéficos associados à manipulação vertebral resultariam somente dos movimentos ou “deslocamentos” articulares consecutivos às manobras de manipulação vertebral. Assim, a manipulação produziria um efeito mecânico na articulação da coluna que geraria um deslocamento vertebral na ordem de 0,5-2 mm e, como resultado, geraria a melhora do quadro álgico do paciente (PICKAR; KANG, 2006; CORONADO et al., 2012; PICKAR; BOLTON, 2012). Ou seja, a correção de uma “malposição” restabelecendo o “fluxo neural” normal, ocasionado pela “descompressão” ou algo semelhante que ocorresse localmente, era vista como um efeito positivo do tratamento.

Atualmente, se considera como efeito benéfico a restauração da mobilidade normal ou quase normal de um segmento articular vertebral disfuncional. Entende-se como segmento articular vertebral, a vértebra superior e a vértebra inferior adjacente e suas relações articulares. Além disso, se especula que a efetividade da manipulação quiroprática no tratamento das dores musculoesqueléticas pode estar associada para além dos efeitos biomecânicos, a efeitos indiretos no sistema nervoso que por sua vez influenciam no relaxamento da musculatura, propriocepção e controle motor (FRYER; PEARCE, 2012; PICKAR; BOLTON, 2012). Contudo os efeitos no sistema nervoso não dizem respeito a alguma mudança na relação anatomofuncional (e.g. descompressão), como outrora imaginado. Sabe-se que alterações funcionais, como a perda ou alteração da mobilidade articular a longo prazo, resultam em sinais aferentes alterados ao sistema nervoso central (SNC) e respostas motoras alteradas. É o que conhecemos como integração sensoriomotora na neurofisiologia e que poderia ser modulada pela manipulação vertebral quiroprática (HAAVIK; MURPHY, 2011; HAAVIK; MURPHY, 2012). Logo, a manipulação quiroprática normalizaria a biomecânica da articulação e, como consequência, normalizaria os estímulos alterados, provenientes dos aferentes articulares ao SNC, restabelecendo a função neurológica e melhorando também os sintomas dolorosos (GEORGE et al., 2006; BIALOSKY et al., 2009; HENDERSON, 2012; PICKAR; BOLTON, 2012; ASPINALL et al., 2019).

Assim, é pertinente pensar que um estímulo mecânico, como a manipulação articular vertebral, iniciaria uma cascata de respostas neurofisiológicas da periferia para o SNC, cujo sinal convergiria em direção às células do corno dorsal da medula espinal, podendo desta forma modular a transmissão nociceptiva periférica e centralmente (GEVERS-MONTORO et al., 2021). Essa cascata de respostas é sugerida atualmente como responsável pelos resultados observados na clínica, embora os mecanismos intrínsecos que acompanham essa cascata são ainda pouco conhecidos. O

conhecimento mais atual refere-se aos mecanismos neurofisiológicos responsáveis pela analgesia subsequente à manipulação da coluna vertebral, apontando para mecanismos neuroplásticos segmentares, ou seja, para modulação da dor ao nível segmentar medular (na entrada da informação no sistema nervoso central) e, potencialmente, através de mecanismos periféricos que regulam respostas inflamatórias (GEVERS-MONTORO et al., 2021), pelo decréscimo de citocinas pró-inflamatórias (TEODORCZYK-INJEYAN; INJEYAN; RUEGG, 2006; ROY; BOUCHER; COMTOIS, 2010; TEODORCZYK-INJEYAN et al., 2018), especialmente os relacionados a espécies reativas de oxigênio (KOLBERG et al., 2010, 2015; DUARTE et al., 2019).

Nesta mesma lógica, os estímulos aferentes gerados pela manipulação articular vertebral poderiam gerar respostas reflexas motoras e visceromotoras, ou autonômicas (PICKAR; BOLTON, 2012; WIRTH et al., 2021). De fato, estudos realizados tanto com assintomáticos quanto com pessoas sintomáticas para algum tipo de dor musculoesquelética, mostram mudanças no controle motor, por meio da melhora na resposta motora associada a uma determinada tarefa, após submeterem-se a manipulação articular vertebral quiroprática (DALIGADU et al., 2013; LELIC et al., 2016; HAAVIK et al., 2017)

Embora a manipulação quiroprática seja a principal forma de tratamento utilizada pelos quiropraxistas, estes profissionais podem ainda utilizar outras formas de tratamento na prática clínica, como técnicas que envolvem o uso de instrumentos manualmente operados que, quando acionados, disparam uma força mecânica com força e magnitude controladas. Exemplos desses são o Activator Adjusting Instrument (Activator®) e o Impulse Adjusting Instrument (Impulse®) (DUARTE et al., 2014; LIEBSCHNER et al., 2014). Esses instrumentos empregados por quiropraxistas no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos são dispositivos mecânicos ou eletromecânicos de disparos ou ondas de choque de alta velocidade e baixa amplitude (COLLOCA et al., 2005; KELLER et al., 2006). O dispositivo produz uma força de amplitude e pico controladas, que variam de 132,5 a 380,2 Newtons (N) dependendo de sua configuração de força (I, baixo; II, médio; III, alto) (COLLOCA et al., 2005; KELLER et al., 2006). Um estudo pré-clínico usando tratamento quiroprático instrumentalmente assistido observou melhora na dor em modelo de osteoartrite (CONESA-BUENDÍA et al., 2020). Observou-se ainda melhora na hiperalgesia mecânica em modelo animal de dor neuropática por compressão crônica em gânglios da raiz dorsal (DUARTE et al., 2019). Além disso, a intervenção assistida por instrumento manualmente operado por quiropraxista provocou redução na interleucina do tipo 1 Beta (IL-1 β) e fator de necrose tumoral do tipo alfa (TNF- α), marcadores de inflamação, em neurônios do gânglio da raiz dorsal e da medula espinal (SONG et al., 2006, 2016). Clinicamente, o uso de instrumento quiroprático manualmente operado mostra melhora em algumas condições musculoesqueléticas, enquanto as evidências de eficácia ainda são consideradas baixas a moderadas devido à qualidade dos estudos clínicos realizados (HUGGINS et al., 2012).

Desta forma, não apenas a manipulação articular vertebral de alta velocidade e baixa amplitude utilizada na quiropraxia, mas também outras técnicas de correção da disfunção articular, como o uso de instrumentos manualmente operados, são capazes de gerar respostas fisiológicas, neurofisiológicas e comportamentais, dentre as quais incluem-se os mecanismos que levam à analgesia. Para tais efeitos, contudo, parece necessário que a intervenção terapêutica provoque um estímulo mecânico de certa magnitude no segmento articular disfuncional. Embora alguns estudos tragam luz aos mecanismos subjacentes à manipulação quiroprática, estes ainda precisam ser melhor elucidados para uma maior compreensão da fisiologia associada ao manejo da dor de origem musculoesquelética e outros aspectos funcionais dos indivíduos realizados por quiropraxistas.

Referências

ASPINALL, S.L. et al. Manipulation-induced hypoalgesia in musculoskeletal pain populations: a systematic critical review and meta-analysis. *Chiropractic & Manual Therapies*, v. 27, n. 7: p. 1-19, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUIROPRAXIA. Quem somos. [website: portal da ABQ]. Disponível em: <<https://www.abquiro.org.br/quem-somos>>. Acesso em 24 mar. 2023.

BAILLY, Née R.; CHINA, Eduardo A. Análise da atuação profissional dos quiropraxistas graduados no Brasil. 2014. 76 f. Monografia (bacharelado em Quiropraxia) – Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo/SP, 2014

BIALOSKY, J. E. et al. The Mechanisms of Manual Therapy in the Treatment of Musculoskeletal Pain: A Comprehensive Model. *Man Ther.* v. 14, n. 5, p. 531–538, 2009.

BRASIL. Portaria nº 156 de 04/04/2013. Renova o reconhecimento ao Curso de Quiropraxia da Universidade Feevale. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, n. 102, p. 203, 5 abr. 2013.

BRASIL. Portaria nº 903 de 10/04/2006. Reconhece o Curso de Quiropraxia da Universidade Anhembi-Morumbi. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 102, p. 203, 12 abr. 2006.

CHAPMAN-SMITH, David A. Quiropraxia: uma profissão na área da saúde: educação, prática, pesquisa e rumos futuros. São Paulo, SP: Anhenbi Morumbi, 2001. Não paginado

CID - 10. 8. ed. rev. amp. São Paulo, SP: Edusp, 2009. 3v.

COLLOCA, C.J. et al. Comparison of mechanical force of manually assisted chiropractic adjusting instruments. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, v. 28, p. 414-422, 2005.

CONESA-BUENDÍA, F. M. Beneficial effects of manually assisted chiropractic adjusting instrument in a rabbit model of osteoarthritis. *Scientific Reports*, v. 10, p. 13237, 2020.

CORONADO, R. A. et al. Changes in pain sensitivity following spinal manipulation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. v. 22, p. 752–767, 2012.

DALIGADU, J. Alterations in cortical and cerebellar motor processing in subclinical neck pain patients following spinal manipulation. *J Manipulative Physiol Ther*. v. 36, n. 8, p. 527-537, 2013. doi: 10.1016/j.jmpt.2013.08.003. Epub 2013 Sep 12. PMID: 24035521.

DUARTE, F. C. K. et al. Evaluation of peak force of a manually operated chiropractic adjusting instrument with an adapter for use in animals. *J Manipulative Physiol Ther*, v. 37, n. 4, p. 236-241, 2014.

DUARTE, F. C. K. et al. Spinal manipulation therapy improves tactile allodynia and peripheral nerve functionality and modulates blood oxidative stress marker in rats exposed to knee-joint immobilization. *J Manipulative Physiol Ther*. v. 42, n. 6, p. 385-398, 2019.

FEEVALE. Quiropraxia. Sobre o Curso – Quiropraxia. 2022. Disponível em: <<https://www.feevale.br/graduacao/quiropaxia>>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FRYER, G.; ALAN J. PEARCE, A. J. Lumbosacral Manipulation Effect on Reflex Excitability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. v. 35, n. 2, 2012.

GEORGE, S. Z. et al. Immediate effects of spinal manipulation on thermal pain sensitivity: an experimental study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. v. 7, n. 68, n. 1-10, 2006.

GEVERS-MONTORO, C. et al. Neurophysiological mechanisms of chiropractic spinal manipulation for spine pain. *Eur J Pain*. V. 25, n. 7, p. 1429-1448, 2021. doi: 10.1002/ejp.1773. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33786932.

HAAVIK, H.; MURPHY, B. Subclinical neck pain and the effects of cervical manipulation on elbow joint position sense. *J Manipulative Physiol Ther*. v. 34, n. 2, p. 88-97, 2011. Doi: 10.1016/j.jmpt.2010.12.009. PMID: 21334540.

HAAVIK, H.; MURPHY, B. The role of spinal manipulation in addressing disordered sensorimotor integration and altered motor control. *J Electromyogr Kinesiol*. v. 22, n. 5, p. 768-76, 2012. doi: 10.1016/j.jelekin.2012.02.012. Epub 2012 Apr 6. PMID: 22483612

HAAVIK, H. et al. Effects of 12 Weeks of Chiropractic Care on Central Integration of Dual Somatosensory Input in Chronic Pain Patients: A Preliminary Study. *J Manipulative Physiol Ther*. v. 40, n. 3, p. 127-138, 2017. doi: 10.1016/j.jmpt.2016.10.002. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28196631.

HALDEMAN, S. *Principles and Practice of Chiropractic*. 3. ed. [s.l.] McGraw-Hill Education/Medical, 2012.

HAMMER, Warren I. *Exame funcional dos tecidos moles e tratamento por métodos manuais: novas perspectivas*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003. 528 p.

HENDERSON, C. N. R. The basis for spinal manipulation: Chiropractic perspective of indications and theory. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. v. 22, n. 5, p. 632–642, 2012.

HUGGINS, T. et al. Clinical effectiveness of the activator adjusting instrument in the management of musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *J Can Chiropr Assoc*. v. 56, n. 1, p. 49-57, 2012. PMID: 22457541; PMCID: PMC3280118.

KELLER, T. S. et al. Increased multiaxial lumbar motion response during multiple-impulse mechanical force manually assisted spinal manipulation. *Chiropractic & Osteopathy*. v. 14, p. 6, 2006.

KOLBERG, C. et al. Effects of high-velocity, low-amplitude manipulation on catalase activity in men with neck pain. *J Manipulative Physiol Ther*. v. 33, n. 4, p. 300-307, 2010.

KOLBERG, C. et al. Peripheral oxidative stress blood markers in patients with chronic back or neck pain treated with high-velocity, low-amplitude manipulation. *J Manipulative Physiol Ther*, v. 38, n. 2, p. 119-129, 2015.

LELIC, D. et al. Manipulation of Dysfunctional Spinal Joints Affects Sensorimotor Integration in the Prefrontal Cortex: A Brain Source Localization Study. *Neural Plast*. V. 2016, Artigo n. 3704964. p. 1-9, 2016. doi: 10.1155/2016/3704964. Epub 2016 Mar 7. PMID: 27047694; PMCID: PMC4800094.

LIEBSCHNER, M. A. K. et al. In vitro biomechanical evaluation of single impulse and repetitive mechanical shockwave devices utilized for spinal manipulative therapy. *Annals of Biomedical Engineering*. v. 42, p. 2524-36, 2014.

LOPES, Evergisto Souto Maior. A história da quiropraxia no Brasil entre 1920 e 2004. 2004. 99 f. Monografia (bacharelado em Quiropraxia) – Centro Universitário Feevale. Novo Hamburgo/RS, 2004.

NATIONAL BOARD OF CHIROPRACTIC EXAMINERS. Chiropractic Education. Estados Unidos: National Board of Chiropractic Examiners, dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes da OMS sobre a formação básica e a segurança em quiropraxia. Novo Hamburgo: Feevale, 2005. 38 p.

OWENS, E. F. Chiropractic subluxation assessment: what the research tells us. *J Can Chiropr Assoc*. v. 46, n. 4, 2002.

PALMER, David D. Text-book of the science, art and philosophy of chiropractic: for students and practitioners. Portland: Portland Printing House Company, 1995. 1007 p.

PAIGE, N. M. et al. Association of Spinal Manipulative Therapy With Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain. *Jama*, v. 317, n. 14, p. 1451, 2017.

PASINI, Morgana F. O perfil profissional dos quiropraxistas graduados atuantes no Brasil. 2017. 48 f. Monografia (bacharelado em Quiropraxia) – Universidade Feevale.

Novo Hamburgo/RS, 2017. Disponível em:
<https://biblioteca.feevale.br/Vinculo2/000010/0000106e.pdf>. Acesso em 24 mar. 2023.

PICKAR, J. G.; BOLTON, P. S. Spinal Manipulative Therapy and Somatosensory Activation. *J Electromyogr Kinesiol.* v. 22, n. 5, p. 785–794, 2012.

PICKAR, J. G.; KANG, Y. Paraspinal Muscle Spindle Responses To The Duration of A Spinal Manipulation Under Force Control. *J Manipulative Physiol Ther.* v. 29, n. 1, p. 22-31, 2006.

PHILLIPS, Reed B. The global advance of chiropractic: the world federation of chiropractic 1988-2013. Toronto, Canada: World Federation of Chiropractic, 2013. xiv, 230 p.

ROY, R. A.; BOUCHER, J. P.; COMTOIS, A. S. Inflammatory response following a short-term course of chiropractic treatment in subjects with and without chronic low back pain. *Journal of Chiropractic Medicine*, v. 9, n. 3, p. 107–114. 2010.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, Lucimare. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis.* v. 30, n. 2 (e300232), p. 1-18. 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/kq66hywGnfmM4JtrftJM4ys/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

SONG, X. J. et al. Spinal manipulation reduces pain and hyperalgesia after lumbar intervertebral foramen inflammation in the rat. *J Manipulative Physiol Ther*, v. 29, p. 5-13, 2006.

SONG, X. J. et al. Attenuation effect of spinal manipulation on neuropathic and postoperative pain through activating endogenous anti-inflammatory cytokine interleukin 10 in rat spinal cord. *J Manipulative Physiol Ther.* v. 39, p. 42-53, 2016.

SOUZA JUNIOR, Volnei Pereira de. Características práticas e sociodemográficas dos quiropraxistas com nível superior no Brasil. 2015. 60 f. Monografia (bacharelado em Quiropraxia) - Universidade Feevale. Novo Hamburgo/RS, 2015. Disponível em:
<<http://biblioteca.feevale.br/Monografia/MonografiaVolneiPSouza.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2023.

STEPHENSON, Ralph W. Chiropractic textbook. Davenport: The Palmer School of Chiropractic, 1997. 414 p.

TEODORCZYK-INJEYAN, J. A.; INJEYAN, H. S.; RUEGG, R. Spinal manipulative therapy reduces inflammatory cytokines but not substance P production in normal subjects. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.* v. 29, n. 1. p. 14-21, 2006.

TEODORCZYK-INJEYAN, J. A. et al. Elevated production of nociceptive CC chemokines and sE-selectin in patients with low back pain and the effects of spinal manipulation: A nonrandomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain.* v. 34, n. 1, p. 68-75, 2018.

UAM. Quiropraxia. Sobre curso. 2022. Disponível em: <https://portal.anhembibr/graduacao/cursos/quiropaxia/#sobre>. Acesso em: 24 mar. 2023.

WELLS, R. H. C. et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. [s.l.] EDUSP, 2011.

WIRTH B. et al. Neurophysiological Effects of High Velocity and Low Amplitude Spinal Manipulation in Symptomatic and Asymptomatic Humans: A Systematic Literature Review. *Spine (Phila Pa 1976)*. v. 44, n. 15, p. E914-E926, 2019. doi: 10.1097/BRS.0000000000003013. PMID: 31335790.

WFC – WORLD FEDERATION OF CHIROPRACTIC. Brochure. 16 Maio 2013. Disponível em: https://www.wfc.org/website/images/wfc/WFC_Brochures/WFC_Brochure_16May13.pdf Acesso em: 23 mar. 2023.

Sobre os autores:

Carolina Kolberg

Doutorado em Ciências Biológicas: Fisiologia (UFRGS).

carolinakolberg@gmail.com

Bacharel em Quiropraxia pela Universidade Anhembí Morumbi (2004), possui Mestrado (2009) e Doutorado (2013) em Ciências Biológicas: Fisiologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde ainda atua como pesquisadora colaboradora. Dedicou sua pesquisa a avaliação de marcadores bioquímicos de estresse oxidativo, fisiologia da dor e efeitos fisiológicos do tratamento de Quiropraxia. Foi membro do Conselho de Pesquisa da WFC (2014-2020), é Coordenadora da Comissão de Pesquisa da Federação Latino-Americana de Quiropraxia (FLAQ) e Diretora de Assuntos Acadêmicos, Educacionais e Científicos da Associação Brasileira de Quiropraxia. Revisora de revistas científicas e membro do conselho editorial da Revista Coluna / Columna. Docente do Ensino Superior, lecionando em cursos de graduação e pós graduação. Também atua em consultório próprio, desde sua formação em 2004.

Daniel Facchini

Mestre em Biociências e Reabilitação pelo Centro Universitário Metodista, do IPA.

Centro Universitário Gama e Souza - Unigama

presidencia@quiropaxia.org.br

Bacharel em Quiropraxia pela Universidade Feevale (2009), ICSSD pela New York Chiropractic College (2010), Mestre em Biociências e Reabilitação pelo Centro Universitário Metodista, do IPA (2014), Presidente da Associação Brasileira de Quiropraxia (2022-presente), Secretário no Conselho de Educação em Quiropraxia da América Latina (CCE-LA), Voluntário na ONG Quiropraxia Sem Fronteiras. Professor de Ensino Superior.

Iã Ferreira Miranda

Mestre em Ciências do Movimento Humano - UFRGS

755 Quiro Educação Continuada

iaquioprxia@gmail.com

Bacharel em Quiropraxia pela universidade Feevale (2014.2), sempre buscou o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência. Após formação, sem nunca deixar de atuar clinicamente, ingressou no mestrado em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atuou na pesquisa como bolsista CNPQ com o professor Jefferson Loss obtendo experiência docente e publicando diversos artigos na área. Atualmente leciona pela 755 Quiro Educação Continuada, escola de cursos de aprimoramento em Quiropraxia.

Paulo Gomes de Oliveira Neto

Especialista em Anatomia Humana

Coordenador do Bacharel em Quiropraxia do Centro Universitário UNIGAMA

profpaulogomes@gamaesouza.com

Paulo Gomes de Oliveira Neto graduou-se no bacharel em Quiropraxia pela Universidade Feevale em 2010, sido bolsista CNPQ, atuante na União Brasileira de Estudantes de Quiropraxia e teve um trabalho científico premiado no congresso mundial de Quiropraxia (Durban-Africa do Sul). Pós Graduado em Anatomia Humana pelo IBMR e atualmente é professor da 755 Quiro - Educação Continuada, Membro do comitê de ética da Associação Brasileira de Quiropraxia e Coordenador do Bacharel em Quiropraxia da UNIGAMA no Rio de Janeiro.

REFLEXOLOGIA PODAL: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Natália Chantal Magalhães da Silva

Aspectos Introdutórios

Ainda que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006) impulse a aplicação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento limitado, bem como o espaço físico restrito, a ausência de materiais e de profissionais capacitados, atuam como fatores que ameaçam a expansão na área (THIAGO; TESSER, 2011).

Contudo, certas PICS, a exemplo da reflexologia podal, apresentam-se como métodos de baixo custo e merecem incentivo (WITT et al., 2012).

Isto posto, o presente capítulo visa elucidar tópicos relacionados às bases conceituais e metodológicas; processo histórico: surgimento e evolução; método de aplicação; e, evidências científicas da reflexologia podal.

Bases conceituais e metodológicas

Também conhecida como reflexoterapia ou terapia por estímulo reflexo dos pés, a reflexologia podal é uma prática pautada na perspectiva holística e humanística, que visa o equilíbrio do organismo por meio do estímulo de pontos reflexos dos pés (ERNST; POSADZKI, 2011).

Acredita-se que ao exercer certa pressão em determinada região da face plantar, tal estímulo pode provocar hiper ou hiperatividade em diferentes órgãos e regiões do corpo (KEET, 2010).

Outras técnicas pautadas nessa teoria – como a auriculoterapia, a quiropraxia e a reflexologia vertical – estão se tornando amplamente conhecidas no ambiente científico (ERNST; POSADZKI, 2011). Entretanto, alguns pesquisadores defendem que os pontos reflexos dos pés são naturalmente estimulados, já que sustentam todo o peso corpóreo. Ademais, por estarem em contato direto com o solo, acredita-se que os pés são grandes fontes de troca com o meio externo, se tornando uma região muito sensível à estímulos (ALBUQUERQUE, 2004; KEET, 2010).

Na literatura, diversas ilustrações fazem referência aos mapas podais, cujos pontos reflexos reproduzem a anatomia humana. Contudo, é importante enfatizar a necessidade da aplicação desta e outras práticas apresentarem fundamentação legal, teórica e científica (KEET, 2010; WOODWARD; NORTON; BARRIBALL, 2010).

Nas civilizações antigas, registros mostram que a terapia era praticada por aqueles que cuidavam de doentes de classes sociais superiores (SHARP et al., 2010).

Já na América do Norte e Central, bem como no Oriente, a reflexologia era considerada uma forma de cura transcendental (KEET, 2010).

Contudo, somente no início do século XX, as primeiras pesquisas voltadas para a reflexologia começaram a serem desenvolvidas, alavancando discussões científicas na área (ERNST; POSADZKI, 2011).

William Fitzgerald, pesquisador e médico americano, ao investigar a ação da terapia, percebeu que, realizando pressão em regiões específicas do corpo, outras eram estimuladas (ERNST; POSADZKI, 2011). Assim, foi responsável por dividir o corpo em 10 zonas reflexas verticais, correspondentes aos dedos dos pés. Nessa época, a prática recebeu a denominação de zonoterapia e passou a ser aplicada por Fitzgerald e seus alunos em pacientes por ele assistidos. No entanto, a prática era exercida de forma elementar e não recebia apoio da comunidade acadêmica e científica (SHARP et al., 2010; ZHANG et al., 2010) (IMAGEM 2).

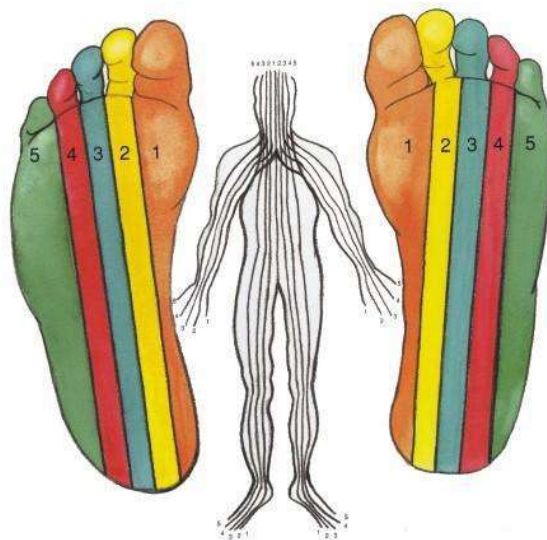


Imagem 2: Zonas reflexas verticais, traçadas por William Fitzgerald.

Licença Creative Commons Domínio Público – CC0

Eunice Ingham, conhecida como a mãe da reflexologia moderna, deu continuidade aos estudos de Fitzgerald nos Estados Unidos. Logo, em meados da década de 30, dividiu os pés em cinco partes por quatro linhas horizontais: linha da cintura escapular, linha do diafragma, linha da cintura e linha pélvica. A linha da cintura escapular demarca a área correspondente da cabeça à região torácica. A linha da cintura escapular e a linha do diafragma delimitam a região do tórax. A região superior do abdome – onde se localizam os pontos reflexos do fígado, estômago, pâncreas, dentre outros – é limitada pela linha do diafragma e pela linha da cintura. A linha da cintura e a linha pélvica demarcam a região inferior do abdome – onde se

encontram os pontos reflexos do intestino delgado, intestino grosso e bexiga. Já a linha pélvica define o início da região pélvica (KEET, 2010) (IMAGEM 3).

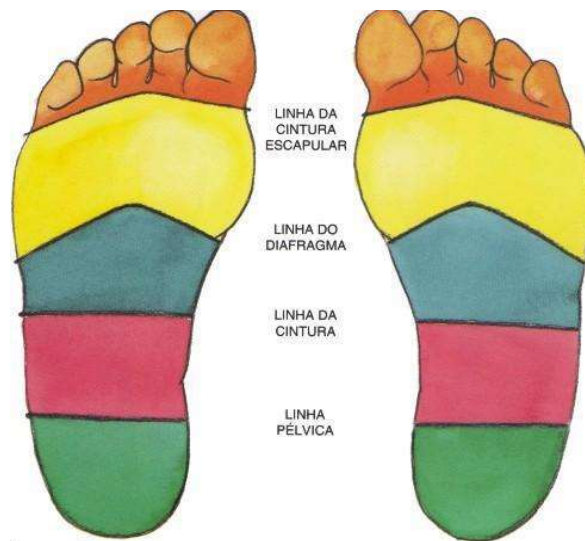


Imagem 3: Divisão das áreas reflexas no plano horizontal, por Eunice Ingham.

Licença Creative Commons Domínio Público – CC0

Ingham também foi responsável por divulgar o primeiro mapa podal, reproduzido nos dias atuais de diferentes maneiras. Foi a partir dessa difusão que o interesse pela prática passou a envolver pesquisadores de outros países e regiões (ALBUQUERQUE, 2004).

Na América Latina, a reflexologia teve início com a missionária Margarida Goothat, que passou a ensinar a técnica no Instituto Conaras, em Assunção, Paraguai (LOURENÇO, 2002; ERNST; POSADZKI, 2011).

No Brasil, somente a partir da criação da Associação Brasileira de Reflexologia e Terapias Associadas, em 1994, a aplicação da terapia recebeu maior incentivo e, desde então, tiveram início estudos nacionais envolvendo a prática (LOURENÇO, 2002; ALBUQUERQUE, 2004; SILVA, 2015; SILVA, 2016).

Método de aplicação

Na literatura, existem dois métodos de aplicação da reflexologia podal: o Método Rwo Shur e o Método Ingham (KEET, 2010; ERNST; POSADZKI, 2011).

Desenvolvido em Taiwan por um padre chamado Joseph Eugster, o Método Rwo Shur é utilizado, principalmente, em algumas regiões do continente asiático. Este envolve a aplicação da pressão nos pés por meio de pequenos bastões de madeira (KEET, 2010) (IMAGEM 4).



Imagem 4: Aplicação do estímulo em pontos reflexos, segundo método Rwo Shur.

Fonte: Acervo da autora.

Já o Método Ingham, amplamente conhecido como a base da reflexologia, surgiu e foi aperfeiçoado nos Estados Unidos, por Eunice Ingham no início da década de 1930 (KEET, 2010; DALAL et al., 2014). Diferentemente do método Rwo Shur, o estímulo é realizado apenas com os dedos indicador e polegar, que se curvam e se estiram mantendo a pressão em determinada área.



Imagem 5: Aplicação do estímulo em pontos reflexos, segundo método Ingham.

Fonte: Acervo da autora.

Existem quatro tipos de pressão a serem aplicadas: pressão imóvel, em que o dedo, em forma de gancho, exerce um estímulo em um ponto fixo; pressão circular, em que há movimentação em círculos sobre o ponto reflexo; pressão em deslizamento, em que se avança sobre a região estimulada; e, pressão em caminhada, em que os pontos são estimulados por pressão imóvel de forma sequencial (KEET, 2010).

Em ambos os métodos, Rwo Shur e Ingham, para a pressão dos bastões de madeira ou dos dedos sobre os pés não é aconselhado o uso de loções com possível ação alérgica. Indicam-se, portanto, óleos naturais ou talcos, sem essência e com o mínimo possível de conservantes (KEET, 2010). Ademais, o estímulo aplicado deve ser suportável para não causar desconforto a quem fornece e a quem recebe a terapia, o ideal é que seja firme e ao mesmo tempo suave (ALBUQUERQUE, 2004).

Acredita-se que a reflexologia possa atuar tanto na promoção, quanto na prevenção e recuperação da saúde; todavia, existem certas contraindicações. A presença de amputação, lesão, queimadura, deformidade, fratura, entorse, trauma ou cirurgia recente nos membros inferiores, por impossibilitar o estímulo de todos os pontos reflexos, é contraindicada. Além disso, na presença de trombose venosa profunda, qualquer compressão nos membros inferiores deve ser evitada, já que o estímulo pode levar ao deslocamento de trombos (WILLIAMSON et al., 2002; STEPHENSON; DALTON; CARLSON, 2003; HOLT et al., 2009).

O ambiente pode ser preparado com música suave e agradável, aromatização e iluminação indireta (STEPHENSON; WEIRICH; TAVAKOLI, 2000; STEPHENSON; DALTON; CARLSON, 2003; ERNST; POSADZKI, 2011).

Quanto ao posicionamento e local para oferta da terapia, não há especificidades, o importante é que haja comodidade e segurança para quem aplica e para quem recebe a prática (STEPHENSON; WEIRICH; TAVAKOLI, 2000; ERNST; POSADZKI, 2011; SILVA et al., 2015). Há relatos de aplicação em maca, cama, sofá e cadeira, tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial e domiciliar (HOLT et al., 2009; GREEN et al., 2010; OZDEMIR; OVAYOLU; OVAYOLU, 2013; SILVA et al., 2015).

Antes de iniciar a técnica, propriamente dita, é recomendado realizar o relaxamento da musculatura dos pés, não sendo imperativo seguir uma metodologia específica – movimentos de flexão, dorsiflexão, adução e abdução de pés e artelhos podem auxiliar neste relaxamento. Deve-se, entretanto, respeitar a amplitude de movimento para que não ocorram lesões nas articulações que compõem o membro (ALBUQUERQUE, 2004).

Torna-se importante salientar, sobretudo, que por envolver contato direto das mãos do aplicador com quem recebe a terapia, é indicada a retirada de adornos, o corte e a limpeza das unhas, além da higienização das mãos, antes e após implementação da reflexologia podal (LIDGREN et al., 2013).

Evidências Científicas

Estudos vem demonstrando o efeito benéfico da reflexologia podal em determinadas variáveis, favorecendo sua aplicação na área da saúde (STEPHENSON; WEINRICH; TAVAKOLI, 2000; MOLLART, 2003; ALBUQUERQUE, 2004; STEPHENSON et al., 2007; LI et al., 2011; LIDGREN et al., 2013).

Evidências relacionadas ao fornecimento da terapia em pessoas diagnosticadas com câncer, seja em serviços de saúde ou em ambiente domiciliar, demonstram diminuição da ansiedade e controle da dor (STEPHENSON; WEINRICH; TAVAKOLI, 2000; STEPHENSON et al., 2007).

Do mesmo modo, em um estudo desenvolvido em serviços de atenção primária e secundária, a reflexologia podal apresentou efeito no controle de alterações comuns da gestação, como o edema nos pés (MOLLART, 2003). De forma semelhante, em um estudo realizado em serviços de atenção terciária, a terapia atuou na qualidade do sono de mulheres no pós-parto imediato, mediato e tardio (LI et al., 2011).

Já em uma investigação junto à pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que apresentavam comprometimento dos pés, constatou-se que 12 sessões da terapia causaram impacto na hidratação, textura, distribuição de pelos, elasticidade, transpiração e descamação da pele dos pés (SILVA et al., 2015). Na tentativa de

confirmar os efeitos da reflexologia podal na referida população, os pesquisadores identificaram, em estudo posterior, que 12 sessões de reflexologia foram suficientes para melhorar os indicadores de integridade tissular de pessoas com diabetes que apresentavam risco de integridade da pele comprometida (SILVA, 2016).

Estudos recentes ainda revelam resultados benéficos da reflexologia podal na lombalgia aguda de profissionais de enfermagem e universitários (MEDEIROS; DAL SASSO; SCHLINDWEIN, 2018; MEDEIROS et al., 2022).

Considerações finais

Por proporcionar apoio, conforto e favorecer o vínculo entre quem a recebe e quem a aplica, a aplicação da reflexologia podal deve ser incentivada (ALBUQUERQUE, 2004; LIDGREN et al., 2013).

Dessa forma, frente a visão de integralidade requerida aos profissionais de saúde e tendo em vista a necessidade de disponibilidade de estratégias assistenciais não usuais, a construção do conhecimento na área da reflexologia podal torna-se fundamental (MACKERETH et al., 2009).

Acredita-se que este capítulo possa despertar o interesse dos leitores na área da reflexologia podal, incentivando-os na busca por treinamento e capacitação, bem como no alcance de evidências científicas, em prol da aplicação segura e certificada da terapia.

Referências

ALBUQUERQUE, R. S. Reflexologia: para quem cuida e quer ser cuidado. 1ed. São Paulo: Martinari, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DALAL, K.; MARAN, V. B.; PANDEY, R. M.; TRIPATHI, M. Determination of efficacy of reflexology in managing patients with diabetic neuropathy: a randomized controlled clinical trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, v. 2014, n. 2014, p. 1-11, 2014.

ERNST, E.; POSADZKI, L. Reflexology: an update of a systematic review of randomized clinical trials. Maturitas, v. 68, n. 2, p. 116-120, 2011.

GREEN, V. L.; ALEXANDROPOULOU, A.; WALKER, M. B.; WALKER, A. A.; SHARP, D. M.; WALKER, L. G.; GREENMAN, J. Alterations in the Th1/Th2 balance in breast cancer

patients using reflexology and scalp massage. *Experimental and Therapeutic Medicine*, v. 1, n. 1, p. 97-108, 2010.

HOLT, J. R. N.; LORD, J. M. D.; ACHARYA, U. M. D.; WHITE, A. M. D.; O'NEILL, N. R. N.; SHAW, S. P. D.; BARTON, A. M. S. The effectiveness of foot reflexology in inducing ovulation: a sham-controlled randomized trial. *Fertility and Sterility*, v. 91, n. 6, p. 2514-2519, 2009.

KEET, L. A Bíblia da reflexologia podal. 1ed. São Paulo: Pensamento, 2010.

LI, C. Y.; CHEN, S. C.; LI, C. Y.; GAU, M. L.; HUANG, C. M. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery*, v. 27, n. 1, p. 181-186, 2011.

LIDGREN, L., et al. Touch massage: a pilot study of a complex intervention. *Nursing in Critical Care*, v. 18, n. 13, 2013.

LOURENÇO, O. T. Reflexologia Podal: primeiro socorros e técnica de relaxamento. 1ed. São Paulo: Editora Ground, 2002.

MACKERETH, P. A.; BOOTH, K.; HILLIER, V. F.; CARESS, A. Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis: a crossover trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 15, n. 1, p.14-21, 2009.

MEDEIROS, G. M.; DAL SASSO, G. T. M.; SCHLINDWEIN, A. D. Resultados da reflexoterapia na dor lombar aguda da equipe de enfermagem: ensaio clínico randomizado controlado. *Brazilian Journal of Pain*, v.1, n. 4, p. 305-9, 2018.

MEDEIROS, G. M. S.; DAL SASSO, G. T. M.; SCHLINDWEIN, A. D.; ALVES, I. F. B. O. Uso isolado e combinado da reflexoterapia podal e auriculoterapia para lombalgia aguda: ensaio clínico randomizado. *Revista Norte Mineira de Enfermagem – RENOME*, v.10, n. 2, p. 68-78, 2022.

MOLLART, L. Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, v. 9, n. 4, p. 203-208, 2003.

OZDEMIR, G.; OVAYOLU, N.; OVAYOLU, O. The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. *International Journal of Nursing Practice*, v. 19, n. 3, p. 265-73, 2013.

SHARP, D. M.; WALKER, M. B.; CHATURVEDI, A.; UPADHYAY, S.; HAMID, A.; WALKER, A. A.; BATEMAN, J. S.; BRAID, F.; ELLWOOD, K.; HEBBLEWITE, C.; HOPE, T.; LINES, M.; WALKER, L. G. A randomized, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *European Journal of Cancer*, v. 46, n. 2, p.312-22, 2010.

SILVA, N. C. M.; CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; CARVALHO, L. C.; IUNES, D. H. Reflexologia podal no comprometimento dos pés de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: ensaio randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 603-10, 2015.

SILVA, N. C. M. Efeito da reflexologia podal sobre a integridade tissular dos pés de pessoas que apresentam "Risco de Integridade da Pele Prejudicada": um ensaio randomizado. 2016. 164 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016

STEPHENSON, N. L. N.; DALTON, J. A.; CARLSON, J. The effect of foot reflexology on pain in patients with metastatic cancer. *Applied Nursing Research*, v. 16, n. 4, p. 284-86, 2003.

STEPHENSON, N. L. N.; SWANSON, M.; DALTON, J.; KEEFE, F. J.; ENGELKE, M. Partner-Delivered Reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncology Nursing Forum*, v. 34, n. 1, p. 127-32, 2007.

STEPHENSON, N. L. N.; WEINRICH, S.; TAVAKOLI, A. S. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, v. 27, n. 1, p. 67-72, 2000.

THIAGO, S. C.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.

WILLIAMSON, J.; WHITE, A.; HART, A.; ERNST, E. Randomized controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 109, n.1, p.1050-55, 2002.

WITT, C. M.; CHESNEY, M.; GLIKLICH, R.; GREEN, L.; LEWITH, G.; LUCE, B.; MCCAFFREY, A.; WITHERS, S. R.; SOX, H. C.; TUNIS, S.; BERMAN, B. M. Building a Strategic Framework for Comparative Effectiveness Research in Complementary and Integrative Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2012, n. 1, p.1-5.

WOODWARD, S.; NORTON, C.; BARRIBALL, K. L. A pilot study of the effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 16, n. 1, p.41-6, 2010.

ZHANG, W.; TAKAHASHI, S.; MIKI, T.; FUJIEDA, H.; ISHIDA, T. A Pilot study exploring the effects of reflexology on cold intolerance. *Journal of Acupuncture & Meridian Studies*, v. 3, n. 1, p. 43-8, 2010.

Sobre os autores:

Natália Chantal Magalhães da Silva

Doutora em Ciências, pelo Programa de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

natalia.c.silva@unirio.br

Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - EEAP/UNIRIO. Professora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem nos Moldes de Residência - CPGEMR/UNIRIO. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, PPGENF/UNIRIO. Doutora em Ciências pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP (2016). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG (2014). Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (2016). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG (2011). A autora iniciou seus estudos no universo das práticas integrativas e complementares, com foco na reflexologia podal, durante o desenvolvimento de seu mestrado. Posteriormente, no doutorado, deu continuidade aos estudos na área. Atualmente, além de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem, tem como foco a utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como estratégias de intervenção em Enfermagem.

REIKI USUI: DEFINIÇÃO, HISTÓRIA, APLICAÇÃO PRÁTICA E BENEFÍCIOS

Diéssica Roggia Piexak

Aline Cristina Calçada de Oliveira

Definição

O Reiki é conhecido como um sistema natural de cura pelas mãos. A palavra Reiki é derivada de dois kanji (ideogramas) japoneses, pictogramas que podem representar uma palavra ou frase. Kanji não apresentam traduções literais, eles tentam transmitir uma ideia/entendimento de alguma coisa, podendo alterar a forma com que são desenhados, assim como sua interpretação, conforme o tempo e as tendências culturais (PETTER, 2012).

Entende-se o kanji “Rei” como o representante do conceito de universal ou tudo ao nosso redor; espiritual; fonte ou origem; inteligência criativa; consciência; cosmos. Já o “Ki” representa o conceito de força ou energia vital. A combinação kanji para a palavra Reiki pode, então, representar a compreensão ou conceito de uma energia vital espiritual disponível para todos. No entendimento oriental, a força/energia vital permeia todas as coisas, sustentando a vida, existindo dentro e fora de nós, e apresenta-se de forma interconectada com toda a vida. Essa força/energia vital também é conhecida como qi (chi) na medicina chinesa, ki na medicina japonesa e prana na medicina ayurveda, a qual flui pelo corpo por meio de vias energéticas. Assim, compreende-se que, quando a pessoa está saudável, essa energia flui livremente e, quando há interrupção ou esgotamento dessa energia, isso pode desencadear doenças físicas e/ou sintomas psicológicos e emocionais (RUBIK et al., 2020).

História do Reiki Usui

Resgatando um pouco da história tradicional do Reiki Usui, ela começa nos anos 1800, embora o conhecimento desta energia seja muito antigo. Mikao Usui, diretor da Universidade de Doshisha em Kyoto, Japão, sendo também ministro cristão, foi um dia questionado por seus alunos sobre o método de cura usado por Jesus e Buda e, não sabendo o que responder, iniciou sua pesquisa, que durou aproximadamente 10 anos, aprendendo, assim, sobre essa energia, a qual denominou “Reiki” (HOSAK; LÜBECK, 2010; SANTOS, 2014).

A redescoberta do Reiki começou, portanto, com Mikao Usui, pesquisando junto ao Cristianismo. As autoridades cristãs lhe reportaram que esse tipo de cura não

era conhecido, então, Usui buscou informações no Budismo. Os monges budistas disseram-lhe que o antigo método de cura tinha sido perdido e que uma possibilidade de resgatar tal conhecimento seria pesquisar os ensinamentos budistas. Assim, ele empreendeu longas viagens ao Japão, visitando diversos monastérios. Para ler os textos originais budistas aprendeu chinês e sânscrito, descobrindo como captar essa energia a partir da imposição de mãos (HOSAK; LÜBECK, 2010; SANTOS, 2014).

Mikao Usui tornou-se um peregrino pelo Japão, levando o conhecimento do Reiki para várias regiões e, nesse ínterim, conheceu Chujiro Hayashi, médico aposentado da Marinha que, após ter sido iniciado no Reiki, montou uma clínica em Tóquio. Em 1930 Mikao Usui faleceu, mas já havia deixado seu sucessor, o médico aposentado. Em 1939, Chujiro Hayashi, com a aproximação da guerra, sentiu necessidade de iniciar mestras e escolheu Hawayo Takata como sua sucessora. Takata trabalhava intensamente o Reiki no Hawai, Japão e Estados Unidos da América. Ela formou 22 mestres entre homens e mulheres. O Ocidente veio conhecer o Reiki em meados de 1970. E o Brasil, somente em 1982 (HOSAK; LÜBECK, 2010; SANTOS, 2014).

Aplicação prática e benefícios

A aplicação do Reiki é amplamente difundida, tanto internacionalmente quanto nacionalmente, e está profundamente enraizada na cultura, filosofia e espiritualidade japonesas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula a implantação da Medicina Tradicional ou Complementar nos sistemas de saúde desde o final da década de 70. Também elaborou o Programa de Medicina Tradicional, com o intuito de auxiliar na formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Publicou o documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” e o atualizou com a elaboração da “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013).

Em seu último documento – “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023”, reafirma que, em todo o mundo, a medicina tradicional é pilar para a prestação de serviços de saúde ou o seu complemento. Assim, apresenta como objetivos apoiar Estados-Membros para aproveitar a contribuição potencial da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) para a saúde, bem-estar e cuidados de saúde centrados nas pessoas e promover o uso seguro e eficaz da MTC por meio de regulamentação e pesquisa, bem como pela incorporação de produtos, profissionais e práticas nos sistemas de saúde, conforme apropriado (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013).

O Brasil vem acompanhando as diretrizes da OMS e, desde 2006, possui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPIC visa romper com estigmas, buscando a legitimação de práticas complementares de cuidado que já vêm sendo usadas há muito tempo. Além disso,

almeja o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, promovendo a utilização racional das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades. Instiga as ações referentes à participação ativa da sociedade, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde, garantindo o envolvimento de todos (BRASIL, 2006).

Contudo, especificamente o Reiki passa a integrar a PNPIC apenas em 2017, quando é divulgada a Portaria Ministerial GM nº 849, de 27 de março (BRASIL, 2017), a qual aborda o Reiki como:

uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – nós energéticos – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital. A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital (BRASIL, 2017, s. p.).

No Glossário Temático de PICS do Ministério da Saúde, Reiki é definido brevemente como: “Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental” (BRASIL, 2018, p. 107). De acordo com o National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) o Reiki é “uma abordagem de saúde complementar na qual os praticantes colocam as mãos levemente sobre ou logo acima de uma pessoa, com o objetivo de direcionar a energia para ajudar a facilitar a resposta de cura da própria pessoa. Baseia-se em uma crença oriental em uma energia que apoia as habilidades de cura inatas ou naturais do corpo” (NCCIH, 2022, s. p.).

Os mecanismos de ação do Reiki, embora ainda sejam desconhecidos, parecem influenciar no sistema nervoso autônomo do receptor, passando do modo simpático para o parassimpático (BALDWIN; WAGERS; SCHWARTZ, 2008; DIAZ-RODRIGUEZ et al., 2011; SALLES et al., 2014). Estimula o relaxamento e apoia e aprimora a capacidade natural de cura do corpo do receptor. Além disso, o receptor percebe a liberação da tensão física e mental e o impacto do estresse é diminuído (BARNETT; BABB; DAVIDSON, 1996).

No Brasil a prática do Reiki permeia a Atenção Primária em Saúde, assim como instituições de saúde em nível hospitalar, como: Hospital Albert Einstein em São Paulo, Grupo Hospital Conceição em Porto Alegre, Hospital Santa Izabel na Bahia, a Policlínica Gouveia de Barros em Recife, o Hospital de Base do Distrito Federal em Fortaleza, Hospital Gonzaga em Florianópolis e Projeto Amanhecer no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (VIEIRA, 2017).

Ainda, o Ministério do Trabalho brasileiro reconheceu o Reiki como profissão isolada. Ele foi enquadrado dentro das atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana, recebendo o código 8690-9/01 da Comissão Nacional de Classificação (CONCLA), órgão responsável pela classificação de profissões, ligado ao Ministério do Trabalho e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2022).

Existem inúmeras associações de Reiki internacionais (<https://iarp.org/> e <https://www.reiki.org/>) e nacionais (<https://ametereiki.com.br/> e <http://www.ab-reiki.com.br/abr.htm>) que oferecem serviços de referência para o ensino/aprendizagem do Reiki.

Na Enfermagem o Reiki é respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 581/2018, que reconhece a “Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares” como uma qualificação e/ou especialização do profissional da enfermagem (COFEN, 2018).

O apoio ao Reiki de órgãos e entidades importantes, em nível mundial e nacional, proporciona ao profissional enfermeiro mais uma ferramenta para o cuidado em saúde, atuando em consultas de enfermagem, ou em conjunto com outros profissionais de saúde, acompanhando a repadronização do campo energético do receptor após cada intervenção. Das mais variadas áreas de atuação e intervenções com o Reiki, podemos citar: na sala de operações, em centros psiquiátricos, com crianças internadas e em pacientes em estado terminal (RAMALHO; SALLES, 2011).

O Reiki estimula o organismo a se equilibrar, atua no sistema imunológico, predispondo sua autorregulação. Também age nos sistemas psicológico e emocional, melhorando a força de vontade para a mudança de hábitos (MINAMI, SALLES, VANNUCCI, 2011). Alguns benefícios do Reiki: reduz o estresse, promove relaxamento profundo, sensação de alívio emocional e parece ser eficiente contra a dor. Atua em doenças crônicas e agudas como: sinusite, cistite, asma, fadiga crônica, depressão e insônia (HORAN, 2011; SANTOS, 2014).

Comporta um campo emergente no escopo das terapias vibracionais, que atuam com a energia vital, como, por exemplo, o toque terapêutico e as terapias florais. A técnica aplica energia vital num tratamento sistemático do corpo, onde todos os órgãos principais, glândulas e vasos sanguíneos são tratados. A técnica consiste em doze estágios divididos em três etapas. As quatro primeiras são para cabeça e pescoço. Os quatro estágios seguintes compreendem órgãos e vísceras das regiões torácica, abdominal e pélvica. Por último, incluem as costas, novamente o coração, pulmões,

glândulas suprarrenais, rins, medula, costas inferiores e intestino (MINAMI; SALLES; VANNUCCI, 2011; SANTOS, 2014;).

O aprendizado do Reiki é constituído de quatro níveis: I, II, III-A e III-B (Mestrado). Quando se chega ao nível III-B, o professor mestre de Reiki poderá ensinar (iniciar) outros estudantes em Reiki. O ensino, por meio de aulas presenciais com conteúdos teóricos e práticos, é mais bem apreendido seguindo a tradição japonesa do mestre e discípulo. É a sintonização prática do professor mestre de Reiki que torna o Reiki único. Nas iniciações (aprendizagem inicial) de Reiki as mãos irradiam vibrações que fluem no sentido de equilibrar/sintonizar o receptor de acordo com o nível desejado. Na primeira iniciação o coração e a glândula timo são sintonizados. A segunda trabalha aspectos comunicativos a partir da glândula tireoide. Na terceira a glândula pituitária é sintonizada, correspondendo a aspectos intuitivos e conscienciais, bem como o hipotálamo, que regula o controle de temperatura do corpo. Na quarta sintonização a glândula pineal é ativada, propiciando conexão com a espiritualidade de cada pessoa (HOSAK; LÜBECK, 2010; SANTOS, 2014).

Depois de cada iniciação, é necessário praticar durante um certo tempo para aceder ao nível seguinte. A prática deve ser constituída por: auto-Reiki diariamente, aplicação de Reiki e recebimento por outro praticante, sempre que possível. É importante respeitar essa cultura e, assim, obter bons resultados da prática (HOSAK; LÜBECK, 2010).

Diversos estudos, ao longo dos anos, estão sendo divulgados sobre os benefícios do Reiki para o autocuidado e para o cuidado do outro. Ainda, o Reiki parece ser seguro e não apresenta efeitos nocivos para quem recebe, não apresentando contraindicações conhecidas (LIPINSKI; VELDE, 2020).

Lipinski e Velde (2020), em seu estudo, apresentam o Reiki como uma possibilidade de prática para o autocuidado de enfermeiros, além de destacarem o impacto positivo que o mesmo pode ter nos ambientes de trabalho profissional. Os autores realizam uma descrição ampla sobre a prática, com destaque para estudos clínicos que apoiam a eficácia do Reiki em estimular a resposta de relaxamento; diminuição da dor e desconforto; e aliviar sentimentos de estresse, preocupação e ansiedade, bem como sintomas de depressão.

Outro estudo objetivou conhecer as repercussões de intervenção com sessões de Reiki na qualidade do sono de profissionais de enfermagem atuantes em um hospital geral, o qual verificou melhora na qualidade do sono. Essa sendo caracterizada por redução do tempo para adormecer e dos pesadelos e aumento nas horas dormidas, conforme aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh antes e após o término da intervenção com sessões de Reiki. Este estudo foi de abordagem quali-quantitativa, realizado com 16 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital geral no Brasil, totalizando seis sessões de Reiki, sendo uma sessão semanal de 30 minutos por participante (COSTA et al., 2022).

Estudo realizado em três serviços públicos em São Paulo, em 2018, cujo objetivo era compreender os significados dessa terapia no contexto do SUS de acordo com as experiências de 12 usuários e 11 terapeutas, verificou, a partir da história oral temática, desfecho favorável para a prática do Reiki, por propiciar benefícios ao corpo, mente e ao espírito. Essa prática foi identificada como produtora de saúde, bem-estar e qualidade de vida (AMARELLO; CASTELLANOS; SOUZA, 2021).

Uma revisão objetivou destacar os efeitos do Reiki na dor, ansiedade/depressão e qualidade de vida dos pacientes, em especial, em cuidados paliativos. Evidências encontradas indicam que o Reiki é útil para aliviar a dor, diminuir a ansiedade/depressão e melhorar a qualidade de vida em diversas condições. Contudo, especificamente na área dos cuidados paliativos, houve um pequeno número de estudos encontrados, não permitindo aos autores a identificação clara dos benefícios do Reiki nesse contexto. Porém, os poucos resultados encorajam pesquisas para avaliar possíveis efeitos positivos do Reiki, com protocolos padronizados, e sugerem que mais estudos devam ser realizados (BILLOT et al., 2019).

O recebimento de sessões de Reiki durante a hemodiálise também foi investigado, especificamente no alívio da dor, fadiga e depressão. Os pesquisadores utilizaram escalas de sintomas estabelecidas e instrumentos – The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) computerized adaptive testing (CAT) instruments – com 15 participantes atendidos em uma clínica ambulatorial de hemodiálise. As sessões de Reiki foram de 20 minutos, duas vezes por semana, durante quatro semanas concomitantes às sessões de hemodiálise. Os resultados sugerem que o Reiki proporciona alívio dos sintomas para indivíduos em hemodiálise, e são necessários ensaios clínicos randomizados para estabelecer os benefícios do Reiki para alívio da dor nessa população (ZINS; HOOKE; GROSS, 2019).

Em instalações militares de saúde, a utilização do Reiki foi pesquisada. O estudo de Gantt e Orina (2020) teve três objetivos: educar os participantes sobre o conceito de Reiki; dar aos participantes a oportunidade de experimentar seis sessões de terapia de Reiki e, posteriormente, avaliar os resultados da dor crônica; e avaliar a impressão dos participantes e vontade de continuar usando e recomendando a terapia de Reiki como adjuvante para o tratamento da dor crônica. Participaram do estudo 30 militares dos Estados Unidos com dor crônica que receberam seis sessões de Reiki de 30 minutos durante duas a três semanas.

Os resultados demonstraram que houve diminuição significativa na dor ao longo das seis sessões, com o efeito mais significativo ocorrendo até a quarta sessão. O Reiki tem a capacidade de impactar uma variedade de tipos de dor, bem como impactar positivamente as atividades da vida em que a dor frequentemente interfere, como na atividade geral, caminhada, sono, nos relacionamentos, no prazer de viver e no estresse. As pontuações de impressão de melhora aumentaram 27% na sexta sessão e o conhecimento de uma pessoa sobre Reiki melhorou 43%, com 81% dos participantes afirmando que considerariam agendar sessões de Reiki se fossem

oferecidas, e com 70% desejando pelo menos quatro sessões por mês (GANTT; ORINA, 2020).

Frente à pandemia de COVID-19, alguns estudos com Reiki foram desenvolvidos, buscando verificar os benefícios dessa prática neste contexto desafiador. No Reino Unido, um estudo objetivou examinar o impacto da pandemia de COVID-19 na experiência, prática e futuro do Reiki no país. Foram investigados o impacto pessoal da pandemia nos praticantes e seu trabalho, percepções desses praticantes sobre o futuro da profissão e aplicação do Reiki, experiências e pontos de vista do praticante de Reiki a distância em comparação com os tratamentos presenciais. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, com 10 praticantes de Reiki (ABDURAHMAN; PAYNE, 2022).

Os principais resultados evidenciaram que a pandemia impactou pessoalmente os praticantes de Reiki, os quais se concentraram em transformar a adversidade em oportunidade. Ainda, se concentraram no autocuidado, desenvolvimento pessoal e no alcance da comunidade. A utilização de equipamentos de proteção individual foi vista como uma barreira tanto para os praticantes quanto para a experiência do cliente, mas a maioria estava preparada para retornar ao trabalho usando essas medidas. Os praticantes utilizaram mais o Reiki a distância, mas destacaram que o contato pessoal é importante (ABDURAHMAN; PAYNE, 2022).

Com a pandemia de COVID-19, verificou-se aumento nos relatos de indivíduos com estresse e ansiedade, o que levou um estudo a investigar o Reiki a distância como uma modalidade de cura virtual dentro da estrutura de Rogers da Ciência dos Seres Humanos Unitários. A abordagem metodológica utilizada foi o método misto, com a coleta de dados por meio de entrevistas antes e depois das sessões de Reiki a distância. Foram duas aplicações de Reiki de 30 minutos com 24 e 36 horas de intervalo. Manifestações de estresse percebido, manifestações de ansiedade percebida e a experiência do participante foram avaliadas em 25 participantes. Os resultados demonstraram mudanças na manifestação do padrão dos participantes e reduções estatisticamente significativas no estresse e ansiedade percebidos, apoiando a viabilidade do Reiki a distância (DIBENEDETTO, 2022).

Autores destacaram ainda a necessidade de disseminar a prática do auto-Reiki, o qual pode trazer benefícios positivos, inclusive frente ao contexto pandêmico vivenciado, o qual exigiu distanciamento social e restrições (BILLOT; DAYCARD; RIGOARD, 2021).

Considerações finais

Apesar de o Reiki necessitar de estudos clínicos mais robustos para avaliar ainda mais sua validade e eficácia, muito já se tem avançado em relação à pesquisa, prática, aceitação e benefícios, identificados seja por meio de relatos verbais, seja por

mensuração com o uso de escalas. Ainda não somos capazes de demonstrar claramente os mecanismos de funcionamento do Reiki, porém, muitos estudos já evidenciam o quanto de bem-estar e relaxamento são percebidos pelos receptores e pelos praticantes. O Reiki pode ser utilizado como forma de autocuidado, por meio da autoaplicação, assim como para o cuidado do outro em diferentes contextos de saúde/doença. No Brasil, faz parte de uma política nacional do Sistema Único de Saúde, sendo ofertado na Rede de Atenção à Saúde de forma gratuita, como outra possibilidade de cuidado integral e complementar. A temática do Reiki é plural e tem sido envolta por desafios em virtude da desinformação, um pouco por causa de traduções equivocadas, assim como também por apropriações e distorções da prática original. O Reiki não apresenta conotação religiosa e está disponível para quem tiver interesse em aprender. Há propagação de outros sistemas de imposição de mãos que também foram nomeados como Reiki, gerando ainda mais confusão e discrepâncias a esse respeito. Por isso, a importância de verificar o respaldo técnico-científico e legal da prática, a qual pode estar amparada por uma Associação/Conselho, no sentido de ser reconhecida e certificada por órgão competente.

Referências

AMARELLO, M. M.; CASTELLANOS, M. E. P.; SOUZA, K. M. J. Terapia Reiki no Sistema Único de Saúde: sentidos e experiências na assistência integral à saúde Rev Bras Enferm. v.74, n.1, p.1-7, 2021.

ASSOCIAÇÃO DOS MESTRES E TERAPEUTAS REIKI. Disponível em: <http://ametereiki.com.br>. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

BALDWIN, A. L.; WAGERNS, C.; SCHWARTZ, G. E. Reiki improves heart rate homeostasis in laboratory rats. J Altern Complement Med, v.14, n.4, p. 417-22, 2008.

BARNETT, L.; BABB, M.; DAVIDSON, S. Reiki energy medicine: bringing healing touch into home, hospital and hospice. Healing Arts Press, Rochester, p.2, 1996.

BILLOT, M.; et al. Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. BMJ Supportive & Palliative Care, v.9, n.4, p. 434-38, 2019.

BILLOT, M.; DAYCARD, M.; RIGOARD, P. Self-Reiki, Consideration of a Potential Option for Managing Chronic Pain during Pandemic COVID-19 Period. Medicina, v.57, n.9, p.867, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial GM nº 971, de 3 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, Poder Executivo, Brasília, DF, p.20-25, seção1, n.84, 4 Maio 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 15 de dezembro de 2022.

BRASIL. Portaria Ministerial GM 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.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

BRASIL. Cofen nº 581, 11 julho de 2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós – Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

COSTA, J. R.; et al. Reiki for promotion of health and sleep quality in hospital nursing professionals. *Rev Bras Enferm.* v. 75, n.5:e20210535, 2022.

DÍAZ-RODRIGUEZ, L.; et al. Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biol Res Nurs*, 13 Abril 2011. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1099800410389166>. Acesso em: 6 de dezembro de 2022.

DIBENEDETTO J. Experiences with a distant reiki intervention during the Covid-19 pandemic using the science of unitary human beings Framework. *Advances in Nursing Science*, 2022. Disponível em: <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2022/10000/Experiences_With_a_Distant_Reiki_Intervention.8.aspx> Acesso em: 6 de dezembro de 2022.

FREITAS, V. L.; et al. O ensino do reiki: um olhar da pica para a enfermagem. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, v.2, n.4, 2021.

GANTT, M.; ORINA, J. A. T. Educate, Try, and Share: A Feasibility Study to Assess the Acceptance and Use of Reiki as an Adjunct Therapy for Chronic Pain in Military Health Care Facilities. *Military Medicine*, v.185, p. 394-400, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/milmed/usz271>. Acesso em: 6 de dezembro de 2022.

HOSAK, M.; LÜBECK, W. O Grande Livro de Símbolos do Reiki: A Tradição Espiritual dos Símbolos e Mantras do Sistema Usui de Cura Natural. São Paulo: Pensamento, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Comissão Nacional de Classificação. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html?option=com_cnae&view=atividades&Itemid=6160&tipo=cnae&chave=reiki&versao_classe=7.0.0&versao_subclasse=10.1.0z> Acesso em: 6 de dezembro de 2022.

MCKENZIE; E. A Bíblia do Reiki. São Paulo: Pensamento, 2010.

MINAMI, A.; SALLES, L. F.; VANNUCCI, L. Reiki e Enfermagem. In.: SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. da (org). *Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde*. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2011.

NCCIH - National Center for Complementary and Integrative Health. Reiki. 2022. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/reiki>. Acesso em: 6 de dezembro de 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUDE. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf Acesso em: 06 de dezembro de 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Catalogación por lá Biblioteca de la OMS: Estrategía de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

PETTER, F. A. This is Reiki: transformation of body, mind and soul from the origins to the practice. Twin Lakes (WI): Lotus Press; 2012.

RAMALHO, T. S.; SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. Os Efeitos do Toque Terapêutico na Síndrome Pré-Menstrual. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*. Unisul. Vol.3, No 4-2014.

RUBIK, B.; et al. Biofield science and healing: history, terminology, and concepts. *Glob Adv Health Med*, p. 8-14, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.7453/gahmj.2015.038.suppl>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SALLES, L. F.; et. Al. The effect of Reiki on blood hypertension. Original Article, São Paulo, p. 479-484, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/1982-0194-ape-027-005-0479.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SANTOS; J.J. Curso de Reiki Tradicional Nível I. Brasília, 2014.

VIEIRA. T. C. O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/185635/PGSC0188-D.pdf?sequence=->. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

ZINS, S.; HOOKE, C.; GROSS, C. Reiki for Pain During Hemodialysis: A Feasibility and Instrument Evaluation Study. Journal Holist Nurs, p. 148-162, v.37, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898010118797195>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

Sobre os autores:

Diéssica Roggia Piexak

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

Universidade Federal do Rio Grande

diessicap@gmail.com

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Franciscana (UFN, 2010), Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEN/FURG, 2012) e Doutorado em Enfermagem pela mesma instituição (PPGEN/FURG, 2015). Atualmente é docente da Escola de Enfermagem da FURG, exercendo atividades no curso de Graduação em Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação (PPGEN/FURG). Exerce atividades também como docente colaboradora no PPGEN da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Educação em Enfermagem e Tecnologias de Enfermagem/Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: formação profissional do enfermeiro, práticas integrativas e complementares em saúde (Ayurveda, Yoga, Auriculoterapia e Reiki). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saberes e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (GEPs PICS) da FURG, integrante do Comitê de Ayurveda do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa - CABSIN e integrante do Grupo Temático - Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (GT RM-PIC) da ABRASCO.

Aline Cristina Calçada de Oliveira

Doutora em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande.

Universidade Federal do Rio Grande

profalinecalcada@gmail.com

Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Mestre Reiki, Terapeuta Floral, atuando também com Radiestesia, Toque Terapêutico e Bioeletrografia. Atualmente, docente na mesma universidade no curso de graduação em Enfermagem, onde ministra aulas na graduação e Residência Multiprofissional. Dentre as disciplinas que atua, está a de Práticas Integrativas e Complementares. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saberes e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (GEPS PICS) da FURG.

UM BREVE HISTÓRICO DA SHANTALA

Telma Vitorina Ribeiro-Lima

Angélica Homobono Machado

Luana Aparecida Silva Gomes

Esse espaço foi aberto para contar a história de como uma massagem tradicional indiana para bebês veio a se tornar uma política pública do Ministério da Saúde (MS) do Brasil. Porém, antes, consideramos pertinente fazer um paralelo com uma ideia de Paul Levitz na introdução de Sandman, obra de Neil Gaiman (2010): “mas a história da criação da história começou muito antes”. Assim, para trazermos o contexto contemporâneo dessa narrativa, buscamos elementos do seu histórico-cultural, bem como as influências que recebeu da comunidade científica e que, juntos, compuseram sua bela trajetória.

A Ciência, em seu antigo paradigma - conhecido como clássico ou tradicional - é fruto de uma construção positivista, fundamentada na atomização e compartimentalização do saber no qual se divide o todo em partes para, a partir das partes, compreender o todo. Seu método se contrapôs historicamente ao Teocentrismo da Idade Média, cujas explicações para os fenômenos da vida se baseavam predominantemente em crenças religiosas e misticismo. O antigo paradigma científico, segundo Vasconcellos (2018), baseia-se em três pilares: a simplicidade, a estabilidade e a objetividade.

No entanto, a partir do século XX, o pensamento clássico positivista passou a ser alvo de crítica por levar a uma desumanização da Ciência, ao valorizar demasiadamente a análise reducionista das partes em detrimento da sua finalidade essencial que seria a compreensão do todo. Na obra “Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência”, a psicóloga Maria José Esteves de Vasconcellos elucida o leitor acerca do movimento de transição do antigo para o novo paradigma científico, propondo três novos pilares em sobreposição aos três anteriores, quais sejam: a complexidade, a instabilidade e intersubjetividade (VASCONCELLOS, 2018). Por sua vez, a professora Madel Luz (1997) complementa em seu artigo, com riqueza de conteúdo, como ocorreu o processo de transição do velho ao novo paradigma científico, desde a crise na hegemonia do modelo biomédico, passando pela Conferência de Alma Ata em 1978, até a ascensão e valorização do conhecimento tradicional na construção das políticas públicas para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Assim, pesquisadores ao redor do mundo têm procurado resgatar os conhecimentos tradicionais de diversas culturas e o tema tratado no presente capítulo diz respeito a um desses resgates. A cultura indiana dispõe de uma coletânea de conhecimentos tradicionais milenares, que são transmitidos de geração em geração. Estes conhecimentos abrangem peculiaridades, por exemplo, na alimentação, no uso de ervas medicinais, exercícios físicos, massagens, dentre tantos outros recursos. Em

particular, há uma prática corriqueira na Índia, originária da região de Kerala, ao Sul do país, que se constitui em uma massagem aplicada em bebês e que costuma ser a técnica é transmitida de mãe para filha pela cultura local. Na década de 1970, o médico obstetra Frédérick Leboyer (2009b) estava em uma viagem pela Índia e, de passagem por Calcutá, mais precisamente em uma favela chamada Pilkhana, quando teve a grata oportunidade de observar uma jovem mãe praticando essa massagem em seu bebê.

O médico já trazia consigo uma sensibilidade inerente aos corações humanistas, tendo publicado, com base em sua experiência clínica, o livro “Birth without violence” (tradução livre: Nascimento sem violência), no qual preconizava o conforto do bebê no momento do seu nascimento. Leboyer (2009a) já dispunha desse olhar de quem reconhecia o bebê como um ser senciente, que sente dor, frio, medo, que se assusta ao sair do casulo que o acolhera durante cerca de nove meses para, de repente, se sentir em um ambiente que lhe parece hostil aos sentidos que já desenvolvera até então. Se pensarmos pelo viés da neurofisiologia, mais especificamente na propriocepção, o bebê sai de sua morada aquecida, acolhedora e familiar, cujos ruídos e movimentos já reconheciam, bem como da contenção proporcionada pelos órgãos maternos, para cair no nada, no vazio, cheio de ruídos estranhos, temperatura mais fria, e passando pela manipulação de seu corpo como se fosse algo (não alguém) cujas sensações seriam pouco relevantes diante do ritual de cumprir os protocolos clínicos de um ambiente hospitalar, institucional, onde os seres são números e objetos antes de serem seres.

Foi esse olhar particularmente sensível que avistou a jovem e bela mãe paraplégica sentada sobre um manto, à luz do dia, estimulando o corpo de seu bebê com movimentos rítmicos e sistemáticos, com cuidado e firmeza, proporcionando-lhe contenção e propriocepção. O semblante da mãe contrito e leve ao mesmo tempo, por vezes sorrindo, por vezes absorta na comunhão com seu bebê, em uma conexão profunda de toques e olhares. Leboyer (2009b) se viu então imerso na contemplação daquela cena que tanto fazia sentido para a missão que assumira em seu nobre ofício e como ser humano.

Ao final de toda a sequência, médico se aproximou gentilmente da jovem mãe e pediu-lhe permissão para registrar em fotos e vídeos aquela prática que acabara de presenciar. Tendo assentido, ela recebeu uma homenagem do médico que apresentou e descreveu ao Ocidente todo o procedimento, com seu histórico e passo-a-passo, batizando-o com o nome da jovem mãe. E, assim, essa prática tradicional milenar indiana tem sido divulgada e ensinada ao redor do mundo, como a massagem para bebês denominada Shantala. Atualmente, a técnica é incentivada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil como uma prática eficaz para a manutenção da saúde e qualidade de vida do bebê e de baixo custo (LEBOYER, 2009b, BRASIL, 2017, WHO, 2013).

A Shantala enquanto Política Pública

De acordo com a Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014 – 2023, as práticas tradicionais de saúde constituem um conjunto de conhecimentos inerentes a uma determinada cultura utilizadas com o objetivo de manutenção da saúde e de prevenção e tratamento de algumas doenças, especialmente as crônicas. Em alguns países, essa Medicina Tradicional (MT) ou não convencional pode também ser referida como Medicina Complementar (MC) e em cada país ou região possui características peculiares à cultura local, ainda que em alguns locais sua relevância não seja devidamente reconhecida. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) encoraja seus Estados Membros a adotar as práticas de Medicina Tradicional e Complementar como políticas públicas, implementando planos de ação que favoreçam a saúde das comunidades, de modo especial aquelas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica (WHO, 2013).

No Brasil, adotou-se a terminologia Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) para se referir às diversas terapias conhecidas como naturais incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Juntamente com outras vinte e nove PICS, a Shantala foi incluída à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde. Com isso, é esperado que as práticas tradicionais sejam acessíveis aos usuários do SUS e que se garanta qualidade, segurança, eficácia e efetividade dos serviços, de maneira respeitosa e com um bom custo-benefício (BRASIL, 2017).

Essas metas fazem parte de uma estratégia global que preconiza uma adequada integração, regulação e supervisão das PICS, no intuito de desenvolver políticas públicas centradas nas pessoas, e que promovam a saúde, o bem-estar e a autonomia dos usuários, bem como incorporar um programa de educação continuada e treinamento para os profissionais das PICS. Ademais, é fundamental que gestores e profissionais se comprometam com as vias de informação e comunicação junto aos usuários, de modo que eles possam ter acesso a informações sobre as políticas, as regulações, os perfis de serviço e dados de pesquisas realizadas sobre os temas (WHO, 2013).

Diante deste cenário de crescimento exponencial das PICS e da utilização da Shantala, é fundamental que os atores envolvidos sejam encorajados a desenvolver pesquisas acerca dos benefícios proporcionados pela técnica da Shantala, através do contato corporal e da criação de vínculos na díade mãe-bebê. É evidente que os benefícios do toque proporcionados pela Shantala e suas sutilezas reverberam no sistema nervoso central. Na sessão seguinte, a pele será abordada a partir de uma visão orgânica de alguns autores, assim como da observação naturalista e percepções de Leboyer a partir do seu primeiro encontro com a Shantala.

A Pele como fonte de nutrição emocional

A primeira ideia que visualizamos em se tratando da pele é vê-la como a barreira física que delimita o espaço interno do corpo e o mundo externo ao seu redor. Mas há algo mais profundo no sentido de sua razão de existir. Segundo Moore e Persaud (2016), ela cobre toda a extensão do corpo, sendo considerada o órgão mais extenso de todos. E, sendo um órgão dos sentidos, é uma via não apenas de entrada, mas também de troca de informação sensorial.

A experiência sensorial proporcionada pela pele é particularmente profunda, dinâmica e complexa. Na medida em que os estímulos do ambiente são percebidos por diferentes receptores de temperatura, dor, pressão ou tato, presentes nas terminações nervosas, são conduzidos pelos nervos periféricos e pela medula espinhal até as áreas sensoriais do cérebro, onde são reconhecidos como sensação e devolvidos como reação corporal. Não por acaso, a pele possui a mesma origem embriológica que o Sistema Nervoso Central (SNC), vindo ambos da camada embrionária mais externa, chamada ectoderma (MOORE, PERSAUD, 2016). Do mesmo modo, segundo Montagu (1988), “o Sistema Nervoso é uma parte escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso”.

O toque e a experiência sensorial da pele trazem em si a oportunidade do (re)conhecimento do que é próprio e do que é externo a si. Essa experiência contribui na organização de sua estrutura física e psíquica do indivíduo a partir da noção de suas próprias dimensões e limites e, por conseguinte, a construção da sua propriocepção, autopercepção e autoconsciência. O neurologista Paul Schilder (1981) propõe seu conceito de imagem corporal, segundo o qual é “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente; ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Assim, a pele assume a função de mediadora entre o ser e o mundo (SCATOLIN, 2012).

Do mesmo modo, a pele tem sua relevância especialmente destacada por Leboyer (2009), em seu livro “Shantala – Uma Arte Tradicional – Massagem Para Bebês”. Nesta publicação, o autor traz os dados empíricos coletados a partir de observação naturalista da massagem tradicional indiana para bebês. Porém, o diferencial dessa obra é que o autor apresenta seus dados a partir de uma literariedade sensível, humana e poética, instigando seu leitor a refletir sobre a importância da nutrição emocional do bebê a partir da qualidade do toque como forma de comunicação entre o bebê e seu cuidador. Leboyer (2009b) questiona: “Nutrir a criança? Sim. Mas não só com o leite. É preciso pegá-la no colo. É preciso acariciá-la, embalá-la. E massageá-la. É necessário conversar com a sua pele, falar com suas costas que têm sede e fome, como sua barriga”.

Deste modo, em consonância com os autores citados, trazemos o convite de perceber a nutrição do bebê para além do aspecto da alimentação, mas, com igual importância, para sua nutrição emocional e afetiva. E a massagem Shantala permite essa experiência por meio das trocas sensoriais experimentadas pela pele, a partir da

qualidade do toque. A Shantala, como um dos métodos de massagem, é utilizada em bebês, seja em contexto doméstico, de creche e/ou hospitalar, proporcionando aos participantes (quem recebe e quem aplica). Conforme Ribeiro-Lima, Piske, E.L., Bersch (2018), a experimentação de seus corpos pulsantes, uma oportunidade de interação afetiva a partir da descoberta mútua de si próprio e do outro, tendo como instrumento para essa descoberta os seus próprios corpos.

Conforme Latour (1994), Carvalho (2014) e Steil (2014), esse potencial ontogênico da Shantala, ou seja, da construção particular de cada indivíduo, guarda em si uma complexidade que ultrapassa a mera aplicação técnica da prática. Cada ser experimenta de maneira única o ato compartilhado de aplicar ou de receber a Shantala. Constitui-se em um processo dialógico entre o um e o outro e uma (re)integração entre corpo e mente (cuja desintegração é que vem a gerar conflitos e transtornos de saúde) e à sua natureza primordial, além do retorno a práticas tradicionais da cultura dos povos ancestrais.

O bebê traz consigo habilidades inatas que lhe permitem experiências afetivas, emocionais e cognitivas, que o tornam um ser social. A vivência da Shantala, compartilhada entre o bebê e seu cuidador, promove um aprendizado do que é próprio e do que é do outro; auxilia o bebê na construção de suas primeiras noções de limites entre ele e o mundo, de contenção e de segurança. Essa relação é fundamental na construção de suas relações sociais, sua linguagem corporal, seu processo de amadurecimento e individuação.

Benefícios da Shantala

Por ter se tornado cada vez mais popular no Ocidente, a massagem Shantala tem ganhado espaço no interesse de grupos de pesquisa que estudam a saúde e qualidade de vida infantil. Algumas pesquisas revelaram modificações nos sinais vitais (frequência cardíaca e frequência respiratória) de bebês que receberam a Shantala (LINKEVIEIUS, 2012), assim como variações nos níveis de cortisol salivar, indicando possível adaptação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal (HPA) (FOGAÇA et al., 2005). Em um estudo de Carvalho, Moreira e Pereira (2010), um bebê com Síndrome de Down que recebeu a Shantala apresentou melhora no tônus dos membros superiores, do controle cervical e na qualidade do sono.

A partir de evidências como estas é possível conjecturar que a Shantala possa beneficiar não apenas o estreitamento dos vínculos afetivos entre mãe e filho, mas também contribuir no desenvolvimento global dos bebês nos mais diversos aspectos como a melhoria na qualidade de sono, a diminuição da incidência de gases, como estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor, assim como ajuda o bebê a criar um estado de calma e tranquilidade.

A Prática da Shantala

As imagens documentadas por Leboyer em vídeo e fotos, bem como seu relato minucioso e, ao mesmo tempo, poético da prática milenar indiana de massagem em bebês que veio a ser por ele apresentada ao Ocidente como Shantala, vem ganhando uma popularidade que perdura até os dias atuais entre mães dispostas a melhorar o bem-estar de seus bebês e sua própria relação com eles. O presente tópico apresenta um breve resumo técnico de todo o procedimento. No entanto, esta síntese está longe de transmitir toda a riqueza de detalhes e o relato emocionado e emocionante de Leboyer (2009b), que teve a oportunidade de registrar as cenas de amor entre a jovem mãe Shantala e seu bebê.

Alguns cuidados devem ser tomados antes e durante a aplicação da massagem Shantala. O fato de bebê deve estar com o corpo totalmente despido para receber o procedimento, justifica o cuidado de manter o ambiente adequado, que deve estar com temperatura amena e iluminação confortável para o bebê, que pode ser observado pelo seu comportamento. Pelo mesmo motivo, o autor recomenda que a massagem seja aplicada a partir do primeiro mês de vida para evitar que o bebê sofra de hipotermia.

Do mesmo modo, recomenda-se que as aplicações tenham início antes do quarto mês de vida, pois, já apresentando melhor maturação do desenvolvimento motor, os movimentos do bebê podem dificultar ou até mesmo impedir a massagem. Cada sessão deve ter duração de cerca de 20 minutos e deve-se dispor de um óleo vegetal extravirgem de boa qualidade (naturais e hipoalergênicos), como por exemplo, amêndoas doces, sementes de uva ou gergelim para aplicar os movimentos.

No decorrer da aplicação da Shantala, é importante garantir o conforto do bebê em todos os aspectos possíveis. Levando-se em consideração os estímulos sensoriais, a ambientação do recinto onde a massagem será aplicada deve primar por eliminar, ou reduzir ao máximo possível ruídos, odores e excesso de luz que possam incomodar o bebê e a pessoa que deve efetuar a massagem. Os momentos escolhidos para a prática devem respeitar os horários de alimentação do bebê, de modo que ele não fique incomodado por sentir fome ou por ainda não ter digerido a alimentação mais recente.

É igualmente importante que a pessoa que deve aplicar a massagem Shantala esteja se sentindo confortável e devidamente acomodada durante toda a sessão. De acordo com a prática tradicional, o aplicador deve sentar-se em um colchonete no chão com as pernas esticadas, costas eretas e ombros relaxados. O estado emocional do cuidador durante a massagem será, naturalmente, transmitido para o bebê por meio do toque, por isso, se estiver calmo e tranquilo, poderá transmitir segurança e conforto ao bebê, o qual também poderá sentir se o seu cuidador estiver tenso e desconfortável.

Após a preparação do ambiente, segue-se com o posicionamento do aplicador da massagem e do bebê, cuja sintonia entre ambos será fundamental para o sucesso da prática, pois, durante a interação, tendem a compartilhar sensações. A seguir, a

pessoa que aplica a Shantala deve, cuidadosamente, deitar o bebê de peito para cima em uma toalha ao longo de suas pernas (longitudinalmente), com a cabeça do bebê na direção de seus pés. A partir desse momento, é muito importante que o aplicador esteja entregue à interação com o bebê, olhando-o nos olhos para criar e cultivar uma atmosfera de acolhimento entre ambos.

Direcionando sua atenção e carinho para o bebê, a pessoa que aplica a massagem deve dispor de sua total presença e envolvimento durante todo o processo, vivenciando a experiência juntamente com o bebê. O silêncio, neste momento, é muito bem-vindo para auxiliar a manter o bebê no foco de sua atenção. Tendo-se, assim, preparado o ambiente e acolhido o bebê confortavelmente sobre suas pernas, segue-se o momento de executar o passo a passo da massagem Shantala.

O procedimento se inicia untando-se as mãos no óleo e começando os movimentos pelo peito do bebê, descendo pelos lados do tronco e depois subindo e cruzando em direção ao ombro oposto, até o pescoço. E, com movimentos lentos e leve pressão, promover tranquilidade e segurança ao bebê, conforme figura 1, a seguir:

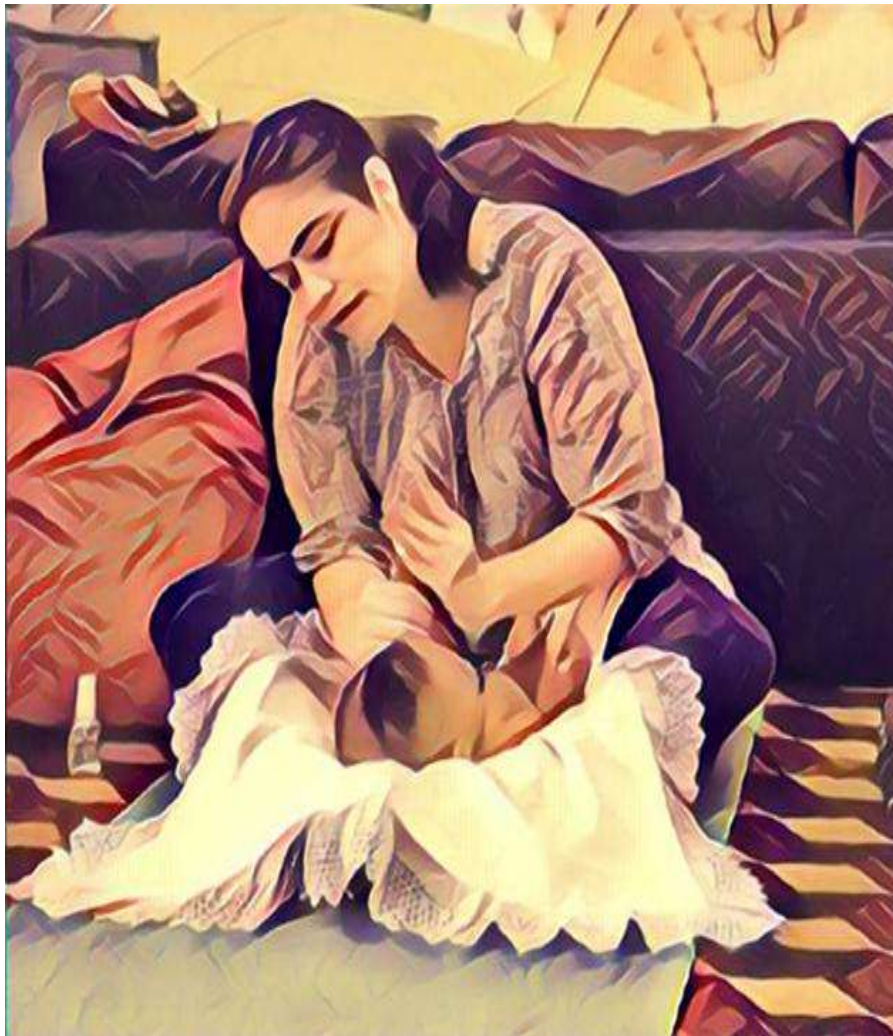


Figura 1: aplicação da massagem Shantala em bebê.

Fonte: arquivo das autoras.

Em seguida, a pessoa que aplica a Shantala deve alongar e massagear braços e pernas com movimentos de anelamento. Este movimento consiste em dispor os dedos de modo que envolva o diâmetro do braço ou da perna do bebê, como se fosse um anel ou uma pulseira, e seguir com movimentos rotatórios, deslizando ao longo da extensão do braço ou da perna.

Desse modo, o aplicador deverá inicialmente anelar os braços do bebê delicadamente, seguindo até seus punhos, mãos e dedos. Depois disso, deverá massagear a barriga do bebê com leves movimentos circulares com as polpas dos dedos das mãos (não com as pontas onde terminam as unhas), no sentido horário (sentido do intestino grosso – ascendente, transverso e descendente). Em seguida, deverá alongar e anelar suas pernas desde os troncos e massagear de modo parecido como fora realizado com os braços, seguindo até os tornozelos, calcanhares, plantas dos pés e dedos.

No momento seguinte, o aplicador da massagem deve colocar o bebê de bruços (barriga para baixo) e transversalmente (atravessado) sobre suas pernas. Assim, deve massagear suas costas, em movimentos síncronos de vai-e-vem, dos ombros às nádegas e das nádegas aos ombros, primeiro com seu antebraço e depois com as suas mãos espalmadas, lenta e firmemente. Após, o aplicador da Shantala deve fazer os mesmos movimentos ao longo das nádegas e na parte de trás das pernas, até os pés do bebê.

No próximo passo, a pessoa que aplica a Shantala deve retornar o bebê para a posição original ao longo de suas pernas e fazer, então, a massagem em seu rosto, inicialmente pela frente (laterais abaixo da testa), contornando as sobrancelhas, vindo ao meio, seguindo para as têmporas, contorno dos olhos, bochechas, base do nariz e testa. A massagem será então finalizada com três exercícios baseados no Hatha-Yoga, com a intenção de alongar musculatura e tendões e mobilizar articulações e ligamentos. No primeiro exercício, os dois braços serão cruzados sobre o peito do bebê e depois abertos novamente. No segundo, cruza-se um braço e uma perna contralaterais (de lados opostos, ou seja, braço direito com perna esquerda e braço esquerdo com perna direita) sobre o tronco frontal do bebê, de modo que o pé toque o ombro oposto e a mão toque o quadril oposto. E, finalmente, no terceiro exercício, cruzam-se as pernas sobre a barriga, descruzando-as em seguida. Cada exercício deve ser executado por três vezes.

O último passo da Shantala é o banho (Imagem 2), porém, sem a intenção de asseio. A pessoa que aplica a massagem deve apenas sustentar o bebê pelas axilas. Em seguida, repousar a nuca (não a cabeça) do bebê, sobre uma de suas mãos em concha, enquanto a outra se encaixa no osso sacro (logo acima de suas nádegas) e, assim, deixá-lo flutuar na água. Ao final do banho, o aplicador da massagem deve umedecer as mãos em água fria e passar um pouco no alto da cabeça, no rosto e, por fim, nas

nádegas do bebê (LEBOYER, 2009b; RIBEIRO-LIMA; PISKE; BERSCH 2018; RIBEIRO-LIMA, 2019).



Imagem 2: banho de imersão em bebê após a massagem Shantala

Fonte: arquivo das autoras.

Diante de um resgate tão profundo de uma sabedoria tradicional, com tantos relatos de eficácia e segurança no manejo da saúde e bem-estar dos bebês, é natural que surja no profissional de saúde o interesse de se apropriar de um conhecimento que pode beneficiar seu público-alvo, de modo especial as mães e seus bebês. O tópico seguinte vem tratar de possibilidades de caminhos para realizar uma formação complementar em Shantala.

Como fazer a formação em Shantala no Brasil?

Atualmente no mercado, há uma infinidade de cursos de capacitação em Shantala voltados tanto para profissionais de saúde quanto para o público em geral, a maioria deles promovidos por empresas privadas. Os cursos direcionados para profissionais de saúde, bem como para pessoas que pretendem trabalhar profissionalmente com a Shantala, de modo geral, são oferecidos com certificação de carga horária.

No âmbito do serviço público, o aprendizado da prática de Shantala vem sendo oferecido geralmente por servidores dos programas de promoção de saúde aos

usuários (grávidas e puérperas) e em caráter de oficina ou vivências com algumas horas de duração. Em nossa pesquisa, encontramos apenas uma referência de curso de formação de Shantala oferecido no setor público com o objetivo de capacitar profissionais a realizar a massagem ou orientar familiares do bebê na execução do procedimento. Esse curso está sendo promovido pela Secretaria de Saúde de Recife, por meio da Coordenação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS) e Programa Mãe Coruja, em articulação com a Escola de Saúde do Recife (ESR). O período previsto para execução desse curso é durante a primeira quinzena de fevereiro de 2023, sendo ministrado no formato presencial (SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2023).

Diferentemente da Acupuntura e que necessitam do reconhecimento do diploma pelo Ministério da Educação (MEC), a Shantala ainda se enquadra como a maioria das demais PICS que são ensinadas em cursos livres. Deste modo, cabe ao profissional interessado em obter o conhecimento e o título de praticante procurar se informar previamente acerca da credibilidade da empresa e dos profissionais que oferecem os cursos de formação em Shantala. Algumas escolas de Ayurveda (sistema de conhecimentos tradicionais de saúde indiano) incluem a prática da Shantala em seu conteúdo programático.

É importante lembrar que Leboyer (2009b) ressalta em sua obra que qualquer alteração no passo-a-passo da prática por ele descrita faz com que o procedimento deixe de ser a massagem Shantala. Assim, é necessário seguir criteriosamente a sequência retratada em seu livro para se poder afirmar que o que se aplica é realmente a prática tradicional indiana de massagem em bebês conhecida no Ocidente como Shantala. Todas essas informações devem ser levadas em consideração no momento de se escolher a escola de formação para se obter a certificação de capacitação profissional como praticante de Shantala.

Considerações finais

A prática da Shantala, dentre suas propriedades e benefícios, garantem o íntimo contato entre mãe e bebê. Leboyer, referindo-se ao ato de nutrir em sua obra, denotou sabiamente que o toque proporciona ganhos incomensuráveis na neurofisiologia proprioceptiva do bebê, os quais resultam na melhor funcionalidade dos sistemas corporais. O vínculo estreitado entre a mãe e o bebê permite a este um potencial momento de construção de memórias corporais afetivas que lhe proporcionam um sentimento de segurança, que seguirá por toda vida.

Para a mãe, os momentos compartilhados com o bebê possibilitam transformações significativas da maternagem, permitindo-lhe compreender-se como um ser que constrói afetos, mas que é afetada por essa troca prazerosa do contato corporal com o seu bebê. A partir desta produção, espera-se estimular nas mães um

olhar mais voltado para a construção do vínculo mãe-bebê. Almeja-se, ainda, que a disseminação da informação e a apropriação do conhecimento da massagem Shantala por parte das mães possam partir da sua iniciativa individual e que os serviços públicos de saúde possam constituir-se de espaços facilitadores da prática, com profissionais especializados.

Nesse ínterim, é salutar que gestores e profissionais das diversas esferas do cuidado estejam comprometidos em difundir os saberes desta prática milenar junto aos usuários dos serviços públicos. Deste modo, é fundamental que o conhecimento acerca da técnica seja fiel às suas origens. É de igual relevância que profissionais e gestores conheçam e dominem informações relacionadas às políticas e regulações norteadoras das PICS e da Shantala, além de considerar as evidências científicas sobre o tema.

Referências

BRASIL. PORTARIA nº 849, de 27 de março de 2017. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849>

_28_03_2017.html. Acesso em 04 dez. 2022.

CARVALHO, R., MOREIRA, T., PEREIRA, M. Shantala no Desenvolvimento Neuropsicomotor em Portador da Síndrome de Down. Revista Científico do UNIFAE, Vol. 4 n. 1, pags 62–66, 2010.

FOGAÇA, M. D. C., et al. Salivary cortisol as an indicator of adrenocortical function in healthy infants, using massage therapy. São Paulo Medical Journal, Ed. 123 Vol (5), pag 215–218, 2005. DOI: 10.1590/s1516-31802005000500003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16358095/> Acesso: 03 dez 2022

GAIMAN, N. Sandman: edição definitiva. São Paulo (SP): Panini Books, 2010

LATOUR, B. Jamais fomos modernos. Ensaio de Antropologia simétrica. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LEBOYER, F. Birth without Violence. Rochester, VT, (US): Healing Arts Press, 2009. 144 p.

LEBOYER, F. SHANTALA - Uma arte tradicional: massagem para bebês 8 ed. São Paulo: Ground, 2009b.

LINKEVIEIUS, T. A. K., et al. A Influência da Massagem Shantala nos Sinais Vitais em Lactentes no Primeiro Ano de Vida. Revista Neurociências, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 505–510, 2012. DOI: 10.34024/rnc.2012.v20.8224. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8224>. Acesso em: 05 dez. 2022.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 7, n. 1, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/x6Kp5YCKcK9cK4y4QxSCKsX/?lang=pt#>. Acesso em: 02 dez 2022

MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. 10ª ed. São Paulo (SP): Summus Editorial, 1988.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. *Embriologia Básica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RIBEIRO-LIMA, T.V.; PISKE, E.L.; BERSCH, A.A.S. Estratégias cooperativas no contexto de acolhimento institucional: Psicomotricidade Relacional e massagem para bebês In: CAVALCANTE, L. I. C. (org.) et al. *Acolhimento institucional de crianças e adolescentes: teorias evidências científicas para boas práticas*. 1ª Ed. Belém (PA), Juruá Editora, 2018. 436 p.

RIBEIRO-LIMA, T.V. *Shantala para bebês em acolhimento institucional: Revisão da literatura e proposição de um programa de massagem infantil*. 2019. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém (PA), 2019.

SCATOLIN, H.G. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 21, n.1, p. 115-120, 2012. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/article/download>. Acesso em: 10 dez 2022

SCHILDER. P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo (SP): WMF Martins Fontes, 1981. 320 p.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2023. *Curso de formação em Shantala (formação presencial) turma fechada*. Disponível em: <https://escoladesaude.recife.pe.gov.br/en/curso-de-formacao-em-shantala-formacao-presencial-turma-fechada>. Acesso em 03 dez 2022.

STEIL, C. A., CARVALHO, I. C. de M. Epistemologias ecológicas: delimitando um conceito. *Mana*, Vol. 20 n. (1), 163–183, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132014000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/q4j7Q5cGKvVv8cvqZrjknpf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 dez 2022

VASCONCELLOS, M J E. *Pensamento sistêmico. o novo paradigma da ciência*. 11.ed. São Paulo (SP): Papirus, 2018. 272 p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization, 2013.

Sobre os autores:

Telma Vitorina Ribeiro-Lima

Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará

Terapeuta Integrativa e sócio-proprietária do Espaço Dharma.

E-mail: telmavitorina@gmail.com

Biomédica (UFPA).

Especialista em Saúde Pública (IBEPEX/FACINTER) e em Acupuntura (CBES). Mestre em Doenças Tropicais (UFPA). Formação em Yoga (Ananda Marga), Terapia Crânio Sacral (TCS/UPLEDGER), Massoterapia Ayurvédica e Shantala; atualmente também é discente do quinto semestre de Psicologia pela Uninassau.

Angélica Homobono Machado

Doutorado em Ciências Sociais com ênfase em Antropologia da Saúde pela Universidade Federal do Pará

Professora adjunta do departamento de ciências do movimento humano (DCMH) na Universidade do Estado do Pará (UEPA)

E-mail:angelica.homonobo@uepa.br

Fisioterapeuta. Especialista em Psicomotricidade (UEPA). Formações em Terapias Manuais, Terapia CrânioSacral (TCS/UPLEDGER) e Terapias Holísticas e Vibracionais e Constelação Familiar Sistêmica.

Luana Aparecida Silva Gomes

Mestra em Neurociências e comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA)

Professora substituta do Departamento de Terapia Ocupacional (DETO) da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

E-mail: luana.gomes@uepa.br

Terapeuta ocupacional, especialista em gestão em saúde (UFPA), TEA – intervenções multidisciplinares e contextos intersetoriais (UEPA). Possui formação em Acupuntura (ABA), auriculoterapia, aromoterapia, curso de ventosa, Guasha e Kinesio Tapping® KT1 e KT2

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: VIVÊNCIAS NO TERRITÓRIO

Adriana Prestes do Nascimento Palú

Maria Regina Melo Santos

Maria Solange de Oliveira Lima

Ubiraci Silva Matos

A Terapia Comunitária Integrativa como recurso na Promoção da Saúde

A saúde é a condição que engloba bem estar físico, social, emocional, e não apenas a ausência de doenças. O debate conceitual se apoia na construção histórica em torno de referências, como a Organização Mundial de Saúde, leis e portarias. No Brasil, as mobilizações populares tiveram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, importante marco temporal nos debates, que culminaram no reconhecimento da saúde como direito a ser assegurado pelo Estado, mediante políticas públicas, conforme descrito na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e concretizadas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta perspectiva, a lógica de cuidado tradicionalmente pautada na biomedicina, numa postura cartesiana e prescritiva, diverge do paradigma holístico defendido para a prática contemporânea, que contempla a multiplicidade de fatores que interferem no processo de adoecimento e cura. De modo que outras abordagens passam a ser observadas e adotadas, com o objetivo de dar atenção à inter-relação dos indivíduos com seu modo de vida, na sua complexidade biológica, social, cultural, econômica, entre outras.

Pereira, Souza e Schweitzer (2022) destacam que, no âmbito dos serviços públicos de saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS) se torna estratégica para a promoção democrática do bem-estar social, com a reorganização dos serviços a partir do cuidado de famílias e comunidade. E neste espaço, dentro da rede de atenção à saúde, se inserem outras racionalidades médicas.

Desde a Declaração de Alma-Ata (1978) há menção de sistemas médicos complexos que empregam recursos terapêuticos que objetivam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a), denominados pela Organização Mundial de Saúde, inicialmente como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) e atualmente como medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI), são baseados em práticas de cuidado integradas e que se somam às demais, de maneira segura, respeitosa, econômica e eficaz (VASCONCELOS, 2021). Silva Franco et al. (2020, p. 234) descrevem que

O que distingue muito essas racionalidades da biomedicina é uma compreensão diferente do corpo humano e dos mecanismos de adoecimento e restabelecimento e cura. O corpo não é uma máquina constituída por partes que podem ser trocadas para manter o bom funcionamento. O corpo, para as racionalidades não-biomédicas e os recursos terapêuticos associados, é um organismo vivo que tem a capacidade de se reorganizar, tratar-se, curar-se.

Toniol (2015) traz a ideia central das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) referindo a integralidade que se aproxima do conceito de holismo, numa perspectiva não reducionista. Constitui um recurso terapêutico que reconhece os conhecimentos tradicionais, adotando uma visão ampliada do ser humano e dos processos da doença. Terra e Pizutti (2021) ao descrever as PICS apontam que essas práticas

[...] contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que estimulam os mecanismos naturais de cura e prevenção de agravos, utilizando-se de tecnologias de baixa densidade para esse fim. A escuta acolhedora, o estímulo ao autocuidado e uma concepção ampliada do processo saúde-doença são características de diversas PICS, que podem atuar tanto na promoção da saúde quanto na prevenção e tratamento de doenças (TERRA; PIZUTTI, 2021, p.2).

No Brasil, as PICS foram legitimadas por mecanismos formais, com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) - Portaria GM/MS nº 971/2006 (BRASIL, 2006b), com sua inserção na atenção primária e demais níveis de atenção em saúde. O sistema passa a incorporar a possibilidade de oferta de 29 recursos terapêuticos à população, entre eles pode-se citar, a única prática genuinamente de origem brasileira, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI):

[...] é uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS) genuinamente brasileira, que nasceu no Ceará em 1987, pelo trabalho coletivo do psiquiatra, teólogo e antropólogo Adalberto de Paula Barreto e do advogado Airton Barreto, diante da necessidade de lidar com os sofrimentos e angústias de pessoas atendidas no Centro de Direitos Humanos da Comunidade do Pirambú, a maior favela do estado (BARRETO et al., 2020, p. 7).

Essa metodologia, proposta pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto (2008) promove encontros interpessoais e intercomunitários que auxiliam no fortalecimento dos vínculos e no apoio à dinâmica familiar, em que se respeita qualquer pessoa, independentemente da sua condição social, econômica e cultural. Lutterbach (2017, p.14) fala sobre a intensa de trocas de experiências, saberes, reflexões e superações, que a TCI proporciona, o que favorece a maior compreensão e ajuda no reconhecimento de si e do outro, ressignificando a o problema ou “a doença como como formas de estar e sentir o mundo em suas relações singulares e grupais”.

Nesse espaço de trocas e intercâmbio social, há possibilidade de criar vínculos e laços de amizade, se amplia a percepção dos problemas e possibilita sua resolução por meio da prática interdisciplinar e aberta ao diálogo (CARVALHO et al., 2021). Configura um espaço de acolhimento, de partilha de sentimentos e experiências de vida, que mobiliza a ação terapêutica do próprio grupo, estimula a reconstrução de valores em que cada um se ressignifica e se descobre capaz de se abrir a mudanças.

Guimarães e Valla (2010, p..5) afirmam que na TCI se promove a facilitação do auto empoderamento “uma vez que potencializa os recursos individuais e coletivos, na medida em que o grupo se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais”. Desta forma, esse recurso terapêutico, de abordagem de saúde comunitária, tem o poder de auxiliar o indivíduo a procurar possíveis soluções por meio dos problemas vivenciados e compartilhados, e nas formas diversas formas de lidar com as situações cotidianas em diferentes contextos.

A TCI constitui um importante recurso entre as PICS, presente em 24 países distribuídos pela América do Sul, Europa, África, atuando em diversas áreas: saúde, educação, assistência social, comunidades e setor privado (ABRATECOM, 2022). Busca pelo diálogo entre a sabedoria popular e os conhecimentos científicos, construir redes sociais de promoção à saúde. Está alicerçada no pensamento sistêmico, na teoria de comunicação, na antropologia cultural, na pedagogia de Paulo Freire e na resiliência (BATISTA, 2017). Centrada na restauração da autoestima e da confiança em si, na promoção da integração das pessoas nas comunidades com o resgate da dignidade e da cidadania, na contribuição para a redução das exclusões, no reforço do vínculo entre os integrantes da comunidade, com respeito à cultura e diversidade, de modo a possibilitar a agregação de novos valores, criando assim, condições para relações mais dinâmica e solidárias (BARRETO, 2008).

Diante deste potencial, torna-se oportuno o compartilhamento de experiências vivenciada nas “rodas” de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na promoção da saúde, em diferentes cenários e contextos.

A TCI com crianças: acolhendo identidades e ressignificando fragilidades emocionais

A infância é uma fase permeada por comportamentos de vulnerabilidade que podem comprometer a saúde física e psíquica. As fragilidades emocionais podem levar a estados debilitados caracterizados pela ansiedade e estresse. Esses comportamentos, associados à dificuldade em tomar decisões e resolver problemas são fatores associados a dificuldades no desempenho escolar e pessoal, na qual perpetuando esses problemas, podem-se estender para a vida adulta interferindo na sua qualidade de vida.

Cardeira (2012) discorre sobre educação emocional em contexto escolar e numa abordagem reflexiva traduz implicações pessoais e sociais concluindo que

[...] pessoas emocionalmente inteligentes conhecem-se a si, às suas emoções e são capazes de estabelecer relações empáticas com o outro. São capazes de adiar a recompensa, adequando comportamentos a contextos específicos. Esta competência é extrapolada para outras áreas da vida, que vão desde o aumento do rendimento escolar, à diminuição da violência [...] (CARDEIRA, 2012, p. 1).

Portanto mostra-se imperativo empregar recursos terapêuticos visando a promoção da saúde de escolares, entre elas se inclui a emocional, repercutindo nas famílias e comunidade onde se inserem. A atenção à saúde desse público deve incluir práticas que atendam às singularidades desta fase, focada na construção de ambientes solidários, acolhedores e de diálogo que valorizem suas escolhas e tomadas de decisão.

Há consenso de que ambiente escolar é um espaço com alto potencial para o desenvolvimento do conhecimento compartilhado e favorável para a promoção da saúde, o que se materializa com ações da Atenção Primária em Saúde (APS) e com a iniciativa do Programa Saúde na Escola (PSE), uma estratégia de integração da saúde e educação que se baseia no desenvolvimento da cidadania, ao passo que proporciona o acesso às medidas de promoção da saúde e produz mobilizações que acionam a comunidade escolar e seu entorno. Instituído em 2007, como uma política intersetorial, o PSE tem o objetivo de promover a saúde e a prevenção de agravos à saúde, prezando a qualidade de vida dos estudantes, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar (BRASIL, 2017).

O conceito de educação em saúde, vinculado ao de promoção da saúde, trata de processos que envolvem a participação ativa do sujeito, em sua vida cotidiana, considerando os diversos determinantes do processo saúde-doença. Nesta perspectiva o cenário escolar representa importante espaço para o desenvolvimento de ações que estimulem a reflexão coletiva, sobre a influência direta do sujeito no próprio cuidado, apresentando e reforçando sua autonomia, e apontando sua contribuição no ambiente familiar e no meio em que vive, com abordagem integral dos aspectos físicos, mentais, ambientais, pessoais e sociais. Conforme Machado et al. (2007) o desenvolvimento dessas ações é positivo e eficiente na busca do bem-estar pessoal e coletivo.

Dentre as práticas que atendam às singularidades desta fase, focada na construção de ambientes solidários, acolhedores e de diálogo, as PICS se mostram oportunas por abordar holisticamente os sujeitos e o contexto em que se inserem e a TCI desponta como um recurso terapêutico que contempla os propósitos de valorização da autonomia, da autoestima, do protagonismo nas escolhas e na tomada de decisão.

Barreto et al. (2020, p.7) ressalta que a TCI não é uma psicoterapia de grupo centrada na patologia do sofrimento mental, como no modelo biomédico, mas configura um ato terapêutico que pode ser realizado com qualquer número de pessoas

e de qualquer nível socioeconômico, delineando o reforço das competências individuais nos campos da promoção da saúde e do social.

A experiência vivenciada em Apucarana/PR, com o uso das “rodas” de TCI com crianças do ensino fundamental destaca a importância de promover ações voltadas à educação emocional no ambiente escolar, partindo do pressuposto de que a educação emocional pode contribuir no processo de ensino-aprendizagem, buscando equilíbrio entre aspectos cognitivos racionais e emocionais (REGO, ROCHA, 2009).

Durante os contatos da equipe de saúde com as coordenações de três escolas municipais, os conflitos e instabilidade emocional dos escolares despontou como prioridade e como estratégia de abordagem foi proposto o trabalho com “rodas” de TCI, para trabalhar aspectos que envolvem as competências da inteligência emocional, como autoconhecimento, autogestão, consciência social e administração de relacionamentos.

O projeto das “rodas” de TCI consistiu em uma iniciativa pontual, de grupo de profissionais da saúde pública, mas não configurava política local de atenção à saúde. Na ocasião, foram realizados 29 encontros no espaço das escolas e os participantes foram eleitos a partir do diagnóstico situacional, com priorização das demandas apontadas pela coordenação das escolas, prevalecendo os aspectos que permeavam os conflitos e instabilidade emocional. As “rodas” foram realizadas com alunos de 09 a 10 anos em duas escolas e de 12 a 14 anos na terceira escola, totalizando 29 encontros.

As “rodas” foram realizadas de acordo com a periodicidade pactuada e com a autorização prévia da direção das escolas e dos responsáveis pelos alunos, com subsequente avaliação dos encontros pelos alunos, professores e coordenação escolar. O instrumento de avaliação não seguiu rigor acadêmico, aplicado com o objetivo de servir como recurso informal de informações sobre as dinâmicas dos encontros e os resultados sentidos ou produzidos na vida de cada participante. Esses dados subsidiaram a continuidade do projeto e os ajustes necessários. Os participantes expressaram livremente opiniões e sugestões, sem divulgação em nenhum local e de forma anônima.

A metodologia dos encontros seguiu os seguintes momentos:

1. Acolhimento: iniciando com mensagem de boas-vindas aos participantes, apresentação dos participantes, colocando as pessoas à vontade e confortáveis, em círculo. É o momento que o terapeuta explana sobre os objetivos da TCI como espaço de partilha de experiência e explica as regras (por exemplo: fazer silêncio, falar em primeira pessoa - eu, não dar conselhos, não julgar, não fazer análise, manter o que era dito ali, etc.).
2. Escolha do tema: a fala fica aberta para os participantes apresentarem, de forma sucinta, os problemas ou situações que estão vivenciando, momento em que se levantam os sofrimentos e as principais inquietações. Após as exposições o grupo escolhe o tema a ser trabalhado mediante a uma votação.

3. Contextualização: momento que o terapeuta solicita à pessoa, cujo tema foi escolhido, mais detalhes sobre o problema ou situação apresentada e os participantes podem fazer perguntas para compreender o problema eleito, durante esse processo a intenção é criar uma reflexão coletiva. Barreto (2008) explica que as perguntas ajudam na reordenação das ideias, quebra das certezas e, portanto, na criação de disponibilidade para mudanças. Nesta fase o terapeuta condutor deve estar atento para extrair, dos depoimentos da pessoa escolhida, o mote – uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo durante a terapia, que ressignifica o problema a partir da singularidade individual até a dimensão do coletivo. Barreto (2008) orienta que representa o ponto de encontro entre os participantes da terapia, aquilo que liga, solidariza, exprime a mesma humanidade dentro de cada um.

4. Problematização: o grupo chega a essa fase quando o mote é retransmitido e as reflexões se dão a partir das experiências individuais, sobre quem já vivenciou alguma situação parecida e quais atitudes tomaram para superá-la. O grupo torna-se envolvido com o problema e as alternativas apresentadas passam a ser do próprio grupo. Alcança-se então, uma compreensão diferenciada do problema assim como a própria pessoa que o expôs, pode vê-lo em diferentes perspectivas e interpretações.

5. Encerramento: momento que é proporcionado um ambiente de interiorização, envolvimento na afetividade e apoio dos participantes. O terapeuta incentiva a fala sobre as aprendizagens, Barreto (2008) aponta como o momento que se procura fazer conotações positivas a todos que se expuseram ou apresentaram seus sofrimentos e pede para que os participantes falem das coisas boas que mais lhes tocaram e admiraram. Esse processo é registrado e acompanhado pelo terapeuta avaliando o impacto nas pessoas a partir da participação de cada uma, os temas escolhidos e como foram superadas as dificuldades apresentadas. Finalizando com agradecimentos e convite para os próximos encontros.

O tema predominantemente escolhido pelos alunos foi o estresse, que contemplava sintomas como: angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, tristeza, solidão, saudade, raiva, vingança, desânimo, desprezo e dores em geral. Verbalizaram frases lindas, cheias de emoção, às vezes com angústia, comprovando que “rodas” de TCI ajudam a aliviar o sofrimento. Os professores e coordenações apontaram mudanças nos alunos que participaram das “rodas” de TCI e expressaram que os participantes reconheceram o espaço protegido e apoiado para “desabafar”, bem como recursos para manifestarem seus sentimentos, identificando a autoestima e autoconfiança favoráveis na construção de relações positivas. Tais percepções apontam a importância da TCI, como recurso terapêutico, para a abordagem de um tema tão delicado, como os problemas emocionais.

A vivência das “rodas” de TCI, com crianças no ambiente escolar, alcançou resultados positivos na iniciativa intersetorial de promoção da saúde, evidenciando o potencial do Programa Saúde na Escola (PSE) e apoiando a integração desses dois setores, o que motivou a equipe de saúde a expandir essa atividade para outras escolas. A TCI proporcionou o reconhecimento dos sentimentos (dimensão mental)

como tomada de consciência das emoções (dimensão somática) e, assim, ressignificou percepções subjetivas frente ao coletivo que integra, promovendo o controle ou domínio sobre as ações, comportamentos pessoais e sociais, com influência na saúde e no bem-estar.

Conclui-se que a TCI contribui como recurso terapêutico voltado à saúde de escolares e na educação emocional, fortalecida pelas ações intersetoriais em diferentes contextos sociais, criando possibilidades para a tomada de consciência da sensibilidade e da expressão da energia emocional de forma criativa e construtiva. De modo que, partindo da singularidade de cada um, consigam reconhecer que o processo de construção dos sujeitos demanda amor, acolhimento e autoconfiança, para se constituir relações sociais positivas e o próprio protagonismo na transformação do mundo.

TCI no resgate da autoestima de pessoas em situação de rua

A atenção em saúde e a assistência social são asseguradas na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e normatizadas em suas políticas vigentes. Ambas se orientam na ética que inclui “os invisíveis”, considerando as vulnerabilidades que perpassam características individuais e singulares, mas que também são advindas do contexto social, histórico, político e econômico, compreendendo a inter relação das dimensões pessoais e coletivas. Dentre “os invisíveis”, as pessoas em situação de rua se sentem muitas vezes à margem da sociedade, desassistidas e encontram diversas barreiras no acesso aos dispositivos de saúde, como também de cuidados voltados ao atendimento de suas dificuldades e inseguranças.

Conforme a Lei no. 11.258 (BRASIL, 2005), que estabelece que os serviços de Assistência Social devem criar programas de amparo às pessoas que vivem em situação de rua, foi criado o Centro de Referência Especializada no Atendimento à População de Rua, em Apucarana-PR (Centro POP). Esse constitui um espaço de referência para o convívio social e de acolhida destes sujeitos que trazem suas necessidades, mas também possibilidades ou capacidades que podem ser desenvolvidas, num esforço intersetorial com os demais serviços. Para contemplar esse objetivo, parte-se do pressuposto de que por meio da escuta do sofrimento das pessoas em situação de rua é possível observar outras formas para auxiliá-los na condução de suas escolhas de vida, nas quais se tornam sujeito da própria história e não apenas mero objeto dela (BARRETO, 2008).

Nesta perspectiva, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) despontam como uma abordagem humanizada, que possibilita o acolhimento das pessoas em situação de rua, sob o paradigma holístico do cuidado em saúde. E dentre os diversos recursos terapêuticos respaldados nas evidências científicas e amparado legalmente pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC),

no Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como um potencial recurso terapêutico.

Desta forma, discorre-se sobre a vivência que adotou o recurso da TCI com grupo de pessoas em situação de rua, no Centro POP de Apucarana-PR, com o objetivo de contribuir para a construção de identidade, auto estima e auto confiança, para que os participantes das rodas se sentissem valorizados e incluídos na sociedade (MARTINI, 2017; REIS, 2017).

Segundo Gomes (2016, p. 12) a TCI

[...] pode ser considerada uma resposta a um contexto de grande vulnerabilidade social, marcado por precariedade nos aspectos de infraestrutura, segurança pública, acesso ao emprego e renda, bens e serviços, com elevado estigma social.

Essa vivência propiciou um espaço de escuta, acolhimento e construção de vínculos. A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), em ação compartilhada com a equipe do Centro POP, viabilizaram a criação do grupo de acolhimento como espaço humanizado de inclusão. Os encontros foram realizados periodicamente e com duração de aproximadamente uma hora, iniciava com a ambiência no café da manhã e neste primeiro contato a música quebrava barreiras aproximando os sujeitos de forma sutil e sensível. Os momentos subsequentes seguiram a metodologia proposta por Barreto (2018): acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, encerramento (ritual de agregação e conotação positiva) e avaliação, este último momento era reservado para a equipe que conduzia a roda, conforme Carício (2010, p. 33) explica é quando se avalia “o impacto nas pessoas a partir da participação de cada uma, os temas escolhidos e como foram superadas as dificuldades apresentadas”.

Muitos compartilhamentos afetam de diferentes formas cada participante, mas é sentida a organicidade do grupo ao acolher cada emoção, a produzir uma multiplicidade de sentimento, que resultam na ressignificação de valores, na emancipação dos sujeitos e no reconhecimento da potência de cada um para mudanças de vida. O empoderamento e fortalecimento afetivo mostram uma forma concreta de promover a saúde, apoiando estes sujeitos na sua reintegração na sociedade e na família. Por fim, a realização das “rodas” evidencia a TCI como importante recurso no resgate da autoestima das pessoas em situação de rua, que ao sentirem-se acolhidas, fortalecem sua auto confiança e reconhecem sua condição de ser humano, mesmo aqueles que acreditavam que não tinham nada a oferecer para o mundo.

TCI em tempos de quarentena: a vivência das “rodas” *on-line*

A TCI tem sido praticada no Brasil há 27 anos como uma das Práticas Integrativas e Complementares e tendo seu início na favela do Pirambu-CE, com a proposta de exercitar a intervenção psicossocial, promover a resiliência comunitária e o empoderamento das pessoas e do grupo, marcados pelas diversas rupturas dos vínculos sociais. Esta técnica tem demonstrado sua efetividade enquanto instrumento de intervenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde, que valoriza o bem-estar, bem-viver e a vida.

A “roda” de TCI *on-line* tem o caráter de ser uma ferramenta preventiva e terapêutica no cuidado da saúde mental, é de fácil acesso e gratuita, um recurso oportuno neste período de pandemia em que as pessoas têm se apropriado ainda mais das tecnologias e seus aplicativos. O ambiente virtual exige mais sensibilidade e delicadeza no uso das palavras e metodologia da TCI, já que até período antes da COVID 19 as “rodas” eram feitas presencialmente, com contato pessoal, olho no olho e presença física, como potentes forças terapêuticas deste método.

Este relato traz a vivência do terapeuta Ubiraci Pataxó, juntamente com o co-terapeuta Igor Premal, que realizaram 42 rodas TCI *on-line* entre os meses de abril a agosto de 2020, com uma média de 1.050 participantes, oriundos de várias regiões do Brasil e brasileiros residentes Portugal, Alemanha, Suíça, Inglaterra, Argentina, Itália, além dos irmão e irmãs latino americanos Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile, Equador, Bolívia, República Dominicana e México, também com a presença de pessoas de Portugal. Os principais temas (inquietações) mais frequentes foram: 1 – Medo e ansiedade. 2 – Medo da morte. 3 - Impotência. 4 - Dificuldade na gestão das relações familiares. Preocupação com o futuro. 5 – Solidão e outros.

Um ponto importante foi identificar que esta configuração de “roda” à distância, num modelo *on-line* proporcionou a oportunidade de conectar muitas pessoas do Brasil e de vários outros lugares do mundo e que o exercício da fala, presencialmente ou à distância, traz em si a possibilidade de aliviar “as dores da alma”, é por este motivo que o pajé Itambé sempre refere: “o que deixa o corpo do homem pesado é a alma”, haja visto que os parentes Guarani usam o termo “Ñe’ẽ”, tanto para *palavra* e quanto para *alma*, entendendo que a palavra tem o mesmo poder da alma.

É na comunicação, no ato de ouvir e falar que os sujeitos se conectam com a dor do outro e juntos também descobrem o empoderamento comunitário, descobrem que não estão sozinhos e que compartilham as mesmas inquietações e se veem mais humanos, certos de ser um espaço protegido onde quem fala não é julgado e, apesar de não poder se abraçar, recebe “palavras como afagos aconchegantes na alma”.

Por fim, a escuta das inquietações e das superações do outro faz lembrar da força motivadora e tais superações testemunham as estratégias de enfrentamento que, talvez, sozinhas, não tinha me pensado ainda. Os maiores desafios neste novo jeito de

desenvolver as “rodas” de TCI foram o acesso internet de qualidade, o conhecimento para utilizar as diversas plataformas de reuniões on-line, o letramento digital, a dificuldade de interpretar as diversas formas de comunicação através da linguagem não verbal, a invasões hacker que proferiram palavras com teor sexual, a gritaria e muito barulho dos que não tem habilidade para manusear tais recursos digitais.

Cada encontro tem sua marca na produção da vida e é desta maneira que a “roda” TCI on-line durante a pandemia da COVID-19 tem se configurado, com a mesma metodologia, mas se adaptando ao contexto, pois o que rompe as distâncias e une os participantes é o sentimento que nasce da alma, aproxima os corações e traduz-se em palavras que transformam a vida daqueles que a vivenciam.

Mulheres de Atitudes – Ressignificando o Viver, Terapia Comunitária Integrativa com usuárias de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Aracaju/SE

“A presença de outros que veem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos.”

Hannah Arendt

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, realizada em grupo com a finalidade de partilhar experiências e sabedorias de vida de forma horizontal e circular, proporciona acolhimento, fortalecimento da autoestima, dos vínculos interpessoais e comunitários, formação de redes de solidariedade e de apoio social.

Em outubro de 2018, dentro da programação das atividades da campanha *Outubro Rosa* na Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha (UBS) na cidade de Aracaju/SE, por iniciativa da assistente social foi incluída uma roda de TCI para profissionais e usuárias. Nessa UBS havia um grupo de mulheres com mais de dois anos de atendimento com psicóloga e assistente social. Era um grupo intitulado *Mulheres de Atitudes*, grupo de interajuda e apoio mútuo.

Na primeira roda de TCI participaram a psicóloga e assistente social da UBS e algumas usuárias integrantes do referido grupo. A inquietação partilhada no dia foi sobre conflitos familiares. Cada participante trouxe suas histórias e estratégias para lidar com as divergências com pessoas queridas: *entender que não pode mudar o outro; saber que tudo passa; priorizar o que vale a pena; cultivar as ‘roseiras’; a vida gira e muda, e a gente muda junto, se enverga sem quebrar tentando compreender para amar sem julgar a nós mesmos e aos outros*. No encerramento da roda, momento de reflexão do grupo, quando perguntadas o que estavam levando ou o que aprenderam com as experiências partilhadas, emergiram falas de profundas reflexões, sabedoria, empatia e solidariedade.

Uma das particularidades da TCI é a capacidade de ampliar a percepção que cada participante tem de si mesmo e dos outros, compreendendo e ressignificando os problemas e dificuldades possibilitando assim uma leitura e compreensão dos contextos em que surgem os sintomas adoecedores, despertando a solidariedade e transformando sofrimento em crescimento, carência em competência. Essa primeira experiência na UBS Santa Terezinha foi como lançar uma sementinha na terra que parecia favorável a germinar.

O Pólo Formador de TCI em Sergipe estava nascendo e ali foi feita a divulgação da primeira capacitação pelo *Movimento TEAR: Transformação pela Emancipação, Amorosidade e Resiliência*, que aconteceria dali a alguns meses. Após essa primeira experiência, uma das participantes da roda e usuária do Unidade de Saúde, fez sua inscrição no curso de capacitação em TCI.

O convite foi estendido a todos as participantes do grupo. Uma de nossas usuárias iniciou o curso e de paciente passou a cuidadora e então começamos a fazer as rodas de TCI na Unidade. Começamos a perceber mudanças, pois o grupo era bem depressivo, muitas participantes choravam durante todo o tempo do encontro. Com a metodologia da TCI de iniciar o encontro comemorando coisas boas vivenciadas e depois escolher a temática do dia, o grupo foi percebendo outras possibilidades. Foi ficando mais otimista, prestando mais atenção nas falas umas das outras, diria que tendo mais empatia e mais foco também, de uma forma mais lúdica e com muita música e poesia, dando outro significado, sensibilizando e despertando para uma vivência mais leve dos problemas e traumas cotidianos (T. P. – Assistente Social).

O objetivo da terapia comunitária integrativa não é curar doenças nem resolver problemas e sim ser possibilidade, ser ponte entre as pessoas, é oportunizar o exercício da dignidade e da cidadania. Nas palavras do Professor Dr. Adalberto Barreto (2018), criador da metodologia,

o terapeuta comunitário é um despertador de lembranças. É lembrar aos que se sentem culpados que são inocentes; aos que se sentem fragmentados, sua inteireza; aos que se sentem feios, sua beleza. Aos cansados da luta, o direito ao repouso. Aos fracos, sua força; aos caídos, o direito de se levantar. Aos excluídos, o direito à inserção, à cidadania. Aos que erraram, que são humanos; aos que estão na escuridão sua luz interior. Aos que trabalham demais, o direito ao descanso; aos que temem o futuro, as vitórias do passado.

As rodas de TCI passaram a acontecer quinzenalmente na UBS, por iniciativa da usuária que agora também estava como terapeuta comunitária em formação, cuidando, acolhendo, fortalecendo a sua rede de apoio e dando outro sentido para sua vivência. O espaço criado na UBS também serviu para a inclusão de outras terapeutas comunitárias, onde realizaram as práticas exigidas na capacitação em TCI.

A experiência mostrou que a TCI é uma prática de ensino-aprendizagem em consonância com a Pedagogia de Paulo Freire, um dos pilares teóricos que sustentam a metodologia, que parte do princípio de que todos nós temos experiências a trocar, aprendendo e ensinando em sinergia constante. As experiências e histórias de vida são fontes de sabedoria que proporcionam a todos que ali participam tornarem-se protagonistas das suas vidas, facilitando a compreensão das causas geradoras de sofrimento, a resignificação destes e a mudança sobre realidade do contexto gerador de adoecimentos.

A TCI busca a transformação a partir da descoberta do potencial que há em cada pessoa, grupo e/ou comunidade para a solução dos problemas se constituindo numa abordagem que potencializa os recursos individuais e coletivos mostrando o que “o ser humano tem de mais admirável: sua vontade de ser mais” e indicando vários caminhos que podem ser percorridos para despertar essa vontade. Caminhos onde se aprende em comunhão de idéias, saberes e experiências. Caminhos que contribuem para que aquele e aquela que estiveram sempre à espera de um salvador, possam participar, atuar e refletir sobre os problemas que atingem suas vidas diretamente.

Roda de terapia é a chave do acolhimento que se abre ao contentamento de poder participar, porque na fala e escuta, exercitando e se permitindo, assim nessa apreciação abre espaço para reflexão.

Para surtir efeito tive que conscientizar nas instruções recebidas e poder aplicar. Ô gira, deixa a gira girar...Todo mundo participou, uns falando, outros chorando, mas sempre nos apoiando. E a cada momento tinha algo semelhante que parecia um barco pra entrar e remar. Alguma coisa entendida. E tudo ficou como rima. Todos se admirando, todos se abraçando e saindo mais forte do que quando entrou. E foi assim que a gira girou (A. M. S. – terapeuta comunitária e integrante do grupo Mulheres de Atitudes).

As rodas de TCI foram realizadas por solicitação da servidora e usuárias da Unidade. Os encontros aconteceram de outubro de 2018 a fevereiro de 2020 com uma média de 15 participantes por roda. Todas mulheres adultas entre 30 e 65 anos. Os encontros foram fotografados e as informações, relatos e depoimentos das participantes foram registradas nas fichas de informações das rodas. Observou-se que a TCI como abordagem complementar em saúde contribuiu para o fortalecimento pessoal e grupal, o resgate da autoestima e para a consolidação da rede de apoio e solidariedade e que a oferta dessa prática integrativa e complementar em saúde na Estratégia Saúde da Família fortalece os vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde, atua na prevenção de adoecimentos quando acolhe os sofrimentos estimulando a resignificação das vivências e contribuindo com amorosidade na emancipação dos sujeitos.

Essa vivência evidenciou que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), concebida com base nas necessidades da população, também se volta para suas

capacidades e superações no contexto em que os sujeitos vivem. Tal concepção está em harmonia com a TCI, pois esta possibilita que as dificuldades vivenciadas no cotidiano, dos mais diferentes contextos, possam ser compartilhadas em um ambiente que favorece o fortalecimento dos vínculos grupais, familiares e comunitários impulsionando transformações nos sujeitos e no mundo em que se inserem.

Referências

ABRATECOM - Associação Brasileira de Terapia Comunitária: Quem somos [online]. 2022. Disponível em: Acesso em: <<https://abratecom.org.br/quem-somos/>> Acesso em: 26 dez. 2022.

BARRETO, A.P. Terapia Comunitária Integrativa: passo a passo. 4ª edição, Gráfica LCR, Fortaleza, 2008.

BARRETO, A. P. et al. Terapia comunitária integrativa: cuidando da saúde mental em tempos de crise - Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2020. Cuidado integral na Covid; n. 2. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Especial-PICS-Covid-TCI-ObservaPICS.pdf>. Acesso em: 22 dez.2022.

BATISTA, M. K. B. et al. Processo de formação na terapia comunitária integrativa: um relato de experiência. Anais CONGREPICS... Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/31983>>. Acesso em: 30/12/2022 12:42

CARDEIRA, A. Educação emocional em contexto escolar. Portal dos Psicólogos. 2012. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0296.pdf> Acesso em 28 dez. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Diário Oficial da União, seção 1, página 1, Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11258-30-dezembro-2005-540128-publicacaooriginal-39919-pl.html>>. Acesso em 27 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> > Acesso em 27 dez. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 - aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acesso em: 28 dez. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em 28 dez 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html Acesso em: 22 dez. 2022.

CARÍCIO. M. R. Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2010.

CARVALHO M. A. P., et al. (2021). Terapia Comunitária e sofrimento psíquico no sistema familiar: um enfoque baseado no novo paradigma da ciência. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 12, p. 6211-6221. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.31112020>>. Acesso em 16 out. 2022.

GOMES, D. O. Contribuições da terapia comunitária integrativa em ações da política nacional de assistência social. *Temas Em Educação E Saúde*, 11. (2016) Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9166> Acesso em 28 dez. 2022.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA V. V. Terapia Comunitária como expressão de Educação Popular: Um olhar a partir dos encontros com Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <http://32reuniao.anped.org.br/arquivos/trabalhos/GT06-5115--Int.pdf>. Acesso em 29 dez. 2022.

SILVA FRANCO, A. et al. O valor da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e no mundo: possibilidades, impactos e perspectivas. *Temas em Educação e Saúde*, p. 232-238, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14303/9758>. Acesso em 28 dez. 2022.

LUTTERBACH, M. G. C. A contribuição da terapia comunitária integrativa (TCI) na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

MARTINI, M. G. P. E quem cuida de mim? Caifcom editora, Porto Alegre, 2017.

PEREIRA, E. C.; SOUZA, G. C. de; SCHVEITZER, M. C. Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 46, n. especial 1 Mar, p. 152–163, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5964>. Acesso em: 28 dez. 2022.

RÊGO, C. C.A. B.; ROCHA, N. M. F. Avaliando a educação emocional: subsídios para um repensar da sala de aula. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação [online]. 2009, v. 17, n. 62, p. 135-152. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-40362009000100007>> Acesso em 26 dez. 2022.

REIS, M. L. A. Quando me encontrei, voei: o significado da capacitação em terapia comunitária integrativa na vida do terapeuta comunitário. Caifcom editora, Porto Alegre, 2017.

SILVA FRANCO, A. L. et al. O valor da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e no mundo: possibilidades, impactos e perspectivas. Temas em Educ. e Saúde, Araraquara, v.16, n.esp.1, p. 232-238, set., 2020. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14303/9758>> Acesso em: 26 dez. 2022.

TERRA, M; PIZUTTI, P. L. O caminho da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul: uma narrativa de potencialidades e resistências. Saúde e Sociedade, v. 30, p. e191015, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2021.v30n2/e191015/> Acesso em 28 dez. 2022.

TONIOL, R. Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

VASCONCELOS, D. S. S. Medicina tradicional chinesa e integralidade: a prática de acupuntura na rede pública de saúde do DF. 2021. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE)–Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Rede Nacional, Brasília, 2021.

Sobre os autores:

Adriana Prestes do Nascimento Palú

Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Paraná.

Local de filiação atual: Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana - Paraná, Departamento de Educação e Pesquisa em Saúde.

E-mail: adrianapnpalu@gmail.com

Graduada em Odontologia (UEL), Especialista em Saúde Coletiva (UEL), Gestão Pública (UNICENTRO), Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (FIOCRUZ), Auriculoterapia (UFSC), Mestre em Saúde Coletiva (UEL), Membro da Articulação Nacional de Educação Popular e Práticas em Saúde (ANEPS), Docente no Programa de Residência em Atenção Básica/Saúde da Família da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana/PR.

Maria Regina Melo Santos

Graduada em Ciências Sociais – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Local de filiação atual: Movimento TEAR: Transformação pela Emancipação, Amorosidade e Resiliência e Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal – MISMECDF

E-mail: reginamelo06@gmail.com

Desenvolvo projetos, produtos e serviços que impactam positivamente a vida e a saúde das pessoas, trabalhando ao lado de lideranças comunitárias, redes e empresas, combinando tecnologias sociais, inovações e dados para criar uma sociedade mais justa e equilibrada. Parceria com a Instituto Superior de Formação Docente Salomé Ureña - ISFODOSU - República Dominicana. Projeto de qualificação de 40 líderes comunitários, estudantes, professores em dois (2) campus do ISFODOSU, como facilitadores da Terapia Comunitária Integrativa, para sua implementação em instituições e comunidades relacionadas com o Projeto Contigo ISFODOSU. Co fundadora do CIÉN AREÍTO, Polo de Terapia Comunitária da República Dominicana. Fundadora do Movimento TEAR - Transformação através da Emancipação, da Amorosidade e a Resiliência – Sergipe. Coordenadora do TEIA Cajuína – Polo de Terapia Comunitária Integrativa – Piauí. Formadora em Terapia Comunitária Integrativa dos Polos: Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal - MISMECDF, Movimento TEAR, Cién Areíto e CORRENTEZA Terapias.

Maria Solange de Oliveira Lima

Graduação em Terapias Integrativas e Complementares (UNICESUMAR).

Local de filiação atual: Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana - Paraná, Estratégia Saúde da Família

E-mail: sol.lima17@hotmail.com

Tecnóloga em Práticas Integrativas e Complementares (UNICESUMAR). Terapeuta Comunitária. Facilitadora do resgate da autoestima. Técnica em Agente Comunitário de Saúde. Membro da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS). Servidora pública da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná.

Ubiraci Silva Matos

Graduado em Licenciatura Intercultural Indígena, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano.

Local de filiação atual:(movimentos, instituições, etc.)

Aldeia Pataxó, Coroa Vermelha - Bahia

E-mail: ubiraci.matos2014@gmail.com

Graduado em Ciências da Natureza e Matemática, educador e terapeuta indígena do sul da Bahia. Jovem mestre do saber que atua como palestrante, instrutor de cursos, massoterapeuta, técnico em resgate da autoestima, além de ser aprendiz de Pajé. Atua como pesquisador nos projetos “Saúde Coletiva e Epistemologias do Sul e Interculturalidades”, na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) em parceria com Universidade de Coimbra, em Portugal. Também é membro do Comitê de Saúde Mental do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integral (CABSIN), membro do grupo de pesquisa “Teia das 5 Curas - Todos Nós Somos Parentes”, que envolve povos indígenas no Brasil, Peru, México e Canadá, com enfoque nas cinco curas (pensamentos, sentimentos, relações, ciclos ecológicos e trocas econômicas), membro da Associação Brasileira de Psiquiatria Social (APSBRA) e membro da Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica.

TERMALISMO: ÁGUAS TERMAIS COMO FONTE DE SAÚDE E VIGOR FÍSICO

Yolanda Flores e Silva

Termalismo: uma apresentação

O texto que ora é apresentado veio como um desafio e ao mesmo tempo como uma necessidade, visto que a atividade termal foi legitimada no Brasil como uma Prática Integrativa e Complementar (PIC). Sua divulgação no país ganhou impulso com sua incorporação as práticas de atendimento aos usuários que buscam o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, poucas pessoas, incluindo os profissionais da saúde, aceitam sem resistência, o uso terapêutico de muitas das práticas denominadas de PICs, hoje formalizadas pelo SUS/Ministério da Saúde, seja nas universidades ou nos serviços de saúde do país (COUTO et al., 2018).

Telesi Junior (2016) afirma que as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), representam uma opção terapêutica aos modelos de tratamentos convencionais biomédicos ocidentais com objetivos voltados a promoção da saúde através da possibilidade de levar as pessoas a um equilíbrio com relação ao seu processo saúde / doença. Estas práticas são vistas como uma alternativa e/ou complemento a outras terapêuticas alopáticas convencionais. Como apoio a este processo de associação entre modelos de saúde terapêuticos distintos, a Organização Mundial da Saúde (2013) publicou os documentos "Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 e 2014-2023", onde incentiva a oferta de práticas integrativas sozinha ou de forma complementar nos sistemas nacionais de saúde. Neste apoio se inclui o incentivo as investigações que possam servir de base científica ao uso com "qualidade, segurança e eficácia" (COUTO et al., 2018, p. 2).

Em meio a esse contexto temos o termalismo, que para Ali e Santos (2022), ainda que exista o reconhecimento de sua eficácia terapêutica muito dos mecanismos de ação das águas termais continuam desconhecidos. Para os autores, são escassos os trabalhos acerca da eficácia terapêutica das águas termais, mostrando como a composição destas águas influenciam terapeuticamente no tratamento de patologias que as pessoas asseguram terem se curado com o tratamento termal. Para Peón (2003), uma estância de águas termais une ou deveria ser um somatório dos seguintes elementos: 1) que as águas minero medicinais pudessem ser de utilidade pública, ou seja a serviço das pessoas de forma gratuita; 2) por conta disto deveriam ser áreas acessíveis, com instalações e equipamentos adequados à realização dos tratamentos prescritos; e por fim, 3) que uma equipe de profissionais da saúde pudesse atuar com prescrição e acompanhamento de modo que se fizesse o uso correto e apropriado das águas.

Para mostrar como é possível o uso do termalismo para uso terapêutico e voltado ao bem-estar das pessoas, é que se elaborou este texto no sentido de apresentar a atividade e seus usos, particularmente com alguns exemplos ou citações rápidas, no sul do Brasil e sul de Portugal, onde a autora acompanha ações relacionadas a prática termal.

Um pouco sobre a prática

Quando se fala de termalismo, existe uma tendência de imediatamente vincular a prática a histórias ancestrais algumas bem antes da era cristã. Como investigadora, considero um fato, que em épocas remotas da história humana, seja ocidental ou oriental, os povos antigos, tinham construções que fazem lembrar espaços termais de banhos, saunas e relaxamentos (SANCHEZ, 1990; GUEDO-THOMAS, 1994), alguns deles muito semelhantes ao que se pode encontrar em modernas clínicas e spas onde é possível termos fontes termais voltadas a tratamentos ou a momentos de lazer e relaxamento.

Mas, a ideia desta comunicação, não é pensar esta história do termalismo como algo tão antigo (embora seja), mas, trazer para períodos mais atuais, como, no Ocidente e em particular no Brasil e em Portugal, nasce o que se denomina de termalismo. Para Antunes (2012) o desenvolvimento das termas sempre teve articulação com a difusão de uma medicina cuja base eram as funções terapêuticas das águas minerais com o bem-estar das pessoas. E isto ocorre na Europa e nas Américas por volta dos séculos XVIII e XIX. Os territórios onde existiam águas termais e/ou minerais, eram vistos como ambientes terapêuticos voltado as curas de diversas enfermidades.

Embora antes do século XX ainda não se vinculasse a ideia destes ambientes com visitantes em deslocamentos lúdicos, autores como Motta (1978) consideram os espaços termais muito mais do que um ambiente com natureza curativa. Para este autor, as termas desde a antiguidade eram vistas como capazes de estimular a saúde e ao mesmo tempo de reconduzir as pessoas a um equilíbrio muito além do físico. E nesse sentido, Soares (1980) afirmava que o equilíbrio das pessoas, seria um fator complementar onde se misturam a recuperação corporal e emocional, visto ser as termas um instrumento de produção da tranquilidade. Em muitos países cujas bases de tratamento termal estão separadas das termas como fonte de bem-estar (Termas Terapêuticas X Termas de Bem-Estar), há um consenso de se considerar os tratamentos termais como base e o resultado que é o bem-estar como complementar (RAMOS, 2005; RAMOS, 2019).

Importante: esse termo era muito pouco usado antes do século XX. A conceituação de saúde da OMS em 1948 é que tornou mais usual em nosso vocabulário o uso da palavra bem-estar. O aspecto curativo das termas sempre foi algo

presente, mostrando a importância de se deixar uma pessoa recuperada de modo que esta pudesse voltar a sua rotina: estar pronto para a guerra era uma delas. O que hoje se coloca como bem-estar é algo que se tornou mais utilizado com a definição de saúde da OMS (RAMOS; CARVALHO; ANTUNES, 2021). Para a OMS, segundo estes autores, a saúde está vinculada ao bem-estar, e isso é possível constatar na afirmação: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de infecções ou enfermidades”. Ou seja, é possível através de cuidados especiais, ainda que com um diagnóstico de doença, se estar bem e relativamente equilibrado e, portanto, em estado de bem-estar.

Este conceito foi reforçado em 2000 mostrando que o que se adota sobre o que seja saúde reflete os valores e as culturas de uma dada população, incluindo a conjuntura social, econômica, política e cultural dos grupos humanos que estão no planeta terra. Significa dizer que o que é saúde para um grupo pode não ser para outro, porque saúde não significa exatamente a ausência, por exemplo de uma doença. A época vivida, o território, as condições de vida e o lugar das pessoas na sociedade onde se inserem, modifica o sentido do que se afirma ser saúde (SCLIAR, 2007). E por que é importante saber ou pelo menos ter uma ideia acerca do conceito de saúde da OMS? Por que pensar sobre saúde e bem-estar vinculando aqueles que buscam as termas, leva a ideia de que o bem-estar pode ser uma referência a saúde? Do que falamos exatamente quando escrevemos acerca deste recurso terapêutico? No tópico seguinte é possível se chegar a alguns esclarecimentos.

O Termalismo como utilizar este recurso?

Quando se fala em termalismo, a primeira reflexão a respeito é que esta é uma atividade econômica que se baseia na exploração de águas termais com finalidades apenas curativas. Estudos clássicos demonstram que desde a Antiguidade já se conheciam os benefícios das águas termais e o seu papel terapêutico seja na cura ou na prevenção de enfermidades. Para Gouédo-Thomas (1994), o termalismo é uma ‘medicina das águas’ subdividida em várias especialidades, tais como a hidroterapia (uso da água doce em tratamentos corporais externos), a crenoterapia (uso externo ou interno das águas minerais) e a talassoterapia (uso externo da água do mar). No entanto, estas divisões e/ou ‘especialidades’ do termalismo se ampliaram e do século XX ao século em que se escreve este texto, outras classificações e práticas adotadas ampliaram o que se reconhece como termalismo (FORESTIE et al., 2017; RAMOS, 2005). Contudo, o termo ‘termalismo’ será sempre referente a indicação e uso das águas termais com capacidade terapêutica reconhecida pelos profissionais da saúde que atuam com este enfoque.

Mas, mesmo na Antiguidade, a capacidade curativa das águas foi também associada ao lúdico e relaxamento em banhos individuais e/ou em grupo com finalidade de ‘repouso’ e ‘descanso’. Entretanto, este termalismo lúdico, que hoje se

associa ao turismo, por exemplo, pode receber a denominação de Balneoterapia com caráter medicinal ou não. Os que se voltam para a finalidade medicinal permanecem associados a cura ou alívio de certas enfermidades (CAVACO & MEDEIROS, 2008). Os que se voltam ao caráter lúdico com fins relaxantes, podem estar em estruturas como os SPAs em meio rural termal ou urbano, voltado ao bem-estar ou a cuidados corporais que induzem ao repouso ou relaxamento (RAMOS, 2005).

Se a ideia é olhar o termalismo com este enfoque chega-se as vertentes do termalismo que podem ser clássicas ou voltadas para o bem-estar. No termalismo conhecido como clássico, os locais onde se praticam esta modalidade, se voltam ao uso terapêutico das águas normalmente com prescrição médica. No termalismo não clássico com enfoque no bem-estar, a ida a um espaço termal é espontânea e pode envolver apenas a promoção da saúde individual. Nesse contexto, não existe uma prescrição médica, entretanto, a pessoa que busca esta modalidade de termalismo, quase sempre tem um envolvimento com sistemas populares ou não convencionais de cuidado à saúde. A perspectiva nesses casos não é necessariamente curativa, esta pode ter um viés preventivo ou de simples bem-estar voltado ao cuidado de si quando alguém busca banhos turcos ou saunas ou solários ou ainda massagens com jatos de água, entre outras possibilidades (ALPOIM, 2020; COSTA, 2020).

Ramos (2005) afirma que os usos benéficos das águas termais são conhecidos desde a Antiguidade como uma prática associada a rituais com foco na limpeza do corpo físico e espiritual ou simplesmente de purificação e/ou revitalização após exercícios ou atividades exaustivas. O termalismo nesse sentido, envolveu nos anos de vida dos seres humanos, uma relação de saberes e fazeres sobre as águas minerais e suas virtudes. Seja para uso lúdico ou terapêutico (medicinal), os fatores que levam as pessoas as fontes de águas tem um papel fundamental no cuidado corporal, mental e espiritual, visto que a ideia de cura e/ou prevenção das doenças, ainda é forte mesmo para quem busca as águas durante uma visita turística a um dado território.

Ainda sobre o termalismo Ramos (2005) reconhece que o uso das águas em um espaço estruturado com vistas a utilização terapêutica das águas minerais, gás termal e lamas podem ser denominadas de termalismo. Para tanto, ainda segundo a autora, este conjunto de meios “medicinais, sociais, sanitários, administrativos e de acolhimento” (p.39), devem ser devidamente estruturados para que se tenha uma indicação idônea quanto a capacidade terapêutica, devendo esta ser divulgada por órgãos ligados à saúde ou por médicos.

É importante enfatizar que no Brasil, ainda são poucas as pessoas com disponibilidade financeira e de tempo, para usufruir das águas termais como em tempos mais antigos. Esta é uma prática cara no século XXI, ainda que prevista na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares com possibilidade de oferta pelo Sistema Único de Saúde e acesso via programas de termalismo social implementado pelo poder público em estâncias agrominerais (HELLMANN; DRAGO, 2017). Para Hellmann (2014), existem diversos nomes para os usos terapêuticos da

água, estes variam conforme a fonte de água ao qual uma pessoa pode ter acesso. Ou seja:

o tipo de água, a temperatura utilizada, a composição química, o modo de utilização e, às vezes, da categoria profissional que utiliza a água, como por exemplo: balneoterapia, crenoterapia, talassoterapia, crioterapia, hidroterapia, hidroginástica, termalismo e hidrologia médica (HELLMANN, 2014, p. 310).

Mas, o uso gratuito, este só pode ocorrer via termalismo social e este:

Pode contribuir com a ampliação do acesso equitativo às práticas termais em saúde com qualidade, eficácia, eficiência e uso multiprofissional seguro, bem como promover a saúde e o desenvolvimento sustentável (HELLMANN, 2014, p. 8).

Em um país como o Brasil que possui grandes complexos turísticos com águas termais com nenhuma ou pouca inserção nos cuidados à saúde, raros são os cursos na área da saúde voltados ao ensino de como os profissionais da saúde podem atuar nestes espaços voltados a termoterapia. Esta falta de informação demonstra o quanto no Brasil se está longe da difusão e inclusão das PICs e em particular do termalismo, se considerarmos a falta de informações nos cursos universitários na área da saúde. Ainda que as prescrições sejam realizadas por médicos, existem outros profissionais e terapeutas que poderiam ser qualificados para atuar com as PICs e em específico com as águas termais. Nesse sentido é importante observar que desde 2013 a OMS afirma o valor da medicina tradicional, que em tempos atuais e particularmente no Brasil, é representada pelas PICs:

En todo el mundo, la medicina tradicional es el pilar principal de la prestación de servicios de salud, o su complemento. En algunos países, la medicina tradicional o medicina no convencional suele denominarse medicina complementaria. La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13), adoptada en 2009, pide a la Directora General de la OMS que actualice la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, sobre la base de los progresos realizados por los países y los nuevos problemas que se plantean actualmente en el campo de la medicina tradicional. Por lo tanto, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 vuelve a evaluar y desarrollar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, y señala el rumbo de la medicina tradicional y complementaria (MTC) para el próximo decênio (OMS, 2013, p. 6).

O que se pode concluir do documento da OMS é de como a medicina tradicional, em que se pode incluir o termalismo, é importante, mas, a falta de valoração ainda é grande o que demonstra o quanto os profissionais subestimam o seu uso seja só ou como complemento a outros tratamentos principalmente das doenças crônicas. Lopes e colaboradores (2018) descrevem que as mudanças relacionadas ao estilo de vida das pessoas em seus cotidianos familiares e profissionais trouxe

mudanças drásticas e muitos desequilíbrios físicos e emocionais, onde se incluem o aumento das doenças crônicas. O termalismo nesse contexto vem como parte das estratégias médicas de tratamento e recuperação do corpo e da mente. Com foco nestas questões, percebe-se um certo crescimento do termalismo curativo, embora ainda seja considerado por muitos como apenas um atrativo lúdico relacionado ao relaxamento físico e mental.

Mas, já existem estudos que fazem uma ligação entre o termalismo e a melhoria na qualidade de vida (FRANCO, 2014; LEANDRO; LEANDRO, 2015; KARN; SWAIN, 2017). Estes em sua maioria, são publicações que reforçam ainda a ideia do termalismo como algo para pessoas idosas que padecem de problemas respiratórios, reumáticos, digestivos, entre outros problemas, e que buscam as águas termais em busca de cura ou diminuição dos sintomas que afetem seu bem-estar e qualidade de vida.

Muito se escreve sobre Qualidade de Vida no século XXI, mas, este é um conceito que já era discutido por investigadores como Diener e colaboradores (2006) e Camfield e Skevington (2008) como sinônimo de bem-estar. Outros investigadores concluíram que o que se considera como qualidade de vida pode assumir significados distintos em função da cultura individual e familiar de uma pessoa. Nessa perspectiva, a qualidade de vida de uma pessoa pode ter distintas e múltiplas interpretações, visto que não pode ser considerada fora do contexto de vida das pessoas, grupos ou comunidades e que a sua utilização deve sempre considerar estas dimensões associadas as dimensões da ciência (ALVES et al., 2021). Considerando este caminho de pensamento, o termalismo pode ser considerado uma prática voltada a qualidade de vida sim, visto que pode ter funções múltiplas e distintas no que se refere aos resultados que pode trazer as pessoas que usam as águas termais.

O termalismo social: um anseio no Brasil / uma realidade na Europa

O termalismo na perspectiva terapêutica segundo Cantista (2010), ocorre quando a água mineral natural tem uma composição química definida e constante com propriedades medicinais e/ou terapêuticas capazes de tratar determinadas patologias. Essa ação com viés terapêutico trata as pessoas pelos seus efeitos térmico, mecânico e físico-químico (MARAVÉ, 2017). Os estudos de Oliveira (2021) demonstram que embora os povos originários brasileiros já fizessem uso de fontes termais, foi somente em 1818 que se legitimou o tratamento pelas águas termais, quando se criou a primeira estância termal do Brasil - Caldas da Imperatriz, no município de Santo Amaro da Imperatriz no estado de Santa Catarina. Apesar do tempo de uso das termas no Brasil e sua integração as PICs, o seu uso no âmbito público enquanto termalismo social é quase inexistente.

No Brasil, o uso do termalismo atrelado à saúde pública, como um direito do cidadão, é recente (HELLMANN; DRAGO, 2017). Sua implementação como PICs no SUS foi aprovada pela Portaria Número 971 em maio de 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde, que considerou o termalismo social e o uso das águas minerais como uma prática complementar importante nos tratamentos de doenças crônicas e demais tratamentos de saúde em que as fontes termais sejam vistas como promotoras da saúde e bem-estar (BRASIL, 2006).

Ainda que o termalismo na Europa e em específico em Portugal seja uma prática comum particularmente a partir do século XX, foi pelos idos dos anos de 1970 e 1980 que o termalismo social ou a balneoterapia tiveram seu ápice de uso. Oliveira (2021) descreve que nestes anos, as termas eram abertas a idosos com doenças crônicas como as osteoartrites, por exemplo, e através das águas com acompanhamento médico, se fazia a recuperação e ou manutenção da saúde destas pessoas.

Além de Portugal, a França, Espanha, Itália, Hungria e Turquia, criaram iniciativas recentes que foram estabelecidas no sentido de criar linhas de apoio e financiamento a pesquisas clínicas com foco no termalismo de modo a embasar com estudos científicos os tratamentos de doenças crônicas. Quando se falam em tratamentos termais, não se trata unicamente de tratamentos com águas minerais aquecidas. Nesse sentido é fundamental que se conheça os tipos possíveis de cuidados corporais com o uso do que se compreende como termalismo (GUTENBRUNNER, 2017).

Nesse sentido, Gutenbrunner e colaboradores (2010) mostram que o termalismo pode envolver também o uso de qualquer tipo de água no que se reconhece como hidroterapia, ou ainda o uso de águas termais de forma interna e externa na crenoterapia, o uso da água do mar na talassoterapia, os banhos na balneoterapia associado ao uso de lama maturada (pelóides) e gases medicinais entre outras possibilidades. O grande desafio atualmente é oferecer através do termalismo social todas estas possibilidades as pessoas que não podem pagar por hospedagem em grandes hotéis e SPAs que se instalam junto as fontes termais de um dado território.

Considerações finais acerca do termalismo

No texto ora concluído, se tem uma série de reflexões sobre o que é o termalismo e a sua importância para o bem-estar das pessoas, seja na versão terapêutica ou na lúdica. Em muitos trabalhos cuja leitura era importante para a elaboração de uma síntese sobre o termalismo e o seu uso no século XXI, percebe-se a interação dessa prática com o turismo de saúde e/ou o turismo médico. Embora o turismo não seja uma necessidade primária no cotidiano das pessoas doentes, ainda assim muitas pessoas buscam motivações lúdicas para buscar determinados destinos

que possuem ambientes e tratamentos para suas enfermidades. No caso das cidades termais, ainda que o turismo possa ser visto em segundo plano com relação a necessidade de cura e tratamento, vem sendo através dele que muitas pessoas chegam a espaços termais bem equipados e assistidos por profissionais com alguma qualificação.

É fundamental entender que a inserção do termalismo de fato como uma PIC no SUS passa por um diálogo entre racionalidades médicas distintas, oriundas de universos temporais e territoriais que se opõem, porque o mundo ocidental, por exemplo, se vê como o centro do saber acadêmico mundial. Percebe-se que o avanço das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde dos países ocidentais tem criado condições para as escolas de saúde colocarem em foco outros saberes e fazeres relacionados ao cuidado e tratamento de pessoas doentes. Contudo, viver esta realidade, inclusive com políticas públicas que a regulem, não torna o termalismo e outras PICs aceitas, conhecidas e/ou estudadas por pesquisadores da área da saúde de forma tranquila e reconhecida. Apesar de nossas próprias representações, é certo que temos resistências e obstáculos ao diálogo entre as duas racionalidades.

Se existem tantos problemas ao uso das PICs, incluindo-se o termalismo, a questão que se faz presente é: por que profissionais atuantes nas práticas biomédicas lutam pelo reconhecimento de práticas não respeitadas por um número tão grande de profissionais? E porque as pessoas procuram por este tipo de serviço e atendimento? Nas leituras realizadas observa-se o desejo que as pessoas retomem de forma ativa o cuidado de si. Não é por necessidade de um atendimento mais barato ou porque não se tem tecnologia de ponta para tal. Também não é por falta de procedimentos diagnósticos, médicos, medicamentos ou outros recursos. O que parece ser algo presente nas leituras realizadas, é que as PICs, como o termalismo, se caracterizam como algo que pode ser feito de forma mais autônoma e ativa, como forma de aprendizado nas práticas de prevenção e promoção da saúde de si e do outro, que pode ser a família, um vizinho e até mesmo um desconhecido.

Todavia, independente dos posicionamentos das pessoas, profissionais ou o usuário dos serviços de saúde, é certo que os benefícios à saúde provenientes das águas se relacionam com suas formas de utilização, temperaturas e componentes. Por isso se faz necessário que se conheçam mais e mais acerca dos aspectos técnico-científico da prática termal, de modo que se possa obter os benefícios diretos e indiretos provenientes do uso das águas. Atualmente, as pesquisas científicas sobre esta temática no Brasil são de raro interesse, o que prejudica o reconhecimento dessa prática terapêutica na sociedade e no meio científico – acadêmico.

Considerando esta realidade, observam-se muitos desafios para se chegar ao uso qualificado da prática termal. Como primeiro desafio está a necessidade de que se façam formações para a qualificação de quem vai atuar com este segmento. Também é importante desenvolver e divulgar investigações relacionadas ao uso e benefícios. Somente dessa forma se fortalecerá o que se tem enquanto política pública e

legislação, levando a uma ampliação de serviços e lugares onde as pessoas possam acessar os serviços de saúde termais de forma gratuita através do termalismo social.

Referências

ALI, T. S. & SANTOS, J. C. Termalismo: uma indicação terapêutica da COVID-19. Revista REVISE, v. 9, fluxo contínuo, p. 1 – 24, 2022. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/2676/1761>

ALPOIM, M. F. Análise à procura termal. 168p. Dissertação (Gestão e Desenvolvimento em Turismo). Departamento de e Economia Gestão e Engenharia Industria - Universidade de Aveiro. Aveiro, 2020. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1776/1/2010000841.pdf>

ALVES, M. J. G. et al. Efeito dos tratamentos termais na qualidade de vida e na qualidade do sono. In: Anais da 4ª Reunião Internacional Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia - Revista Científica Internacional – RevSALUS, suplemento n. 3, nov. p. 179 – 180. 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25254/1/Efeito%20dos%20tratamentos%20termais%20na%20qualidade%20de%20vida%20e%20na%20qualidade%20do%20sono.pdf>

ANTUNES, J. O (re)posicionamento do termalismo como estratégia de desenvolvimento turístico. O caso da região Dão-Lafões (NUTS III). Revista Turismo & Desenvolvimento, v.17/18, n. 3, p. 797-808, 2012. DOI: <https://doi.org/10.34624/rtd.v3i17/18.13205>

BRASIL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Atitude ampliação e acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>

CAMFIELD, L., & SKEVINGTON, S. M. Sobre bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Revista de Psicologia da Saúde, v. 13, n. 6, p. 764-775, 2008. Disponível em: <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/6/764>

CANTISTA, A. P. P. O termalismo em Portugal. Anales de Hidrología Médica, v. 3, p. 79 – 107, 2010.

CAVACO, C., & MEDEIROS, C. (org.). Turismo de saúde e bem-estar. Termas, spas termais e talassoterapia. Lisboa: Coleção Estudos e Documentos, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30776>

COSTA, A. M. P. da. Turismo termal: Segmentação por fatores motivacionais. 89f. Dissertação (Mestrado em Economia da Empresa e da Concorrência). Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa: IUL, 2020. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21406/1/master_ana_pereira_costa.pdf

COUTO, A. G. et al. Conhecimento, uso e aceitação de acadêmicos de medicina sobre as práticas integrativas e complementares. *Vittalle*, v. 30, n. 1, p. 56-62, 2018. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/7448/5307>

DIENER, E.; LUCAS, R. E. & SCOLLON, C. N. Beyond the hedonic treadmill - revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, v. 61, n. 4, p. 305-314, 2006. Disponível em: <http://bigfatgenius.com/3180/BeyondHedonicTreadmill.pdf>

FORESTIE, R. et al. A Crenobalneoterapia na França: visão geral. In: HELLMANN, F. & RODRIGUES, D. M. O. (org.). *Termalismo e Crenoterapia no Brasil e no Mundo*. Palhoça, SC: Editora UNISUL, 2017.p. 166–86.

FRANCO, A.C. Os primeiros registros do uso de águas termais e a formação das estâncias hidrominerais no Brasil. *Cad. Naturol. Terap. Complem*, v.3, n. 5, p. 1 – 12, 2014. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CNTC/article/view/3290/2339>

GOUÉDO-THOMAS, C. Le thermalisme medieval, de Flamenca à Michel de Montaigne, récits et images. In: *Villes d`Eaux – histoire du thermalisme*. Éditions CTHS, p. 11-26, 1994.

GUTENBRUNNER, C. Balneologia e estâncias hidrominerais na Alemanha. In: *Termalismo e crenoterapia no Brasil e no mundo*. In: HELLMANN, F.; RODRIGUES, D. M. O. & RODRIGUES, D. (Org.) *Termalismo e Crenoterapia no Brasil e no mundo*. Palhoça: Ed. Unisul, 2017.

GUTENBRUNNER, C. et al. A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology, and climatology. *Int J Biometeorol*, v. 54, n. 5, p.495–507, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/44658588_A_proposal_for_a_worldwide_definition_of_health_resort_medicine_balneology_medical_hydrology_and_climatology

HELLMANN, F. & DRAGO, L. C. Termalismo e crenoterapia: potencialidades e desafios para a saúde coletiva no Brasil. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 309 – 321, 2017. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.541>

HELLMANN, F. Termalismo social no Sistema Único de Saúde: ampliando ações e olhares quanto ao uso terapêutico da água. *Cad. Naturol. Terap. Complem.*, v.3, n.5, p. 9 -11, 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.19177/cntc.v3e520149-11>

KARN, S. & SWAIN, K. Health consciousness through wellness tourism: a new dimension to new age travelers”. *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, v. 6, n. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: http://www.ajhtl.com/uploads/7/1/6/3/7163688/article_41_vol_6_3__2017.pdf.

LOPES, M. C. et al. A relação entre o termalismo e a qualidade de vida. In: Anais do Congresso AECIT (p.1-22) 2018. Disponível em: <https://aecit.org/files/congress/20/papers/411.pdf>.

LEANDRO, M. E. & LEANDRO, A. S. S. Da saúde e bem-estar/mal-estar ao termalismo. Revista de Sociologia, v. XXX, p. 75 – 96, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/13741.pdf>

OMS. Organización Mundial de la Salud / Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OLIVEIRA, N. N. S. de. Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus: contribuições para o SUS. 91 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/222075/PGSC0282-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>

MARAVÉ, F. Águas mineromedicinales. Importancia terapéutica. Clasificación. Mecanismo de acción. In: Vademécum de las aguas mineromedicinais de Galicia. Servicio de Publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Maraver/publication/316650459_Vademecum_de_las_Aguas_Minеромedicinales_de_Galicia/links/5909e30aa6fdcc4961713726/Vademecum-de-las-Aguas-Mineromedicinales-de-Galicia.pdf.

MOTA, J. Aspectos Ecológicos das Termas. In: Jornadas do Termalismo Português, Estoril, 1978.

OLIVEIRA, N. N. S. de. Análise comparada do termalismo social nos sistemas de saúde europeus: contribuições para o SUS. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/222075/PGSC0282-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>.

PEÓN, F. Turismo de Salud, termal o de balneario: el uso turístico del territorio catalã. Barcelona: IQS-URL, 2003.

RAMOS, A. B.; CARVALHO, C. S. M. de & ANTUNES, J. As expectativas dos consumidores das Caldas da Felgueira: uma análise temporal (1999-2017). Journal of Tourism & Development, v. 2, n. 36, p. 433 – 445, 2021. Disponível em: Doi: <http://dex.doi.org/10.34624/rtd.v36i2.8897>.

RAMOS, A. B. Marketing e Termalismo: O caso das Caldas da Felgueira. 126p. Dissertação (Mestrado em Gestão). Departamento de Economia e Gestão -

Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Porto, 2019. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2807/1/TMG%2041.pdf>.

RAMOS, A. C. C. V. O Termalismo em Portugal: dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística. 683p. Tese. (Doutorado em Turismo). Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial – Universidade de Aveiro. Aveiro, 2005. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4955/1/196979.pdf>.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p:29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>.

SOARES, J. Política de preços-factor determinante do desenvolvimento termal. In: *Jornadas do Termalismo Português*, Monfortinho, 1980.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?format=pdf&lang=pt>.

Sobre a autora:

Yolanda Flores e Silva

Docente / Investigadora – Escola de Artes, Comunicação e Hospitalidade/ Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Vale do Itajaí

E-mail: floresesilva.yolanda907@gmail.com / yolanda@univali.br

Doutora em Enfermagem (Linha de Pesquisa: Filosofia da Saúde) em 1999, Mestrado em Antropologia Social (Linha de Pesquisa: Antropologia da Saúde) em 1991, Bacharelado em Enfermagem Generalista em 1986, todos pela Universidade Federal de Santa Catarina. Realizou estudos pós-doutorais na Faculdade de Economia (Área de Pesquisa: Turismo) pela Universidade do Algarve (UALg) em Portugal, onde desde então atua junto a QRER - Cooperativa para o Desenvolvimento dos Territórios de Baixa Densidade do Algarve. É Professora e Investigadora na Universidade do Vale do Itajaí nas áreas de Ciências Sociais com ênfase em Antropologia, Economia e Gestão Local e Ciências da Saúde com ênfase em Saúde Comunitária. Na área da saúde os termos mais frequentes em seus trabalhos são: bem-estar, comunidades tradicionais, desenvolvimento local, itinerários terapêuticos, vida saudável e vida de qualidade.

YOGA: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E FORMAS DE APROPRIAÇÃO NO TEMPO PRESENTE

Priscilla de Cesaro Antunes

Cristiane Ker de Melo

Este capítulo aborda a temática do Yoga. O texto busca apresentar alguns elementos sobre o Yoga, de forma introdutória, a partir de aspectos conceituais e históricos, discutindo diferentes formas de compreensão e apropriação no tempo presente.

O Yoga é uma manifestação cultural de tradição milenar, cujas origens remontam ao oriente, mais precisamente à Índia. Influenciada pelos princípios religiosos e filosóficos do hinduísmo, com base nos Vedas, carrega em seu bojo princípios éticos orientadores da vida. Apresentar uma definição de Yoga não é uma tarefa simples, tampouco interessante de se fazer, tendo em vista sua antiguidade, as transformações históricas e as reconfigurações sociais processadas ao longo do tempo, principalmente, em razão de sua inserção, difusão, adaptação e apropriação no contexto da cultura ocidental. Nesse sentido, é necessário pontuar que o Yoga é uma tradição viva, portanto, mutante, dialética, uma vez que está sempre influenciando e sendo influenciada pelo tempo e as pessoas. Qualquer tentativa de definição nos conduzirá a formas limitadas e de aprisionamento, pois ela pode significar muitas coisas. Mas podemos seguir algumas pistas para buscar um entendimento.

Encontramos em muitos textos sagrados a referência à palavra Yoga como sendo derivada do termo em sânscrito yug, em geral traduzido como união, junção, integração, conexão ou, atar, reunir, religar. Em uma interpretação contextualizada, significa a união do ser humano (alma individual – Jivatman) consigo mesmo; união e integração entre todos os seres; integração ser humano-natureza; comunhão entre o ser humano e o divino (o Princípio Supremo - Paramatman).

Outras interpretações igualmente são possíveis de serem associadas, tais como “ajustamento” e “alinhamento”. Esses são termos utilizados mais na contemporaneidade em razão de alguns novos contextos e contornos que a prática do Yoga passou a assumir e, esses entendimentos são trazidos para serem vivenciados no contexto da prática corporal do Yoga, como: alinhar a mente à ação do corpo ampliando a percepção dos sentidos. Sendo assim, os usos dos termos ajustar e alinhar no contexto do Yoga quer dizer aprender a manifestar no mundo uma forma coerente entre o pensar, o sentir e o agir em todas as situações, no cotidiano da vida, não somente durante uma aula e sua prática sobre um tapetinho. A prática do yoga deve ser uma disciplina permanente, é para ser aplicada a todo instante, em todos os contextos da vida.

O objetivo principal do Yoga é alcançar Moksa, a libertação, a consciência de liberação de todos os desejos (do ego). Essa consciência de liberação dos desejos é uma qualidade única dos humanos, e está associada a encontrar a saída do Samsara (o ciclo de nascimentos e mortes). Na historicidade do Yoga, pode-se observar como objetivo desta prática a superação da visão dual da realidade, ou seja, a desidentificação da personalidade/ego, o reconhecimento de que somos parte de um todo, a valorização de todas as formas de vida, o desenvolvimento de uma compreensão profunda da existência, a religação.

Trata-se, portanto, muito mais de um estado interno de percepção da realidade do que propriamente de posturas e acrobacias corporais realizadas sobre um tapetinho emborrachado, como muitos compreendem no ocidente. Para se compreender o Yoga há que se entender que as posturas corporais (asanas) correspondem apenas a uma parte visível, como se fosse a ponta de um iceberg. Há na prática do Yoga uma outra parte muito mais profunda e ampla, que representa e conduz a um caminho de compreensão de si mesmo. É a consciência da transformação da consciência humana em consciência divina. É ao mesmo tempo um método, uma ciência, uma arte, a arte de viver consciente de cada momento, em cada ação.

Duas obras clássicas, os “Yogas Sutras de Patanjali”, um tratado filosófico sobre os conhecimentos do Yoga e, a “Bhagavad Gita” (Canção de Deus – traduzido do sânscrito), uma história épica encontrada dentro do Mahabarata, são importantes referências para se compreender o Yoga. Essas obras representam a síntese do conhecimento sustentador da prática do Yoga em seu sentido mais amplo, como comentado nos parágrafos anteriores. Neste capítulo, para tratar de elementos tradicionais do Yoga, apoiamo-nos nas traduções dessas obras apresentadas por Barbosa (1999) e Rohden (2007), respectivamente, além das contribuições de Feuerstein (2006) e Taimni (2004).

Estima-se que o Yoga tenha sido sistematizado como um método por volta do século II d.C. com o livro “Yoga Sutras de Patanjali”, composto por 196 sutras ou aforismos, organizados em quatro capítulos, nos quais são apresentados fundamentos éticos, filosóficos e conceituais do Yoga. Entretanto, não há acordo sobre essa data, pois há suposições também que data do século IV a.C. Igualmente, não se sabe com certeza sobre a autoria dessa obra; supõe-se que Patanjali teria sido, não o autor, mas o compilador desse conhecimento, resultado de alguns séculos de debates em um período em que todo conhecimento era transmitido tradicionalmente de forma oral e ritmada, como diriam antigamente, de “lábios a ouvidos”. Seus versos correspondem e respeitam uma métrica, o que facilitava a memorização e garantia de fidedignidade ao seu conteúdo.

Por sua vez, a “Bhagavad Gita” data aproximadamente do século IV a.C. Esta obra é reconhecida no campo do Yoga por reunir profundos aspectos éticos e filosóficos do Yoga. Ela descreve uma história entre Arjuna, um guerreiro indiano, e Krishna, um avatar. Nesse diálogo Krishna apresenta a Arjuna o significado da vida humana e quais são os princípios para a sua evolução.

Nestas referências, o Yoga é definido, respectivamente, como “cessação das flutuações da mente” ou “estabilidade mental e serenidade interior”. A partir desta compreensão, o Yoga é visto como um caminho, dotado de preceitos e técnicas, cujo propósito está relacionado ao domínio de pensamentos e emoções, ao favorecimento de aspectos como centramento, contemplação e capacidade de análise e ação sobre a realidade de modo consciente e não apenas reativo. As inquietações são consideradas fonte do sofrimento humano e, portanto, o Yoga se apresenta como possibilidade para superá-las. Ainda nestas obras, as razões para as inquietações e o sofrimento residem na chamada “ignorância”, entendida como o não reconhecimento da conexão profunda da existência humana com o Todo (Brahman). Assim, o Yoga poderia ser entendido a partir de um amplo conjunto de conhecimentos e práticas voltados para a superação da visão individualista e fragmentada da vida.

Mas, antes de apresentar esses entendimentos, na primeira frase do Yoga Sutas de Patanjali encontramos a afirmação: Atha Yoga, traduzindo, “o Yoga é agora” ou, “agora é a hora do Yoga”. Pelo primeiro entendimento a tradução pode significar a síntese de todo o conhecimento presente na obra, entender que praticar Yoga é estar consciente de si do/no momento presente. Já a segunda interpretação pode nos remeter a um chamado para nos fazermos atentos e presentes para os aprendizados que virão ao longo da obra.

Entre os saberes clássicos mais difundidos na atualidade sobre o Yoga, destacam-se os oito princípios sistematizados por Patanjali, os quais são denominados de “os oito anghas” (caminhos) do Yoga. Neste contexto, o Yoga é definido como um método composto por: 1) Yamas, 2) Nyamas, 3) Asanas, 4) Pranayamas, 5) Pratyahara, 6) Dharana, 7) Dhyana, 8) Samadhi. Esses elementos também são conhecidos como a “árvore do Yoga”, pois em conjunto representam, cada um, uma parte da árvore, das raízes ao fruto. De um modo geral, esses princípios se encontram incluídos na estrutura de uma aula de yoga, com maior ou menor ênfase, a depender da metodologia proposta – mais adiante discutiremos sobre isso.

Os Yamas e os Niyamas referem-se a um conjunto de valores, princípios e atitudes pelas quais se deve conduzir a vida. Os Yamas (as raízes) podem ser definidos como compromissos que as pessoas assumem para com todos os outros seres, relacionados a não-violência, a verdade, a integridade, ao desapego, etc. Os Nyamas (o tronco) se referem a compromissos que as pessoas assumem consigo mesmas, como disciplina, contentamento, estudo constante de si e das escrituras, entrega à grandiosidade da vida, etc.

O terceiro princípio, chamado de Ásana (os galhos), diz respeito às posturas corporais. Os ásanas podem ser definidos como assento, ou seja, uma postura estável e confortável. Há uma diversidade de posturas e movimentos associados à prática de Yoga, mas sua base comum é a busca pelo equilíbrio entre o esforço e o conforto durante sua realização. Buscar o assento, o conforto na postura contribui para que a mente possa se manter mais tranquila. Para que uma postura seja caracterizada como um ásana, é importante observar três elementos principais para sua execução: o

posicionamento corporal (certificar-se de que o corpo está no melhor alinhamento, respeitando os limites e possibilidades do corpo), a associação com a respiração e a atitude mental - de concentração, atenção, presença e introspecção, o ajustamento.

A referência aos ásanas não aparece no início do processo de formação do Yoga nos primórdios da idade védica. Dessa forma, podem ser entendidos e divididos em dois grupos: o primeiro se refere às posições de meditação, na qual o praticante apenas senta no chão com as pernas cruzadas; e o segundo grupo se refere aos ásanas culturais, que são todas as demais posturas que foram sendo desenvolvidas ao longo da história. Certamente, pela definição acima, a postura sentada com as pernas cruzadas é a mais antiga e, as primeiras referências a essa postura como ásana remontam ao Rig Veda e às Upanishads. A primeira exposição sistematizada completa das práticas de postura, respiração, purificação e meditação que constituem o chamado Hatha Yoga (Yoga corporal), foi um texto chamado de “Hatha Yoga Pradipika”.

Muitas pessoas conhecem o Yoga por sua dimensão corporal, pelos ásanas, porque é o elemento que mais se disseminou, sobretudo no ocidente e, no Brasil ocupa a maior parte das aulas de Yoga. Contudo, segundo a tradição do Yoga, os ásanas não devem ser vistos separadamente dos demais princípios e seus fundamentos históricos e filosóficos. Inclusive, compreende-se que os ásanas e todo o trabalho corporal realizado devem favorecer com que as pessoas conquistem gradativamente melhores condições para o trabalho meditativo, este último considerado um dos objetivos centrais do Yoga.

O quarto princípio dentro do caminho do Yoga é chamado de Pranayama (as folhas). Este refere-se aos movimentos respiratórios, aos exercícios respiratórios, mas não se restringem apenas à respiração como ato mecânico. O conceito de prana é mais amplo e pode ser entendido como força vital, substrato universal, uma energia muito sutil que penetra e sustenta todas as formas de vida. Nesta perspectiva, os pranayamas se referem ao conhecimento e controle do prana e, os exercícios de pranayama no Yoga, visam aprofundar a capacidade de manipular o prana e podem ser feitos através da realização de movimentos respiratórios conscientes e estruturados. Os pranayamas estão relacionados com o controle da respiração, o qual está associado a um controle da mente (e das emoções), e também à expansão da energia vital.

O quinto princípio se chama Pratyahara (a casca). Uma das traduções de pratyahara pode ser interpretada como o recolhimento dos sentidos, a abstenção dos sentidos. Diante dos cinco sentidos humanos básicos: paladar, olfato, audição, visão e tato, o exercício de pratyahara se refere a ter um controle sobre eles, de modo a exercer certo domínio sobre as referências ou interferências externas, a fim de favorecer a concentração. Pratyahara se relaciona ao estado de centramento, associado também ao trabalho meditativo. Outra tradução possível para praty seria alimento, então o exercício de pratyahara convida a pensar como o corpo é alimentado: com o que alimentamos o corpo, com o que alimentamos as emoções e os pensamentos, o que absorvemos a partir dos cinco sentidos.

O sexto princípio, chamado de Dharana (a seiva), pode ter como tradução a noção de concentração, entendida como a capacidade de direcionar a atenção para um único estímulo, de reduzir a velocidade e o fluxo de pensamentos. Dharana refere uma atitude mental de atenção, introspecção e presença, cujo exercício é fundamental para a meditação.

O sétimo princípio se chama Dhyana (a flor) e sua tradução pode ser meditação. Se dharana se refere a concentração, dhyana se refere a uma concentração contínua, profunda, prolongada, a partir da qual seja possível reduzir a velocidade e o fluxo de pensamentos, voltar a atenção para um único ponto e se manter nesse estado por algum tempo. A meditação pode ser entendida como uma ação pontual, um exercício, mas também como um processo contínuo de conexão (compreensão e ação) associado ao Samadhi, considerado o objetivo final do Yoga.

O oitavo princípio apresentado por Patanjali é chamado de Samadhi (o fruto). Este termo apresenta muitas traduções e diferentes interpretações. Sem a intenção de esgotar ou explicar tamanha complexidade para a compreensão de Samadhi, destacamos uma delas, associada à tradução da própria palavra “Yoga”, apresentada no início deste capítulo como união, junção, integração, conexão. Nesse sentido, o samadhi diz respeito a uma visão de mundo que convida a uma tomada de consciência sobre a existência, individual e coletiva, e as relações dos sujeitos consigo mesmos, com os outros seres vivos, com a natureza e com a ordem social. Além disso, o samadhi pode ser experimentado a partir de sensações e manifestado através de sentimentos de amor, gratidão, plenitude, realização, de que vale a pena a vida. Também se manifesta a partir de um estado de quietude mental associado à paz interior e capacidade de observação (para a ação), em que se pode pensar com mais clareza e analisar, questionar, de modo menos reativo e mais consciente. A meditação é um elemento importante neste processo, integrado aos estudos e à compreensão de conhecimentos da base filosófica do Yoga.

Esses elementos constituem os oito princípios orientadores para se atingir um caminho de felicidade, liberdade e bem-estar, o qual somente pode ser alcançado com uma prática persistente. Por meio deles podemos percorrer um caminho significativo que vai do denso ao sutil, ou seja, a partir de um trabalho corporal gerar processos de transformação no âmbito psíquico e emocional. É nessa direção que o yoga também é reconhecido como uma prática psicofísica.

Além desses elementos, outros aspectos integram e fundamentam a prática e os conhecimentos do Yoga, tais como os diferentes tipos de kriyas (purificações orgânicas), mudras (gestos energéticos com as mãos), mantras (sons sagrados), dentre outros. A inclusão ou ênfase nessas técnicas varia conforme as distintas linhagens existentes, denominadas “Escolas Clássicas do Yoga”, como podemos ver a seguir:

- 1) Raja Yoga – voltada para o caminho do domínio da mente (os oito anghas de Patanjali estão aqui incluídos);
- 2) Karma Yoga – dedicada ao caminho da ação desapegada, do servir desinteressado;

- 3) Mantra Yoga – utiliza dos sons e palavras de poder;
- 4) Bhakti Yoga – inclui práticas devocionais;
- 5) Jñãna Yoga – busca do conhecimento;
- 6) Hatha Yoga – práticas que exigem esforço corporal (prática de ásanas);
- 7) Kundalini Yoga – trabalho com o equilíbrio das forças e energias internas.

Cada uma dessas escolas possui um profundo arcabouço de conhecimentos e práticas que fundamentam o caminho capaz de conduzir à libertação; todos eles exigem disciplina e dedicação sincera.

A concepção de saúde, corpo e movimento no Yoga se apresenta distinta do entendimento ocidental, que se centra no envoltório físico. Os conhecimentos vinculados ao Yoga trabalham com uma concepção baseada em uma anatomia sutil, a qual envolve um complexo circuito de captação, processamento e distribuição constante de energia entre o mundo exterior e o interior por meio do sistema dos chakras. Eles contam em torno de 80.000 pontos ao longo do corpo, sendo sete deles considerados principais ou maiores. Esses centros de energia, cada um deles vinculados a uma glândula e órgão específico, agem como elo de conexão entre a mente, o corpo e o espírito, e são capazes de influenciar significativamente as emoções, o comportamento, a comunicação, os aprendizados, a percepção, dentre outros aspectos. Dessa forma, o corpo é considerado um campo energético, este se constitui por diferentes camadas que, além da dimensão física, inclui outras mais sutis. A saúde, por sua vez, se expressa como um estado de equilíbrio dinâmico entre essas dimensões, que influenciam e são influenciadas constantemente por trocas com o mundo externo.

É interessante notar que, mesmo que esta concepção de saúde não seja adotada em determinadas propostas de prática de yoga, ainda é o viés “da saúde” que constitui o maior foco de interesse das pessoas na atualidade. Ao que parece, os ideais de transcendência e ampliação da visão de mundo que estão nas bases ético-filosóficas do Yoga, foram hegemonicamente ressignificados por certa perspectiva terapêutica, que ora desprezam estes aspectos fundamentais, ora buscam (re)colocá-los como importantes para os processos mais amplos de desenvolvimento humano e social. Isso permite também questionar os modos como compreendemos a saúde na atualidade e seu viés funcionalista ou reduzido a parâmetros orgânicos.

O Yoga é um modo de vida, uma disciplina que trabalha com a mente, e o corpo é apenas uma ferramenta adicional para o correto desempenho da prática. Mas, uma espécie de inversão nos seus processos parece ter ocorrido quando começou a ser difundida pelo mundo. Com os movimentos das viagens exploratórias pelos vários continentes, por volta do século XV, certo interesse é despertado sobre o Yoga. Nesses movimentos, ganham força não somente as trocas de produtos, mas também de conhecimentos. Livros são traduzidos e novas práticas incorporadas. Assim o Yoga vai sendo apropriado por novos grupos e ganha novos formatos e significados.

Os modos como o Yoga chegou e que vem se difundindo no Brasil permitem aventar um outro significado para o Yoga, ainda de caráter reduzido. A história do Yoga no Brasil é imprecisa, mas há indícios de que tenha chegado por aqui por volta dos anos 1920. Ao longo do tempo, diferentes pessoas, suas escolas e vertentes, foram se desenvolvendo no país. Recentemente o Yoga veio se popularizando em diferentes espaços, e por meio de distintos estilos de prática e ensino.

O caráter reduzido merece destaque em razão da grande repercussão do trabalho físico do corpo nas propostas. Os ásanas assumiram prioridade e, na maioria das vezes, exclusividade, nas aulas, num contexto de compreensão do Yoga como um sistema de exercícios que trabalha o corpo e a mente. Muitas pessoas reconhecem aulas de Yoga como realização de sequências de ásanas, em sessões muito similares a aulas de alongamento ou ginástica. Nesse sentido, o princípio dos ásanas tem sido o mais valorizado, em detrimento dos demais, com afastamento também das raízes culturais, históricas, filosóficas e éticas que são constitutivas do Yoga. Este processo de esvaziamento das dimensões fundamentais desta manifestação cultural está alinhado com a apropriação mercadológica a que está submetida, assim como ocorre também com outras propostas terapêuticas e orientalismos, no contexto de culto ao corpo. Arelado a essa perspectiva está a busca por novidade e a resignificação das demandas de saúde mental na contemporaneidade (FERNANDES; RODRIGUES; ROCHA, s/d).

O olhar ocidental para o Yoga parece refletir uma perspectiva de funcionalidade. Na cultura contemporânea o corpo tem centralidade, seja por sua capacidade produtiva, seja por sua potencialidade de consumir bens materiais e simbólicos. Além disso, sua apropriação visa, em geral, auxiliar na diminuição dos níveis de estresse e ansiedade, gerados pela dinâmica da vida moderna, bem como manter um corpo em condições excelentes de produtividade. O Yoga se tornou mais um produto para anestesiá-lo o corpo e ajudá-lo a suportar todo um processo de exploração a que está submetido, quer seja no trabalho, quer seja no lazer. A ênfase nesse caráter funcional, apesar de contribuir para a melhoria de certas condições de saúde e qualidade de vida dos praticantes, visa apenas servir para a preparação de corpos mais produtivos. Fato este que merece nosso questionamento, principalmente, por essa perspectiva afastar a prática de seu objetivo principal e original.

Nessa direção, como consequência de um processo de interação e diálogo entre o oriente e o ocidente e, seguindo o fluxo do mercado, muitas linhas metodológicas de trabalho surgiram referenciadas por diferentes “mestres(as)”. Esses professores fundaram escolas na Índia e disseminaram esses conhecimentos pelo mundo. Algumas escolas e métodos também foram criados fora da Índia, inclusive no Brasil. Apenas para citar alguns desses sistemas de ensino, temos: Iyengar Yoga, Ashtanga Yoga, Vinyasa Yoga, Hot Yoga, Yoga Nidra, Yoga Restaurativa, Yin Yoga, Swasthya Yoga, Kundalini Yoga, Método Hermógenes/Yoga para Nervosos, Yoga para Gestante, AcroYoga, Yoga para Crianças/Educação, dentre várias outras propostas e possibilidades.

Apesar dessas distintas nomenclaturas, e conforme os princípios e fundamentos dos textos clássicos, todas elas podem ser consideradas como Hatha Yoga, uma vez que representam um trabalho corporal. A abordagem de cada um desses sistemas ou, linhas de trabalho, varia em razão do objetivo proposto, seja por uma ênfase em um trabalho mais terapêutico e adaptativo às necessidades individuais com o uso de props (materiais de apoio), seja na permanência durante a execução das posturas e no alinhamento de cada um dos movimentos; seja por um trabalho de sequências de movimento dinâmicos, fluidos e coreografados associados à respiração; seja por meio de séries fixas de movimentos desafiadores; ainda, com a ênfase em ações mais relaxantes; posturas acrobáticas realizadas coletivamente ou, ao atendimento de especificidades, como no exemplo das gestantes, das crianças, grupos esses que exigem um tratamento diferenciado.

Apesar de se constituir como uma prática corporal, o Yoga não configura um conteúdo específico de atuação da área da Educação Física, mas pode ser considerado como uma possibilidade de trabalho nas esferas da saúde, da educação e do lazer.

Na realidade concreta vemos professores(as) de Yoga oriundos de formação acadêmica de diferentes áreas de conhecimento, tais como advogados, psicólogos, biólogos, pedagogos, dentre outros. Muitos desses profissionais conseguem integrar o Yoga aos seus campos específicos de atuação; outros passam a atuar apenas com o Yoga. Encontramos também professores(as) de Yoga sem nenhuma formação acadêmica, o que não representa nenhuma falta de mérito. Tudo isso é possível porque, para atuar com Yoga não se exige nenhuma formação acadêmica como pré-requisito. Há sim, a exigência de uma formação específica, um conhecimento das técnicas e de seus fundamentos, sem contar a necessidade de se adotar uma prática pessoal sistemática e efetiva de modo a integrar na própria vida os princípios e valores que a sustentam. Para essa formação, existem hoje muitas escolas de Yoga, bem como diversos(as) professores(as) que ministram cursos de formação de maneira independente. Esses cursos podem ser encontrados pelo mundo inteiro. Muitos desses profissionais viajam para a Índia em busca desse tipo de formação e se associam a escolas específicas. Com esse know-how, se credenciam a ministrarem aulas e cursos, os quais em geral se encontram vinculados à Yoga Alliance e/ou, à Aliança Brasileira de Yoga, associações que visam estabelecer padrões mínimos de formação e atuação profissional em Yoga.

No campo acadêmico, o Yoga aparece de formas diversas, por vezes ambíguas. Se, por um lado, é alvo de críticas e considerado incompatível com o conhecimento científico, por outro, figura nos âmbitos da pesquisa, do ensino e da extensão. É objeto de investigações de diferentes áreas, englobando estudos de diferentes perspectivas, desde o interesse das Ciências Naturais, seus efeitos sobre o corpo e variáveis anátomofisiológicas, bem como das Ciências Humanas e Sociais, com estudos interessados em seus elementos sociohistóricos, antropológicos, entre outros. A primeira tese de doutorado defendida sobre yoga no ocidente data de 1933, em

Bucareste, publicada como livro “Yoga, imortalidade e liberdade”, de autoria de Mircea Eliade (1996).

Dialogando com o campo da Educação Física, a produção de conhecimento sobre Yoga majoritariamente está interessada em suas relações com a saúde, mas outros elementos também se apresentam, como as concepções de corpo, espiritualidade/religiosidade e a prática de ensino (GOMES; ALMEIDA; GALAK, 2019; SANTOS, 2020). De maneira geral, de um lado, prevalece a abordagem do corpo de forma mecânica e da saúde de forma individual e orgânica e a concepção de yoga mais próxima a atividade física (LIMA; RIBEIRO, 2019). Em contraste, têm destaque os estudos relacionados à Saúde Coletiva, que abordam o corpo, a saúde e o yoga de forma ampliada, na linha das práticas corporais integrativas (BARROS et al., 2014; ANTUNES, 2019; ANTUNES; FRAGA, 2021; BERNARDI et al., 2021; PEREIRA; TESSER, 2021; SIEGEL; BARROS, 2022).

No ensino, o yoga aparece como conteúdo de alguns cursos de graduação e pós-graduação, geralmente associados a área da Saúde. Sua presença é tímida, e na maioria das vezes na forma de disciplinas optativas nos currículos (BARBONI; CARVALHO, 2021; SILVA; OLIVEIRA, 2022). Outras possibilidades de abordagem do Yoga no contexto universitário residem em projetos de extensão, constituindo oportunidades de ampliação da formação de estudantes e da democratização do acesso ao Yoga para as comunidades (SAMPAIO, 2014; SILVA; ANTUNES, 2022).

Nos últimos 20 anos vimos o Yoga ganhar muita evidência no Brasil e no mundo. Em 2017 foi incluído na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, o que significa que pode ser ofertada em serviços públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde por qualquer profissional que atua nas unidades de saúde (BRASIL, 2006; 2017). Em 2018, foi citado na Base Nacional Comum Curricular como um conteúdo a ser ministrado no componente curricular Educação Física, vinculado às chamadas ginásticas de conscientização corporal (BRASIL, 2018). Com isso vem desconstruindo preconceitos e ganhando mais força, presença, visibilidade e credibilidade em diversos espaços e entre os distintos segmentos sociais, ao passo em que suscita debates sobre as formas de apropriação, considerando as funções sociais dos espaços a que se destina.

Nos âmbitos da formação e da atuação profissional, portanto, é fundamental que o Yoga seja abordado na sua complexidade e possa ser articulado a um projeto de formação humana. Nesta perspectiva, faz-se necessário superar a visão restrita à exercitação corporal, de forma mecânica e repetitiva, em favor da abordagem dos saberes e práticas do Yoga nas suas dimensões históricas, conceituais, éticas, filosóficas, técnicas, estéticas e simbólicas. Uma abordagem que oportunize o acesso ao aprendizado desta manifestação cultural voltado a possibilitar aos/às praticantes desenvolver autonomia e também refletir sobre os modos de vida na modernidade, a partir da articulação de temas relacionados a problemáticas sociais pertinentes ao tempo em que vivemos. Formas de apropriação do Yoga compromissadas com a formação humana podem contribuir tanto a uma finalidade educativa quanto

terapêutica. Mais que isso, podem contribuir para nos conduzir para uma vida mais leve, feliz e autoconsciente.

Referências

ANTUNES, P. Práticas corporais integrativas: experiências de contracultura na Atenção Básica e emergência de um conceito para o campo da saúde [tese]. Porto Alegre: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança; 2019.

ANTUNES, P.; FRAGA, A. Práticas corporais integrativas: Proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26, n. 09, 2021.

BARBONI, V.; CARVALHO, Y. Práticas Integrativas e Complementares em saúde na formação em Educação Física: avanços, desafios, velhos e novos embates. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.30, n.3, e200872, 2021.

BARBOSA, C. E. Os Yoga Sutras de Patañjali. 1ª ed. São Paulo: Editora do autor, 1999.

BARROS, N. et al. Yoga e Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.19, n. 04, 2014.

BERNARDI, M. et al. Yoga: um diálogo com a Saúde Coletiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 25, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Brasília-DF: Ministério da Educação, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria n.849, de 17 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.

FERNANDES, E.; RODRIGUES, F.; ROCHA, V. A edificação da imagem do yoga no Brasil. s/d. Disponível em <
https://www.academia.edu/1163353/A_EDIFICA%C3%87%C3%83O_DA_IMAGEM_DO_YOGA_NO_BRASIL> Acessado em 11/06/2019.

ELIADE, M. Yoga, imortalidade e liberdade. São Paulo: Palas Athena, 1996.

FEUERSTEIN, G. A Tradição do yoga: história, literatura, filosofia e prática. São Paulo: Pensamento, 2006.

GOMES, L.; ALMEIDA, F.; GALAK, E. As práticas corporais alternativas e a educação física: uma revisão sistemática. *Motrivivência*, Florianópolis, v. 31, n. 57, p. 01-20, jan/mar 2019.

LIMA, L.; RIBEIRO, O. Yoga e educação física: uma análise da produção científica nas Revistas de Educação Física (1999-2018). *Conexões: Educ. Fís., Esporte e Saúde*, Campinas: SP, v. 17, e019029, p. 1-17, 2019.

PEREIRA, L.; TESSER, C. Do yoga para a atenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde: um estudo hermenêutico sobre valores e princípios éticos do Yoga Sutra de Patañjali. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 26, n. 02, 2021.

SAMPAIO, T. L. Estudo sobre o yoga no Projeto de extensão “Práticas Corporais” da UFSC. [monografia]. Florianópolis: Centro de Desportos; 2014.

SANTOS, G. Yoga e a busca do si mesmo: pensamento, prática e ensino. *Movimento*. v. 26, e26064, 2020.

SIEGEL, P.; BARROS, N. Yoga: Tradição e Prática Integrativa de Saúde. Campinas-SP: Pontes, 2022.

SILVA, L.; ANTUNES, P. Construindo relações entre yoga e universidade: os casos de dois projetos de extensão – UFRGS e UFG. In: _____. (orgs) Yoga para todas as pessoas: experiências em espaços públicos. Curitiba: CRV, 2022.

SILVA, C.; OLIVEIRA, A. O Yoga como componente curricular na formação acadêmica e profissional em Educação Física. *Pensar a Prática*, Goiânia, v. 25, 2022.

RHODEN, H. Bhagavad Gita, de Krishna. São Paulo: Martin Claret, 2007.

TAIMNI, I. K. A ciência do yoga. São Paulo, SP: Teosófica, 2004.

Sobre os autores:

Priscilla de Cesaro Antunes

Doutorado em Ciências do Movimento Humano – UFRGS

Docente UFG

E-mail: pri.antunes@ufg.br

Professora na Faculdade de Educação Física e Dança e no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Goiás. Tem atuado nas dimensões do ensino, pesquisa e extensão em temas relacionados a Educação Física e Saúde Coletiva, especialmente práticas corporais na perspectiva das Práticas Integrativas de Saúde. Coordenadora do LabPhysis (Laboratório Physis de Pesquisa em Educação Física, Sociedade e Natureza) e do Projeto Yoga com a comunidade.

Cristiane Ker de Melo

Mestrado em Estudos do Lazer – Unicamp

Docente UFSC

E-mail: cristianecker@hotmail.com

Professora no Departamento de Educação Física do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenvolve ações e estudos relacionados aos campos do Lazer, dos Jogos e Brinquedos da Cultura Popular e, das Práticas Corporais e as Dimensões da Vida. Coordenadora do Projeto Práticas Corporais - vinculado ao Núcleo Vitral Latino Americano de Estudos da Educação Física, Esporte e Saúde/Instituto de Estudos Latino Americano (IELA/UFSC); Coordenadora da área de Lazer e Práticas Corporais no Departamento de Esporte, Cultura e Lazer/Secretaria de Cultura, Arte e Esporte (SeCArTE/UFSC).



UNIVERSIDADE DE
vassouras