



Faculdade de Medicina de Botucatu



Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
UNESP

Ana Paula Corrêa Castello Branco Nappi Arruda

*Efetividade dos Florais de Bach no Bem Estar Espiritual de
estudantes universitários: Ensaio clínico randomizado
duplo cego*

Botucatu
2012



Faculdade de Medicina de Botucatu



Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
UNESP

Ana Paula Corrêa Castello Branco Nappi Arruda

*Efetividade dos Florais de Bach no Bem Estar Espiritual de
estudantes universitários: Ensaio clínico randomizado
duplo cego*

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Amaral Guerrini

Coorientadora: Profa. Dra. Ruth Natalia Teresa Turrini (EEUSP)

Botucatu
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Arruda, Ana Paula Corrêa Castello Branco Nappi.

Efetividade dos florais de Bach no bem estar espiritual de estudantes universitários: Ensaio clínico randomizado duplo cego/Ana Paula Corrêa Castello Branco Nappi Arruda.–Botucatu : [s.n.], 2012

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ivan Amaral Guerrini

Coorientadora: Ruth Natália Teresa Turrini

Capes: 40602001

1. Medicamentos florais. 2. Vida espiritual. 3. Espiritualidade. 4. Pacientes – Saúde mental.

Palavras-chave: Bem estar espiritual; Ensaio clínico; Florais de Bach; Prática integrativa complementar; Transtorno mental comum.

Dedicatória

Ao meu marido, Lucas, por ser meu maior incentivador, conselheiro, companheiro, amigo, por ter escolhido fazer parte dessa e de inúmeras jornadas comigo. E por ter me propiciado a concretização de mais uma realização pessoal, a de termos nossa primeira filha.

Agradecimentos

À Deus, pela dádiva da vida e pelas inúmeras oportunidades ofertadas para meu desenvolvimento e crescimento pessoal;

Aos meus Pais, pela oportunidade da vida e por todo amor e carinho que me forneceram em minha criação e educação. À minha mãe por ser uma grande incentivadora de meus estudos e de minha vida acadêmica e por compartilharmos semelhante filosofia de vida e da espiritualidade;

À minha avó Margot, por sua presença invisível durante o momento da escrita de tese e em vários outros momentos de minha vida, e por servir de inspiração com seu exemplo de vida e de caráter;

Aos amigos espirituais, por auxiliarem e facilitarem a concretização desse trabalho;

Ao meu orientador, Prof. Ivan Guerrini, por ter me aceitado como orientada e, principalmente, ter autorizado a mudança de meu projeto de pesquisa, que culminou no presente trabalho;

À minha coorientadora, Profa. Ruth Turrini da FEEUSP, por ter me aceitado como orientada e por ter exercido seu papel de forma sempre presente, objetiva, importante e fundamental, desde a elaboração do projeto até a redação final;

Aos vários profissionais que auxiliaram na costura dessa colcha de retalhos dos temas envolvidos nessa tese, Profa. Kika, Profa. Liciania, Profa. Niura, dentre outros;

Às estagiárias voluntárias do ensaio clínico, Cláudia Pereira e Renata Rodrigues, pela disposição à doação de horas semanais para o projeto e pela amizade oferecida;

À Luciana Chammas e à Healing essências florais, pela importante contribuição, com a doação do kit de florais de Bach para o projeto, sem a exigência de algo em troca;

À Lucilene Cabral, secretária da pós do departamento de Saúde Pública, por todo seu auxílio durante esses três anos e meio de doutorado;

À Regina Spadin e à equipe da pós-graduação da medicina, por todo o auxílio incansável nas dúvidas e nos problemas a serem resolvidos;

Às amigas Marina Villardi e Bianca Paiva por suas amizades e auxílios em todos os momentos necessários e importantes do doutorado;

À Univap por ter permitido que esse projeto fosse praticado em suas dependências, principalmente à Profa. Dra. Emilia Ângela LoSchiavoArisawa, diretora da Faculdade de Ciências da Saúde;

Aos alunos da Univap que responderam o questionário e às participantes do ensaio clínico!

Resumo

Os Florais de Bach são considerados uma Prática Integrativa Complementar (PIC) e sua fundamentação apresenta grande cunho espiritual, entendendo que as pessoas possuem uma Alma que é o seu eu real e divino, e que, através de uma relação harmoniosa entre Alma e personalidade, tem-se como resultado a saúde. Pesquisas científicas internacionais de impacto têm sugerido que o fortalecimento do bem estar espiritual pode auxiliar significativamente e positivamente na promoção da saúde mental e física. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) referem-se aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não-psicóticos. Fazem parte dessa ampla categoria diagnóstica, sintomas como: de ansiedade e de depressão, dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade, queixas somáticas, dentre outros. O TMC causa um grande impacto social e apresenta alta prevalência em estudantes universitários, variando entre 34,1% e 44,6%. O presente estudo visou avaliar a relação existente entre o tratamento com Florais de Bach e o Bem Estar Espiritual de pessoas com TMC. Essa pesquisa apresentou uma metodologia experimental do tipo ensaio clínico, duplo cego. Os participantes foram os alunos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP) da cidade de São José dos Campos - SP. Dos 411 alunos que responderam os questionários, 194 se mostraram elegíveis, sendo que 70 deram início ao tratamento. Os participantes foram divididos em dois grupos, Grupo de Intervenção (GI) e Grupo Placebo (GP), por seis meses com atendimentos a cada 30 dias. Foram utilizados instrumentos validados para a avaliação do TMC (SRQ-20) e do bem estar espiritual (EBE). Na análise estatística, foram utilizados os testes do Qui-quadrado ou exato de Fisher, de acordo com a necessidade, e a regressão logística para estudar a associação entre a escala de EBE, o SRQ-20 e o uso de Florais de Bach para cada momento de avaliação (3 momentos). Para esses testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Na avaliação intragrupos do bem estar espiritual, os resultados se mostraram superiores e significantes no GI em relação ao GP, principalmente do meio para o final do tratamento, embora sem diferença estatística na avaliação entre os grupos. Na avaliação intragrupos do TMC, os resultados se mostraram superiores no GI em relação ao do GP, da primeira para a segunda avaliação, onde a taxa de

redução do TMC se mostrou mais elevada, 66,7% e 57,9%, respectivamente, embora sem diferença estatística nessa avaliação e na avaliação entre os grupos. Conclui-se que apesar desses dados requererem maior corroboração de dados quantitativos e qualitativos, ainda sim, este resultado pode indicar que os remédios florais facilitam a comunicação do indivíduo com ele mesmo, sua autoconsciência e o seu processo de individuação, conseqüentemente melhorando a ligação do indivíduo com o Transcendente. Sugerem-se pesquisas que envolvam intervenções com as PIC na avaliação do bem estar espiritual e do TMC.

Palavras-chaves: Bem Estar Espiritual; Ensaio Clínico; Florais de Bach; Prática Integrativa Complementar; Transtorno Mental Comum.

Abstract

The Bach's flowers remedies are considered a Complementary Integrative Practice (CIP) and its grounds has great spiritual nature, understanding that people have a soul that is your real and divine self, and through a harmonious relationship between soul and personality, the result is health. International scientific research has suggested that the strengthening of spiritual well-being can help significantly and positively on mental and physical health promotion. The Common Mental Disorders (CMD) refers to medical conditions involving non-psychotic psychiatric symptoms. The included symptoms are: anxiety and depressive symptoms, difficulty of concentrating, forgetfulness, insomnia, fatigue, irritability, feelings of worthlessness, somatic complaints, among others. The CMD has a big social impact and is highly prevalent among college students, ranging between 34.1% and 44.6%. This study aimed to assess the relationship between treatment with Bach's flower remedies and spiritual well-being of people with CMD. This study presented a experimental double-blind clinical trial methodology. Participants were students of the Faculty of Health Sciences at the University of Vale do Paraíba (UNIVAP) in the city of São José dos Campos-SP. Of the 411 students who answered the questionnaires, 194 were eligible, and 70 began treatment. Participants were randomized into two groups, Interventional Group (IG) and Placebo Group (PG), for six months with visits every 30 days. Validated instruments were used for the assessment of CMD (SRQ-20) and for the spiritual well-being (EBE). In statistical analysis, were used the chi-square or Fisher's exact test, as needed, and logistic regression to study the association between the scale of EBE, the SRQ-20 and the use of Bach's Flowers Remedies for each time evaluation (3 evaluations). For these statistical tests was adopted a significance level of 5% ($p < 0.05$). In the intragroup evaluating of spiritual well-being, the results were higher and significant at IG in relation to PG, mainly from middle to end of treatment, although no statistical difference between groups was detected. In the intragroup evaluation of CMD, the results were higher in the IG than compared to the PG, from first to second evaluation, where the rate of reduction of CMD was 66.7% and 57.9%, respectively, although no statistical difference in this assessment and in the assessment between groups was detected. It is concluded that although these results require further corroboration of quantitative and qualitative data, even

so, it indicates that the flower's remedies may improve communication of the subject with himself, the consciousness and the individuation process, consequently improving the connection of the individual with the Transcendent. Are suggested further researches involving interventions with the CIP in the assessment of spiritual well-being and the CMD.

Keywords: Bach's Flower Remedies, Complementary Integrative Practice, Spiritual Well-Being, Common Mental Disorders, Clinical Trial.

Sumário

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	6
1.1 Naturologia Aplicada	6
2. INTRODUÇÃO	10
2.1 A Ciência Ocidental e a Influência da Física e da Física Quântica: Breve Histórico ..	10
2.1.1 Conceitos Levantados pela Física Quântica.....	13
2.1.2 A Física Quântica e a Teoria da Complexidade	16
2.2 Terapia Floral	22
2.2.1 Terapia Floral de Edward Bach	27
2.2.2 Conceitos de Saúde e Doença do Dr. Bach	30
2.2.3 Convergências nos Discursos de Bach e de Jung.....	32
2.2.4 Método de seleção das essências florais para o tratamento	35
2.2.5 Preparo e Mecanismo de Ação das Essências Florais	37
2.3 Bem Estar Espiritual e Saúde Mental	47
2.4 Saúde Mental e Transtornos Mentais Comuns	49
2.5 Justificativas	53
2.6 Problema	54
2.7 Hipótese	54
2.8 Objetivo	55
3. METODOLOGIA.....	57
3.1 Tipo de Pesquisa.....	57
3.2 Local de Pesquisa	57
3.3 População	57
3.4 Amostra	58
3.5 Grupos de Estudo	58
3.6 Instrumentos de Coleta de Dados	59
3.6.1 <i>Self-Report Questionnaire</i> (SRQ-20).....	59
3.6.2 Escala de BemEstar Espiritual (EBE).....	60
3.6.3 Procedimentos para Coleta de Dados.....	61
3.6.4 Escolha das Essências Florais Utilizadas.....	63
3.6.5 Preparo dos Frascos para os Florais de Bach.....	64
3.7 Análise dos Dados	64
3.8 Considerações éticas	65
4. RESULTADOS.....	67

4.1 Análise Descritiva Geral da População.....	67
4.2 Ensaio Clínico	68
4.2.1 Características Sociodemográficas dos Grupos de Estudo	70
4.2.2 Condições de Saúde nos Grupos de Estudo.....	73
4.2.3 Comparação entre os Grupos de Estudo	76
4.2.4 O Bem Estar Espiritual das Participantes do Estudo	79
4.2.5 O Transtorno Mental Comum das Participantes do Estudo	81
4.2.6 Regressão Logística para Comparação entre Grupos em cada Momento de Avaliação	83
4.2.7 Florais de Bach: As Essências Escolhidas	84
5. DISCUSSÃO	89
5.1 Discussão do Uso de PIC pela Amostra Geral	89
5.2 Efeitos Colaterais e Características Sociodemográficas.....	90
5.3 O Bem Estar Espiritual das Participantes	93
5.4 O TMC das Participantes do Tratamento Floral.....	97
5.5 Contribuições deste estudo	100
5.6 O Tratamento Floral	101
5.7 Florais: Essências mais Escolhidas.....	102
5.8 Limitações da Pesquisa.....	108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
7. REFERÊNCIAS.....	113
ANEXO I – <i>Self-Report Questionnaire</i> (SRQ).....	125
ANEXO II - Escala de Bem Estar Espiritual.....	126
ANEXO III – Autorização do CEP	127
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	128
APÊNDICE II – Questionário Para Levantamento dos Dados Pessoais.....	129
APÊNDICE III – Entrevista	130

Considerações Iniciais

"...é preciso coragem para sermos o que somos,é preciso recomeçar no caminho que vai pra dentro,vencendo o medo imaginado, se sentir seguro no inesperado,confiar no invisível,desprezando o perecível na busca de si mesmo,ser o capitão da nossa nau, e no mais terrível vendaval, mergulhar bem fundo,para encontrar o nosso ser real..."

(Calunga)

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Naturologia Aplicada

É necessário tecer alguns comentários sobre a formação de base dessa pesquisadora, que apresenta relação direta com os temas explorados por essa tese, em virtude do fato dela ser ainda muito recente e pouco conhecida no Brasil. Sou formada como Bacharel em Naturologia Aplicada pela Universidade do Sul de Santa Catarina, no campus da grande Florianópolis, tendo me formado no ano de 2002/2, com a segunda turma desse curso.

A Naturologia é uma área profissional da saúde recente, a qual utiliza métodos naturais, tradicionais e modernos de cuidado à saúde, embasada em uma visão ampliada de saúde que preza pela qualidade de vida e a relação entre o ser humano e o ambiente em que vive (RODRIGUES, D.M.O.; HELLMANN, F.; SANCHES, N.M.P., 2011). É um curso que apresenta muitas disciplinas da área biológica e das ciências humanas, justamente para cumprir o objetivo de ampliar a visão sobre o ser humano e o seu processo de saúde e doença.

Portanto, o estudo dessa graduação se dá sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) – essa denominação foi elaborada pelo Ministério da Saúde do Brasil (2006) – que são mais conhecidas como terapias complementares ou alternativas.

A Naturologia valoriza as Medicinas Tradicionais, ao mesmo tempo em que se utiliza das PIC que não estão necessariamente vinculadas às racionalidades médicas estabelecidas (como é o caso da Arte-terapia, Musicoterapia, Terapia Floral, Massoterapia, Cromoterapia, Reflexoterapia, dentre outros), mas que apresentam grande proximidade em seus princípios norteadores de entendimento das dimensões que envolvem o processo saúde doença. O Naturólogo atua no âmbito privado e público, e os locais de atuação deste profissional são diversificados: spas, instâncias hidrominerais, clínicas de estética, clínicas multiprofissionais no âmbito privado, unidades básicas de saúde, centro de atenção psicossocial (CAPS), policlínicas, hospitais. Na Saúde coletiva, este profissional também trabalha com atividades de educação em saúde e vivências relacionadas às PIC, visando à promoção da saúde e a integração social (RODRIGUES, D.M.O.; HELLMANN, F.; SANCHES, N.M.P., 2011).

Uma das disciplinas ministradas no curso, e que se apresenta fundamental para o entendimento da inter-relação entre as dimensões que constituem o ser humano e sua saúde, dentro de uma visão Ocidental, foi a de Física Quântica. Além disso, no meu primeiro dia de aula da graduação foi ofertada uma palestra com um médico psiquiatra, e o tema era Física Quântica e saúde. Após a palestra me senti um tanto desorientada e percebi que os conceitos de vida e de saúde poderiam ser muito mais dinâmicos, sistêmicos, ampliados, não lineares, equilibrados dinamicamente, sinérgicos, interativos e realimentáveis que eu supunha. Compreendi que eu realmente precisava rever muitos conceitos.

A Física Quântica, também conhecida como Nova Ciência, propõe muitos modelos diferentes de como a natureza e as organizações de um modo geral funcionam (STERELNY, 2008). Essa Nova Ciência tem uma capacidade extraordinária de integrar diferentes áreas da atividade humana, inclusive a ciência e a espiritualidade. Ver a saúde e a cura mediante a visão de mundo da Física Quântica confere ao agente de cura e ao paciente o poder potencial de escolher a saúde ao invés da doença. E quando você faz esse aprendizado, você descobre por que essa cura de si mesmo é tradicionalmente chamada de cura por meio de um poder superior ou Deus: porque ela o leva de seu casulo de existência separado para um nível de ser não local e integrado (GOSWAMI, 2006).

Essa informação vem a corroborar o que Dr. Edward Bach, responsável pela sistematização da terapia floral, acreditava e afirmava que a doença é o resultado do conflito entre a Alma (nosso ser real e divino) e a Mente (nossa personalidade) e para ser erradicada, seriam necessários esforços espirituais e mentais (BACH, 2006). Isso significa dizer que é fundamental uma reconexão consigo mesmo e com seus mais íntimos e verdadeiros propósitos, que estão em sintonia com a Alma de cada um, com a centelha de Deus, para assim, ter uma vida saudável e feliz.

Atualmente é possível observar muitos estudos científicos relacionando a saúde à espiritualidade, principalmente na área da saúde mental e mais especificamente na área da psiquiatria. Como é possível observar preliminarmente, esses temas estão conectados entre si, são convergentes. Desde a Naturologia, passando pela Física Quântica, Espiritualidade, Florais de Bach e a Saúde Mental. Esses temas sempre me fascinaram e graças a esse projeto de doutorado foi

possível desenvolver uma pesquisa com os mesmos e ao mesmo tempo, definir meu real propósito profissional como pesquisadora acadêmica.

Convido-os a ingressarmos juntos nessa viagem, de velhas e novas informações, onde muitos irão concordar e outros tantos discordar, mas confesso que, pessoalmente, o mais importante é que tenhamos a oportunidade de ampliarmos um pouco mais o nosso campo de conhecimento, pois como dizia minha querida e saudosa avó Margot, o segredo da vida é ser um eterno aprendiz.

Mas vamos finalmente dar início a essa jornada...

Introdução

"Considera sempre que o Universo é um organismo vivo, que possui uma única substância e uma única alma; e que todas as coisas estão submetidas a uma só percepção desse modo; que tudo é movido por um único impulso e tudo toma parte em tudo o que acontece. E repara quão intrincada e complexa é essa trama."

(Imperador Romano Marco Aurélio; 212-180a.C.)

2. INTRODUÇÃO

2.1 A Ciência Ocidental e a Influência da Física e da Física Quântica: Breve Histórico

Nesse e nos próximos tópicos, será discorrido sobre os referenciais teóricos que foram adotados como norteadores da interpretação dos resultados obtidos com a presente pesquisa, o da Física Quântica e o da Teoria da Complexidade.

As raízes da Física, bem como da ciência ocidental, podem ser encontradas no período inicial da filosofia grega do século VI a. C., numa cultura onde a ciência, a filosofia e a religião não se encontravam separadas. Os sábios da escola de Mileto, não se preocupavam com essas distinções. Seus objetivos giravam em torno da descoberta da natureza essencial ou da constituição real das coisas, a que denominavam *physis*. O termo Física deriva dessa palavra grega e significava, originalmente, a tentativa de ver a natureza essencial de todas as coisas (CAPRA, 2000). Na primeira universidade do mundo, situada na antiga Grécia e criada pelo filósofo Pitágoras, eram desenvolvidas pesquisas nas áreas de Ciências, Medicina, Higiene, Astronomia, Astrologia, Música, Esoterismo, dentre outras, com o objetivo de desenvolver o bem estar e a evolução da Humanidade (GUERRINI, 2009).

Contudo, entre os anos de 1500 e 1700 houve uma mudança drástica na maneira como as pessoas descreviam o mundo e no seu modo de pensar. Isso ocorreu devido às mudanças revolucionárias na física e na astronomia, culminando nas realizações de Copérnico, Galileu e Newton. Essa mudança que viria a ser de suprema importância para o desenvolvimento subsequente da civilização ocidental foi iniciada e completada por Descartes e Newton no século XVII. Para Descartes, o universo material era uma máquina (visão mecanicista), não havia propósito, vida ou espiritualidade na matéria. A natureza funcionava de acordo com leis mecânicas e podia ser entendida e explicada em função do movimento de suas partes. Com o firme estabelecimento da visão mecanicista no mundo durante o século XVIII, a física tornou-se naturalmente a base de todas as ciências (CAPRA, 2004).

A abordagem clássica ou Newtoniana tem se apresentado como o paradigma dominante dentro do pensamento e da ciência ocidental. Isto resulta na hipótese incontestável de que existem leis físicas baseadas em simples relações

entre causa e efeito que comandam o comportamento de todos os sistemas naturais. A partir disto acredita-se que o conhecimento individual de todas as partes de um sistema gera a compreensão do sistema como um todo, e de acordo com sua condição inicial qualquer estado futuro é passível de previsão. Quando a abordagem clássica não pode ser aplicada, os sistemas são vistos através da exibição de um comportamento aleatório imprevisível, que pode ser descrito através de métodos estatísticos. Porém, a maioria dos sistemas apresenta estas duas características de aleatoriedade e ordem (KERNICK, 2004).

René Descartes publicou seu livro, O discurso do Método, no ano de 1637 e nele apresentou uma espécie de guia ou manual para que as pessoas pudessem ascender ao conhecimento racional. Essa analítica cartesiana e suas implicações epistemológicas são bastante conhecidas pelas pessoas em geral. Dentre os temas abordados no livro, pode-se destacar (FILHO, 2009):

- A objetividade – que busca conferir à ciência um caráter rigoroso, impessoal e objetivo;
- A neutralidade – a observação do objeto em estudo deve ser feito de modo neutro;
- A causalidade – a ciência é a busca das causas e é valorizada a produção de evidências;
- A linearidade – ideia que alguns chamam de reducionismo, de que os problemas devem ser entendidos do simples ao complexo;
- A simplicidade – a explicação deve se dar da forma mais simples possível e preferencialmente na linguagem matemática, que Descartes considerava como a linguagem universal da ciência;
- A disciplinaridade – (principal consequência institucional do cartesianismo) conhecer é fragmentar, acumular e depois somar elementos.

Na leitura dos elementos listados acima, pode-se perceber que diariamente é possível aplicar alguns desses conceitos, seja para o entendimento de novas informações, para realizar pesquisas ou para outras atividades. Com isso, observa-se que essa visão teve e continua tendo sua importância nos mais diversos

setores, porém, é inegável a necessidade da aplicação de outras teorias na busca pela ampliação de entendimentos e na produção de novos conhecimentos, uma vez que a visão clássica não é suficiente para explicar alguns fenômenos.

Durante o século XX, a ciência passou por grandes rupturas epistemológicas, a começar pelo desenvolvimento da Física Quântica a partir das décadas de 1920 e 1930 que, de forma marcante, causou grande repercussão no desenvolvimento da ciência, a começar pela Física. O indeterminismo e as incertezas nas previsões de sistemas subatômicos provocaram o que Thomas Kuhn, físico e filósofo do século XX, chamou de ruptura da "ciência normal". Em sua essência filosófica, epistemológica e ontológica, a Física Quântica afirma que não há mais uma objetividade definida na ciência, ou seja, a Física Quântica define que em toda e em qualquer observação, há uma interação do observador com o elemento observado. Dessa forma, ocorre um rompimento com o modelo clássico de ciência que se apresentava sobre uma base de objetividade e neutralidade (GUERRINI; SPAGNUOLO, 2009).

Segundo Goswami (2008), a Física Quântica é uma ciência física descoberta para explicar a natureza e o comportamento da matéria e da energia na escala de átomos e de partículas subatômicas, mas, atualmente, acredita-se que seja aplicável à matéria como um todo. Os cientistas apenas conseguem descrever partículas subatômicas em termos de seu modo de interação. Dessa forma iniciou a Teoria Quântica, como um modo de explicar a mecânica de elementos muito pequenos. No entanto, hoje a Física Quântica também é a base para compreendermos imensos objetos, como as estrelas e galáxias, e eventos cosmológicos como o *Big Bang*.

Para Capra (2000), a Física Quântica tem exercido uma profunda influência sobre muitos aspectos da sociedade humana. Acabou por tornar-se a base da ciência natural, e a combinação da ciência técnica e natural transformou as condições de vida das pessoas. Contudo, a influência da Física Quântica ultrapassa a tecnologia, estendendo-se ao âmbito do pensamento e da cultura, aqui, a Física Quântica gerou uma profunda revisão de concepção humana acerca do universo e do relacionamento do indivíduo com este último (CAPRA, 2000).

2.1.1 Conceitos Levantados pela Física Quântica

O surgimento da Teoria Quântica ou Mecânica Quântica no início do século XX provocou duas consequências diretas: o da consolidação científica da nova disciplina e o da instalação de seus fundamentos filosóficos na cultura em geral. Esse duplo caminho foi muitas vezes percorrido de modo simultâneo, já que, como processo, realizou um amplo e novo desenho na cultura, provocado pela chegada do conjunto de paradigmas que constitui a Teoria Quântica. Marcou o desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica, produziu novas tensões com a religião, a política, a ética, a moral e com a cultura de modo geral (BARROSO, 2011).

A Teoria Quântica foi formulada durante as primeiras três décadas do século XX por um grupo internacional de físicos, entre eles Max Planck, Albert Einstein, Niels Bohr, Louis De Broglie, Erwin Schrodinger, Wolfgang Pauli, Werner Heisenberg e Paul Dirac. Depois de concluída a formulação matemática da Teoria Quântica, sua estrutura conceitual não foi facilmente aceita. A nova Física exigia profundas mudanças nos conceitos de espaço, tempo, matéria, objeto e causa e efeito; como esses conceitos são fundamentais para o modo de vivenciar o mundo, sua transformação causou um grande choque. Essa nova visão de mundo da Física Quântica apresenta relações com as concepções defendidas em tradições Orientais (CAPRA, 2004).

Algumas das questões levantadas pela Física Quântica são:

Incerteza /complementaridade: A investigação experimental dos átomos mostrou que esses consistem em vastas regiões de espaço onde partículas extremamente pequenas (elétrons) se movimentam ao redor do núcleo com um aspecto dual. Dependendo do modo como observamos, elas se apresentam ora como partículas, ora como ondas. Isso significa que nem o elétron nem qualquer outro objeto atômico possuem propriedades intrínsecas, independentes do seu meio ambiente. As propriedades que ele apresenta dependem exclusivamente da situação experimental vivenciada (CAPRA, 2000, 2004).

Niels Bohr propôs o princípio da complementaridade para explicar a dualidade onda-partícula. Em situações experimentais, uma determinada medida só revela uma natureza ondulatória ou corpuscular de um objeto, de forma que é impossível, no mesmo experimento, mostrar sua dupla natureza. Bohr reconheceu,

ainda, uma analogia entre a análise dos fenômenos atômicos e aspectos da psicologia humana. Na descrição de experiências psíquicas, há uma relação de complementaridade semelhante à da descrição de experiências referentes ao comportamento dos átomos e das partículas subatômicas, obtidas em diferentes situações experimentais. A aproximação epistemológica que Bohr identificou entre ambas, sugere que o princípio da complementaridade pode ter correspondência com fenômenos biológicos, psíquicos e sociais (CZERESNIA, 2008).

Probabilidade: No nível subatômico, a matéria não existe com certeza em lugares definidos, ao invés disso, mostra tendências para existir e os eventos atômicos não ocorrem com certeza em tempos definidos e de maneiras definidas, mas antes, mostram tendências para ocorrer. Essas tendências são expressas como probabilidades e todas as leis da Física atômica se expressam em termos dessas probabilidades. Não é possível prever com certeza um evento atômico, apenas prever a probabilidade de sua ocorrência (CAPRA, 2000, 2004).

Interconexões / correlações: Uma análise cuidadosa do processo de observação na Física atômica mostra que essas partículas carecem de significado como entidades isoladas e somente podem ser entendidas como interconexões ou correlações entre vários processos de observação e medição. Quando penetramos na matéria, a natureza não nos mostra quaisquer elementos básicos isolados, mas apresenta-se como uma teia complicada de relações entre as várias partes de um todo unificado (CAPRA, 2000, 2004).

Esse é o conceito central da teoria da Física Quântica, onde se concorda que ondas de objeto quântico são ondas de possibilidade. Cada mensuração causa uma mudança no estado da matéria, passando de uma onda de possibilidade para uma partícula real. Esta mudança é conhecida como colapso da função de onda. Simplificando, essa é a redução de todas as possibilidades do aspecto de onda em uma certeza temporária do aspecto de partícula (GOSWAMI, 2008).

Nesse reino de possibilidade, o elétron não está separado do observador e da sua consciência. Quando a consciência causa o colapso da onda de possibilidade ao escolher uma das possíveis facetas do elétron, essa faceta se torna ato, manifestação. Simultaneamente, a onda de possibilidade do detector de elétrons também sofre colapso, produzindo um sinal; e a mesma coisa acontece com a onda de possibilidade do cérebro do observador, que também registra o

evento (GOSWAMI, 2006). Essa questão nos leva a uma nova visão da realidade, uma visão onde a realidade subjetiva ou virtual da mente e a realidade física, exterior ou objetiva da matéria, estão inexplicavelmente interligadas e essa ligação transcende o tempo e o espaço (WOLF, 2003).

Não localidade: Bohr afirmou que o sistema de duas partículas é um todo indivisível, mesmo que as partículas estejam separadas por uma grande distância; o sistema não pode ser analisado em termos de partes independentes. Mesmo separados no espaço, eles estão ligados por conexões instantâneas e não locais. O comportamento de qualquer parte é determinado por suas conexões não locais com o todo (CAPRA, 2000, 2004). A não localidade foi comprovada experimentalmente em diferentes átomos e situações por físicos nas últimas décadas, inclusive em trabalhos bem recentes publicados na revista Science (HOFMANN et al, 2012), e com isso, também foi confirmada a existência de um domínio de realidade transcendente, para além do domínio material do espaço tempo. Isso contradiz diretamente o pressuposto do realismo materialista, de um mundo material único e confirma diretamente a ideia de transcendência encontrada nas tradições espirituais (GOSWAMI, 2003).

Nesses efeitos não locais, os eventos ocorrem em pontos separados em A e em B, mas estão ligados de maneira misteriosa. Essa ligação é tão sutil que não há maneira de mandar um sinal de A para B, e isso é muito importante para a consistência da Teoria Quântica com a relatividade. Esse emaranhamento quântico está em algum lugar entre objetos separados e em comunicação recíproca, é um fenômeno pertencente exclusivamente à Mecânica Quântica e não existe nenhum análogo dele na física clássica (PENROSE, 1998).

Visão sistêmica ou Bootstrap: A abordagem *bootstrap* foi proposta por Geoffrey Chew no começo dos anos de 1960. Ele e outros físicos usaram-na para desenvolver uma teoria abrangente das partículas em interação forte, em conjunto com uma filosofia mais geral da natureza. Segundo a filosofia *bootstrap* a natureza não pode ser reduzida a entidades fundamentais, mas tem de ser inteiramente entendida através da autocoerência. Com essa filosofia, o universo é visto como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados. Nenhuma das propriedades de qualquer parte dessa teia é fundamental; todas elas decorrem das propriedades das outras partes do todo, e a coerência total de suas inter-relações determina a estrutura da teia. No nível subatômico, as inter-relações e interações

entre as partes do todo são mais fundamentais do que as próprias partes (CAPRA, 2000, 2004).

Descontinuidade: O elétron se apresenta em movimento contínuo em torno de seu núcleo atômico. Porém, pode acontecer do elétron saltar de uma órbita atômica para outra, e Bohr dizia, o salto é descontínuo já que o elétron não passa pelo espaço que separa as duas órbitas, ele simplesmente desaparece de uma órbita e reaparece em outra(GOSWAMI, 2006). A transição de uma dessas configurações para outra consiste num salto quântico. Se a segunda necessitar de maior energia para realizar a transição, o sistema deve ser suprido de fora, pelo menos com a diferença de energia. Para um nível inferior, ele pode mudar espontaneamente, desprendendo a energia em excesso, sob a forma de radiação (SCHRODINGER, 1997).

2.1.2 A Física Quântica e a Teoria da Complexidade

Algumas décadas após o surgimento da Física Quântica surgiu a Teoria do Caos^ae a Geometria Fractal^b, que formaram as bases para o nascimento da Ciência da Complexidade a partir da década de oitenta (WALDROP, 1993; KAUFFMAN, 1995; MCDANIEL; DRIEBE, 2001; MAINZER, 2004).Essa ciência propõe diferentes modelos de como a natureza e as organizações de um modo geral funcionam, sendo amplamente utilizada atualmente (STERELNY, 2008; CALDARELLI; GARLASCELLI, 2009). Em contraste com o modelo cartesiano de máquina, a Teoria da Complexidade sugere que as organizações, bem como a saúde, são orgânicas como sistemas vivos(CAPRA, 2002; AGOSTINHO, 2003; SCHENEIDER; BAUER, 2007). A Teoria da Complexidade traz para os fenômenos da vida cotidiana os conceitos levantados na análise da vida microscópica pela Física Quântica, com a influência da Teoria do Caos, Geometria Fractal e o Pensamento Sistêmico.

Foi a partir das rupturas na ciência clássica ocorridas no século XX que alguns pesquisadores, pensadores, filósofos, educadores e outros profissionais começaram a trabalhar e a por em prática os conceitos da chamada Nova Ciência.

^aA Teoria do Caos surgiu na década de 1960, a partir das ciências da meteorologia.

^b Os Fractais surgiram em 1970 e são ferramentas para se entender os padrões formados pelos sistemas naturais.

Assim, os fenômenos da vida tanto organizacional, educacional, relativos à saúde, ao meio ambiente, à espiritualidade, dentre outros, são vistos como complexos. Com isso, esses fenômenos passam a serem tratados a partir de teorias e conceitos que são mais compatíveis com uma realidade ampliada (GUERRINI; SPAGNUOLO, 2009).

Um dos braços da Ciência da Complexidade está no conceito de rede que tem sido muito estudado nos últimos anos. As redes são especificadas pela interligação das informações de um sistema e pelo tráfego da informação pelo sistema (BARRAT, 2004). É possível verificar que o entendimento de redes experimentou uma revolução por causa da emergência de uma nova ordem de ferramentas e técnicas teóricas para o mapeamento de redes reais. Estes avanços têm incluído algumas surpresas indicando que a maioria das redes reais nos sistemas de tecnologia, sistemas sociais e biológicos apresentam desenhos em comum que são governados por princípios de organização simples e quantificáveis (BARABASI, 2003). O interesse crescente na interconectividade tem trazido a foco uma questão ignorada: as redes permeiam todos os aspectos da saúde humana (BARABASI, 2007).

A Ciência da Complexidade adota um modelo que vê os fenômenos como sistemas constituídos por uma rede de elementos que trocam informações entre si, de forma que a mudança do contexto de um elemento muda o contexto de todos os outros elementos (CILLIERS, 1998). A metáfora organizacional muda, então, da visão da máquina para a de ecossistema de elementos co-envolvidos (PALLA; BARABASI; VICSEC, 2007). O ser humano é, visto desse modo, como uma totalidade dinâmica, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual indissociável (BARBIER, 2007).

Assim, a Ciência da Complexidade vem sendo aplicada em todas as áreas do conhecimento nos últimos anos, inclusive com muita ênfase na área da saúde (MEIRELLES; ERDMANN, 2006). As características essenciais do modelo de complexidade, sob a perspectiva do cuidado em saúde, são:

1) Sistemas complexos consistem em um elevado número de elementos que interagem entre si. Estas interações são predominantemente de curto alcance com informações sendo recebidas dos vizinhos próximos. De qualquer

maneira, a riqueza desta rede de conexões significa que a comunicação irá atravessar o sistema, mas também será modificada no caminho (KERNICK, 2004).

2) Existe realimentação repetida nas interações da rede(não-linearidade). Os efeitos da ação de um elemento são recorrentemente realimentados ao elemento e isto, em contrapartida, afeta seu comportamento no futuro. A realimentação negativa (estável) e positiva (instável) geram o surgimento da não-linearidade a qual é a única característica que faz com que o sistema complexo seja diferente do sistema complicado. Estas instabilidades não-lineares conduzem para a novidade e para a inovação e fazem com que o comportamento futuro destes sistemas seja imprevisível, esse é o princípio do funcionamento de um fractal dinâmico natural (KERNICK, 2004). Segundo Capra(1997), isto não significa que a teoria do caos não é capaz de quaisquer previsões. Ainda podemos fazer previsões muito precisas, mas elas se referem às características qualitativas do comportamento do sistema e não aos valores precisos de suas variáveis num determinado instante. Assim, a nova matemática representa uma mudança da quantidade para a qualidade, o que é característico do pensamento sistêmico em geral. Enquanto a matemática convencional lida com quantidades e com fórmulas, a Teoria dos Sistemas Dinâmicos lida com qualidades e com padrões. Da mesma forma, os fractais tradicionais são padrões determinísticos, onde a fase final (atrator) é identificada, e os fractais naturais são dinâmicos e instáveis, sujeitos às mínimas interferências externas (Efeito borboleta).

3) Devido às características não-lineares, pequenas mudanças em uma área podem ocasionalmente provocar amplos efeitos através de todo o sistema(Efeito borboleta). Isto tem sido chamado de "Efeito Borboleta", citado no item anterior (uma borboleta batendo suas asas na floresta amazônica pode causar um tornado no Texas, segundo Lorenz, o cientista que o identificou primeiro). Um exemplo é que a alteração de uma minúscula espécie vegetal pertencente a um ecossistema pode alterar totalmente o ecossistema dentro de certo tempo(KERNICK, 2004). O advento do Efeito Borboleta, da década de 1960, é um efeito que mostra a extrema sensibilidade de sistemas abertos a perturbações externas, ou seja, às condições externas ou iniciais. Hoje se sabe que esse efeito atua em todos os sistemas naturais e flexíveis e também naqueles que buscam a

eficácia natural para funcionar, como é o caso das organizações humanas complexas e quânticas, bem como da saúde (ZOHAR, 2006). No campo da saúde, é o Efeito Borboleta aliado a alguns fenômenos quânticos que juntos podem lançar luz, sobre o funcionamento da homeopatia, dos remédios florais e de outras práticas integrativas complementares, incluindo o papel significativo e positivo da espiritualidade (CELANO; GUERRINI, 2008).

4) O sistema é diferente das somas das partes. No esforço para entender o sistema através de sua redução em suas partes componentes, o método analítico destrói o que ele busca compreender (KERNICK, 2004). A Teoria da Complexidade propõe uma visão da relação do todo com as suas partes onde a organização do todo pode ser diferente da soma das partes e constitui um processo em que aparecem propriedades emergentes (novas, não contidas na história das partes) surgidas especificamente da organização do todo, com capacidade de retroalimentação do sistema. Como o todo pode ser também menor que a soma das partes, isto é, pode ter qualidades inibidas na formação da totalidade, pode haver exigências a serem implantadas em circunstâncias que exigem uma mudança nas rotinas preestabelecidas na formação do todo. Por sua vez, o todo também está contido em cada parte, concentrado e particularizado como se fosse um código que garantisse que cada uma das partes exista, se comporte e se articule com as demais como elemento de constituição da totalidade. Este fato é chamado de princípio hologramático (MORIN, 2008).

5) O comportamento dos sistemas complexos envolve a interação de agentes em um nível local sem uma direção externa ou a presença de controle interno (emergência). Esta propriedade é conhecida como emergência e ela dá aos sistemas a flexibilidade de se adaptar e de se auto-organizar em resposta ao desafio externo. Emergência é um modelo de sistema de comportamento que não poderia ser previsível através de uma análise das partes componentes do sistema. Uma propriedade emergente surge no comportamento do sistema todo e não é redutível às partes (KERNICK, 2004). Por décadas, os cientistas que estudam os sistemas complexos têm falado sobre "emergência", o misterioso processo pelo qual o todo coletivo adquire flexibilidade, adaptabilidade e outras propriedades surpresas, mesmo que os seus componentes sejam simples. O exemplo arquetípico

desta propriedade é a colônia de formigas, a qual é gerenciada durante a procura inteligente por comida e organizada para a defesa coletiva com o uso das limitadas habilidades de cada formiga(BUCHANAN, 2009).

6) Os sistemas complexos frequentemente operam longe do equilíbrio e múltiplos equilíbrios são possíveis. Estados de equilíbrio estão invariavelmente abaixo do nível ótimo, de acordo com Prigogine(1996).

Os Sistemas Adaptativos Complexos foram definidos inicialmente por Gell-Mann(1994) e tratados com mais detalhes em termos da compreensão do seu funcionamento quando aplicado ao ser humano por Celano e Guerrini (2008) e Guerrini e Spagnuolo(2008) ficando identificados como Sistemas Dinâmicos Complexos e Adaptativos (SDCA), em contraposição aos Sistemas Simples (SS) da Ciência clássica. De acordo com outros pesquisadores, os fenômenos da vida, incluindo a saúde dos indivíduos, podem ser entendidos como Sistemas Dinâmicos Complexos Adaptativos (SDCA) e podem existir em três estágios: estabilidade, instabilidade e caos. Sistemasestáveis estão no estado de equilíbrio, são resistentes à mudança e pequenasperturbações são debeladas rapidamente para manter o *status quo*. Sistemasinstáveis estão no estado de desequilíbrio, são altamente sensíveis à mudança e pequenas turbulências podem conduzi-los rapidamente à desintegração. Sistemascaóticos estão num estado longe do equilíbrio, são sensíveis a pequenasturbulências, são capazes, portanto, de promover mudanças rápidas. No entanto, ao contrário dos sistemas instáveis, sistemas caóticos podem atingir um ponto crítico em que se auto-organizam espontaneamente em uma nova estrutura de complexidade ou padrão de comportamento. Portanto, no estado de caos, pequenos efeitos são requeridos para mudar o sistema. Os SDCA podem se mover de um estado para outro mediante a manipulação de seus parâmetros de controle (ANDERSON; MCDANIEL, 1999).

7) É difícil a determinação de limites de um sistema complexo. O limite dos sistemas complexos é irregular e instável(CELANO; GUERRINI, 2008), além do que é frequentemente baseado nas necessidades do observador e este interfere mais do que qualquer outra propriedade intrínseca do sistema. Por exemplo, profissionais da saúde responsáveis pelos cuidados primários encontram

dificuldades na definição dos limites entre saúde e cuidado social em seus trabalhos(KERNICK, 2004).

8) A História é importante em sistemas complexos. O passado influencia o comportamento presente. Por exemplo, seria imprudente planejar as novas estruturas em cuidados primários sem o reconhecimento do que já foi feito. Há sempre, num sistema complexo o chamado “efeito de memória”, ou seja, os padrões do passado sempre têm força, seja num indivíduo ou numa organização. Quanto mais perto do equilíbrio, essa força é maior, quanto mais longe do equilíbrio, mais o sistema consegue ser flexível para alterar os padrões antigos (KERNICK, 2004).

A pesquisa e a prática em saúde pública têm sido orientadas por um paradigma hegemonicamente cognitivo e racional, que conseqüentemente, vem produzindo mudanças lineares e previsíveis. No entanto, os pressupostos conceituais e estatísticos subjacentes a esse paradigma podem se apresentar insuficientes. Em particular, essa perspectiva não considera adequadamente as influências não lineares e quânticas no comportamento humano. A mudança no comportamento da saúde pode ser melhor entendida através das lentes da teoria do caos e sistemas dinâmicos adaptativos complexos, onde os princípios relevantes incluem que a mudança de comportamento (1) é muitas vezes um evento quântico, (2) pode assemelhar-se a um processo caótico que é sensível às condições iniciais, altamente variável, e difícil de prever, e (3) ocorre dentro de um SDCA com múltiplos componentes, onde os resultados são muitas vezes maiores que a soma de suas partes (RESNICOW; PAGE, 2008).

A partir das informações descritas, podemos entender a saúde como um Sistema Dinâmico Complexo Adaptativo (SDCA), que é constituída por vários elementos (espiritualidade,saúde mental, qualidade de conexão consigo mesmo, emoções positivas, capacidade de auto-observação, prática espiritual ou religiosa, dentre outros) e estes elementos se inter-relacionam continuamente. Também podemos entender que esses temas, ou seja, o tratamento com os remédios Florais de Bach, a espiritualidade e a saúde mental acabam por gerar uma propriedade emergente chamada de “saúde integral” que pode ser muito bem utilizada numa unidade aberta de cuidado de saúde.Com isso, quando provocamos uma pequena ou sutil modificação no indivíduo, bem como no sistema de saúde envolvido em sua

cura, isso pode provocar ampla repercussão em todo o sistema, transformando-o completamente.

2.2 Terapia Floral

O surgimento de novos modelos de cura e saúde a partir da segunda metade do século XX, sobretudo com o movimento social urbano denominado *contracultura*, desencadeado nos anos 60 e prolongado durante os anos 70 nos EUA e na Europa, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da racionalidade médica convencional. Além da importação de antigos sistemas médicos, como a Medicina Tradicional Chinesa e a Ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares ou *folk* do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas) foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas os países latino-americanos, principalmente durante a década de 80. Tal evento pode ser evidenciado pelos indícios: grande desenvolvimento nos centros urbanos de farmácias e lojas de produtos naturais tradicionais ou recentes; reaparecimento do “erveiro” (vendedor de plantas medicinais) como agente de cura, e aparecimento no noticiário da grande imprensa escrita e televisiva de reportagens frequentes sobre os efeitos curativos de terapias integrativas complementares, denotando aumento da procura das mesmas por um número significativo de pessoas (LUZ, 2005).

As Medicinas Integrativas e Complementares (MIC) são muito antigas e apresentam formas muito similares de compreensão da saúde, visto que elas consideram os diversos setores da vida, buscando uma visão integral do ser humano e de sua saúde. Nessa abordagem, a pessoa é vista como sendo constituída por vários aspectos, dentre eles: aspecto físico, aspecto emocional, aspecto mental, aspecto social, aspecto espiritual. Além dessas medicinas existem as Práticas Integrativas, que não necessariamente pertencem a uma medicina específica, porém, compartilham os princípios da busca por uma visão mais ampliada de entendimento, diagnóstico e tratamento à saúde. De acordo com Scheffer (1990), os Florais de Bach são considerados uma Terapia Integrativa Complementar e são reconhecidos e recomendados desde 1974, pela Organização Mundial da Saúde.

As Práticas Integrativas apresentam uma forte característica em comum com o sistema de saúde público brasileiro, o enfoque à saúde integral. Sabe-se que o Sistema Único de Saúde apresenta como princípio normativo a integralidade, e, de acordo com Tesser e Luz (2008), o senso comum do uso institucional e profissional do termo deixa poucas dúvidas, objetiva-se que essa diretriz oriente, no âmbito dos serviços públicos, e da ação de seus profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões e dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas. Espera-se que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva. Além disso, a integralidade seria um atributo, usado também no contexto da atenção à saúde especializada, qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou “curativa” a mais ampla e global possível e, ao mesmo tempo, precisa, que integra as múltiplas dimensões da vida dos doentes, tanto do ponto de vista dos pacientes como do saber especializado que orienta o profissional da saúde (TESSER; LUZ, 2008).

Desde o ano de 1992, um grupo de pesquisas liderado por Madel Luz e intitulado de Grupo CNPq Racionalidades Médicas, enfoca o campo da saúde coletiva no Brasil, levando em conta a multiplicidade de saberes e práticas presentes na sociedade e nas instituições de saúde, em sua diversidade política, cultural e epistemológica. O projeto desse grupo desenvolveu-se inicialmente em torno da categoria operacional “racionalidade médica”, onde estão incluídas as medicinas e práticas integrativas complementares (LUZ, 1995; LUZ, 2000; TESSER; LUZ, 2008).

Os sistemas médicos complexos (Biomedicina, Medicina Tradicional Chinesa) e as práticas integrativas (Florais de Bach, Iridiologia, Geoterapia, dentre outros) estão inseridos no conceito de racionalidade médica. Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão, uma cosmologia (LUZ, 1995; LUZ, 2000; TESSER; LUZ, 2008). A partir dessa delimitação específica, pode-se distinguir entre sistemas médicos complexos como a Biomedicina, e, as terapias ou métodos diagnósticos isolados, como por exemplo, os Florais de Bach ou a Iridiologia, que proliferam atualmente (LUZ, 2005).

É possível observar um consistente aumento na procura das racionalidades médicas e das práticas integrativas complementares (PIC), o que torna importante para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Coletiva o desafio da propagação da sua integralidade nos meios acadêmicos, muito restritos em nosso país, para a periferia intermediária e exotérica, representada pelos usuários dos serviços de saúde e os leigos. O SUS constitui-se em *locus* privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade. E, recentemente, inicia-se um movimento de reconhecimento e valorização das mesmas, através da edição da primeira Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), pela Portaria 971 do Ministério da Saúde. Um investimento cuidadoso num movimento de legitimação dessas racionalidades médicas no SUS e sua oferta à população na rede básica é uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS. Algumas experiências pioneiras de municípios, entre os quais podemos mencionar Campinas, São Paulo, Rio de Janeiro e Volta Redonda, indicam que tais racionalidades são amplamente aceitas e alteram para melhor a prática da biomedicina, nos locais em que elas coexistem e interagem (TESSER; LUZ, 2008).

O Ministério da Saúde apresentou no ano de 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia. No entanto, nesta política ainda não foi incluída a terapia floral. A partir das experiências existentes, esta Política Nacional define as abordagens da PNPIC no SUS, tendo em conta também a crescente legitimação destas por parte da sociedade. Um reflexo desse processo é a demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS, conforme atestam as deliberações de algumas Conferências Nacionais (de Saúde, de Vigilância Sanitária, de assistência Farmacêutica, de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e

recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS. O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e práticas terapêuticas, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, com o objetivo de formular políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O relatório anual da OPAS de 2006 inclui as essências florais entre as práticas complementares com crescimento progressivo no atendimento à populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde (PAHO, 2006).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Embora a PNPIC não seja específica em relação à Terapia Floral, essa interpretação é possível devido a abordagem da Fitoterapia nessa política, visto que esses remédios são feitos a base de flores silvestres, e essas, por sua vez, também apresentam indicação e utilização fitoterápica.

Além disso, o Ministério do Trabalho reconhece a terapia floral como profissão. Ela foi inserida na classificação nacional de atividade econômica dentro das atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana, recebendo o código 8690-9/0 (CONCLA, 2012).

Como exemplos de institucionalização dessas abordagens, tem-se na legislação do estado de São Paulo, a Lei nº 13.717/2004, e do Rio de Janeiro, a Lei nº 5.471/2009, que dispõem sobre a implantação das Terapias Naturais no sistema público de saúde, que incluem a terapia floral.

No estado de São Paulo, o Poder Executivo Municipal ficou incumbido da implantação das Terapias Naturais para o atendimento da população do Município de São Paulo. Entendem-se como Terapias Naturais todas as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que utilizem basicamente recursos naturais, destacando-se as modalidades: Massoterapia, Fitoterapia, Terapia Floral, Acupuntura, Hidroterapia, Cromoterapia, Aromaterapia, Geoterapia, Quiropraxia, Terapias de Respiração, dentre outros (SÃO PAULO, 2004).

No estado do Rio de Janeiro, foi criado o Programa de Terapia Natural para o atendimento da população do Estado com vistas ao seu bem estar e a melhoria da qualidade de vida. Alguns dos objetivos desse Programa são a promoção da saúde e a prevenção de doenças através de práticas que utilizam basicamente recursos naturais; e a implantação da Terapia Natural junto às unidades de saúde e hospitais públicos do Estado, tais como: Massoterapia, Fitoterapia, Terapia Floral, Acupuntura, Hidroterapia, Cromoterapia, Aromaterapia, Oligoterapia, Geoterapia, Naturologia, Ortomolecular, Terapias da Respiração, dentre outras (RIO DE JANEIRO, 2009).

O lado positivo dessas iniciativas é que elas representam um primeiro e importante passo na universalização do acesso às práticas integrativas, porém, infelizmente, essas ainda são iniciativas isoladas. Acredita-se que com o crescimento da quantidade de estudos envolvendo esses temas; a ampliação e divulgação dessas abordagens em saúde para outros profissionais e pesquisadores; em conjunto com uma iniciativa política mais prática e menos teórica, seja realmente possível que as práticas integrativas se tornem cada vez mais acessíveis à população em geral, principalmente à população mais carente.

As essências florais são remédios, na sua maioria, extraídos de flores silvestres, que foram especialmente selecionadas e que apresentam a propriedade de atuar sobre os estados emocional, espiritual, físico e mental das pessoas. Esse conhecimento foi sistematizado por um médico inglês chamado Dr. Edward Bach, que, ao publicar seu método de preparo das essências florais, estimulou a criação de outros sistemas florais, uma vez que se tornou possível fazer testes com flores de outros biomas para avaliação de seus efeitos. O sistema de remédios florais de Bach é o mais conhecido e vendido no mundo, mas existem atualmente outras centenas, inclusive sistemas brasileiros. Outros sistemas florais que são bem conhecidos são os Californianos e os Florais Australianos (VALVERDE, 2000).

O sistema de remédios florais de Bach é constituído por 38 essências mais um remédio emergencial, o *rescue remedy*, que é constituído por cinco dessas essências e serve para situações pontuais e de emergência. Cada uma dessas essências atua em estados emocionais e mentais específicos, sendo que 37 são extraídas de flores silvestres ou de árvores e apenas uma é extraída a partir de água de uma fonte natural que apresenta propriedades curativas (VALVERDE, 2000; BACH, 2006).

2.2.1 Terapia Floral de Edward Bach

As essências florais não são remédios recentes, as diferentes culturas de povos ancestrais já as utilizavam para aliviar seus males, inclusive no antigo Egito, onde eles foram muito populares. No século XV, Paracelso escreveu como recolher o orvalho das plantas em floração e como diluí-las para tratar os desequilíbrios emocionais. Os aborígenes australianos também costumavam utilizar esses remédios para alcançar o equilíbrio emocional. No Peru, que foi o berço de uma das civilizações que alcançou um alto nível de desenvolvimento na cultura médica, eles também foram utilizados (VALVERDE, 2000).

O conhecimento, a sistematização e a divulgação dos remédios florais se devem a um pesquisador do século XIX, Dr. Edward Bach, que é o responsável pela forma como essa terapia é conhecida atualmente. Segundo Valverde (2000) e Scheffer (1997), Bach nasceu no dia 24 de setembro de 1886 em Moseley, na Inglaterra e desde criança mostrou muita intuição e sensibilidade. Em 1912 se formou em medicina, tendo se especializado em Bacteriologia, Imunologia e Saúde Pública. Durante a I Guerra Mundial trabalhou intensamente, sendo responsável por 400 leitos de feridos de guerra. Nessa época ele pode observar como os pacientes reagem diante das enfermidades e como essa reação influía no curso delas. Pode perceber que o mesmo tratamento aplicado a pessoas diferentes nem sempre curava a mesma enfermidade e que pacientes similares em temperamento melhoravam com o mesmo remédio. Tornou-se evidente para ele que, no tratamento das enfermidades, o temperamento do paciente tinha mais importância que a enfermidade física.

Dr. Bach trabalhou em um Hospital homeopático de Londres nos anos de 1919 a 1922. Nesse período ficou muito interessado nos trabalhos de Samuel

Hahnemann, o fundador da Homeopatia, que já reconhecia a importância do temperamento na enfermidade. Combinando estes princípios com a Medicina convencional, ele desenvolveu os Sete Nosódios de Bach, que eram vacinas extraídas de bactérias intestinais, as quais purificavam o trato intestinal com notáveis benefícios à saúde geral dos pacientes e em enfermidades crônicas, como por exemplo, a artrite (VALVERDE, 2000).

No uso prático dos sete Nosódios ficou cada vez mais claro, que todos os pacientes que sofriam das mesmas dificuldades emocionais e psíquicas, também reagiam aos mesmos nosódios, mesmo sem levar em conta a enfermidade física. A partir desse momento, Dr. Bach só prescrevia seus nosódios depois da análise cuidadosa da estrutura da personalidade do paciente e dos resultantes estados emocionais agudos. Com isso, a experiência lhe deu razão e assim se firmou nele a convicção de que as doenças físicas tinham sua origem na psique humana. No sintoma da doença ele reconhecia nas pessoas a "consolidação de uma determinada postura psíquica". Apesar de seu grande sucesso e de sua fama crescente, ele sentia que ainda não havia encontrado a medicina ideal, pois se sentia cada vez mais afastado das bactérias e atraído para as forças curativas da natureza. A cada oportunidade ele deixava o laboratório por algumas horas ou passava um dia no campo ou junto ao mar, e com sua intuição procurava plantas e ervas que, com suas forças curativas naturais, podiam substituir os sete nosódios bacterianos (SCHEFFER, 1997; VALVERDE, 2000; SCHEFFER, 2005).

Durante um jantar em 1928, ele teve um *insight*. Ao observar os convidados, lhe ocorreu que toda a humanidade poderia ser dividida em uma quantidade definida de tipos de temperamentos. Bach se dedicou a observar durante o resto da noite como as pessoas comiam, sorriam, como se movimentavam, suas expressões faciais e o tom de voz que usavam. Percebeu que algumas pessoas eram tão semelhantes entre si que pareciam da mesma família, sem na realidade o serem. Com isso, pode concluir que os indivíduos de cada grupo não sofreriam das mesmas enfermidades, mas reagiriam da mesma maneira frente às enfermidades. No outono desse ano, visitou o País de Gales e trouxe com ele duas plantas, *Mimulus* e *Impatiens*, preparou-as como vacinas orais e receitou-as de acordo com o temperamento do doente, com resultados positivos e imediatos. Mais tarde adicionou a planta *Clematis*. A partir dessas três plantas ele desenvolveu todo um novo sistema terapêutico (VALVERDE, 2000).

Em 1930, ele desistiu do consultório particular e do seu trabalho científico em Londres para se mudar para o campo, no País de Gales. Ali, em meio à natureza ele se dedicou exclusivamente à busca das mais eficazes flores silvestres. Enquanto caminhava pela manhã no campo, observando o orvalho, compreendeu subitamente que cada gota de orvalho que era aquecida pelo sol, poderia adquirir as propriedades curativas da planta no qual se encontrava depositada. Assim Dr. Bach descobriu seu famoso método solar com o qual, através dos raios solares diretos, conseguiu passar a força vital curativa das flores silvestres diretamente para a água fresca da fonte, sem adição de substâncias. Para as flores silvestres das árvores, ele usava o método da fervura com o mesmo objetivo (método da cocção) (SCHEFFER, 2005).

Nesse trabalho continuado, sua intuição e sensibilidade foram muito estimuladas a ponto de ao tocar em uma flor ou ao colocar uma flor em seus lábios fechados, podia imediatamente sentir quais eram seus efeitos curativos. Nesse mesmo ano escreveu um livro chamado "Cura-te a Ti mesmo". Nele é explicada a teoria de que a enfermidade física é o resultado do conflito da Alma com a personalidade. Esse livro foi publicado em 1931 e continua a ser reeditado desde então (SCHEFFER, 1997; VALVERDE, 2000). Interessante verificar que as conclusões do trabalho do Dr. Bach aconteceram na mesma época da revolução causada pela Física Quântica, dentro do pensamento científico.

O Dr. Bach não cobrava pelas suas consultas e seus recursos financeiros foram se extinguindo. Em 1934, mudou-se para *Mount Vernon* em uma pequena casa onde ainda hoje funciona como Centro do Dr. Edward Bach. Ele continuou a trabalhar, escrevendo, formando assistentes e atendendo pacientes, prosseguindo com a sua busca por outros florais. Durante essa fase, sofreu consideravelmente tanto mental quanto fisicamente, até conseguir encontrar as plantas que aliviassem seus sintomas. Assim que finalizou a criação de seu sistema terapêutico, viu que não eram necessários mais florais, pois esses, na sua percepção, cobriam todos os aspectos da natureza humana e assim todos os estados emocionais negativos subjacentes às enfermidades. Assim, no período entre 1928 e 1935 ele descobriu os 38 remédios florais e escreveu os fundamentos da sua nova medicina (SCHEFFER, 1997; VALVERDE, 2000).

2.2.2 Conceitos de Saúde e Doença do Dr. Bach

Para entender a relação existente entre os temas do bem estar espiritual e os Florais de Bach, é importante observar os postulados elaborados pelo Dr. Bach a respeito da manifestação dos estados de saúde e doença. Esses postulados foram publicados em sua obra principal, *Cura-te a ti mesmo*.

Segundo Bach (2006) a doença não pode ser curada nem erradicada por métodos materialistas, pelo fato de que, em sua origem, ela não é material. O que se conhece como doença seria o derradeiro efeito produzido no corpo, o produto final de forças profundas desde há muito em atividade e, mesmo quando o tratamento material sozinho parece bem sucedido, ele age apenas como um paliativo, a menos que a causa real tenha sido eliminada. Em essência, a doença seria o resultado do conflito entre a Alma e a Mente, e ela só poderia ser erradicada por meio de esforços mentais e espirituais do próprio indivíduo.

Uma das exceções para o método de tratamento materialista seria a do método de Hahnemann, o fundador da homeopatia, pois o mesmo estudava a atitude mental de seus pacientes diante da vida, do meio ambiente e de suas próprias doenças. Ele buscava nas ervas do campo e nos domínios da natureza o remédio que haveria de curar os corpos enfermos e, ao mesmo tempo, elevaria a perspectiva mental do paciente. Em um primeiro momento a doença pode parecer cruel, porém na verdade, ela pode ser benéfica. Se interpretada da maneira correta, ela poderia servir de guia na direção dos principais defeitos individuais (BACH, 2006).

Para Bach (VALVERDE, 2000; BACH, 2006), ao procurar entender a natureza da doença seria necessário reconhecer certas verdades fundamentais, que são:

1. As pessoas possuem uma Alma que é o seu eu real, um ser divino, que é uma centelha do Todo Poderoso, portanto imortal;
2. As pessoas tem a missão de alcançar todo o conhecimento e toda a experiência que possam ser adquiridos, com o objetivo de avançar em direção à perfeição de suas naturezas;
3. Deve-se compreender que a vida é apenas um breve instante no curso da evolução individual;

4. Se a pessoa apresentar uma relação harmoniosa entre sua Alma e personalidade, tudo é paz e alegria, felicidade e saúde. O conflito aparece quando as personalidades são atraídas para fora da senda traçada pela própria Alma, por obra de desejos terrenos ou pela persuasão dos outros;

5. Existe uma unidade em todas as coisas, o criador de tudo o que existe é o amor e, tudo aquilo de que temos consciência, em seu infinito número de formas, é manifestação desse amor.

Com isso, é possível incorrer em dois erros básicos, o primeiro é a dissociação entre a Alma e a personalidade, e o segundo seria a crueldade ou a falta para com os outros, visto que são pecados que se cometem contra a Unidade. Qualquer um desses gera conflito que conduz à doença. A percepção a respeito do tipo de erro que se comete e o esforço sincero para corrigí-lo, conduzirá não apenas a uma vida de alegria e paz, mas também à saúde (BACH, 2006).

A doença pode ser dividida em grupos principais que correspondem às suas causas específicas. A real natureza de uma enfermidade seria um guia eficaz para que se identifique o tipo de ação que se está praticando contra a Unidade. As doenças reais e básicas das pessoas seriam certos defeitos como o orgulho, a crueldade, o ódio, o egoísmo, a ignorância, a instabilidade e a ambição, visto que, todas essas características são contrárias à Unidade. Esses defeitos constituem a verdadeira doença e na perseverança dessas atitudes os resultados serão vistos e sentidos no corpo, na materialização da enfermidade (BACH, 2006).

A prevenção e a cura acontecem quando é possível identificar o erro dentro de si mesmo e suprimí-lo por meio do cuidadoso aprimoramento da virtude que o destruirá, exatamente a virtude oposta. Certos males podem ser causados por meios físicos diretos, tais como os associados à ingestão de substâncias tóxicas, acidentes, ferimentos e excessos cometidos; mas, em geral, a doença se deve a algum erro básico em nosso temperamento, como nos exemplos já citados (BACH, 2006).

Segundo Bach (2006) a melhor forma de ajudar a si mesmos é o pensamento sereno, a meditação, e colocar-se numa tal atmosfera de paz que a alma seja capaz de falar através da consciência e da intuição. Se puder fazer do recolhimento uma atitude diária, por um breve momento, completamente a sós e num lugar o mais tranquilo possível, sentado ou deitado tranquilamente, sem pensar

em nada ou pensando calmamente em sua missão de vida, poderão ser observados lampejos de conhecimento e de orientação. Durante esse processo, os pontos fracos podem ser descobertos e o remédio não consiste na luta contra eles, mas no firme desenvolvimento da virtude oposta. Combater um defeito aumenta o poder dele, mantém a atenção fixa na sua presença, e conduz a uma verdadeira batalha; o maior êxito que se pode esperar num caso desses é o da vitória através da supressão, o que deixa muito a desejar, dado que o inimigo permanece presente e pode, num momento de fraqueza, ressurgir com forças renovadas.

Nessa perspectiva, o estado de saúde depende principalmente dos seguintes fatores (BACH, 2006):

1. Da compreensão da divindade que existe dentro de cada um;
2. Do conhecimento de que a causa básica da doença deve-se à desarmonia entre a personalidade e a Alma;
3. Da boa vontade e da habilidade para se descobrir a falta que está causando tal conflito;
4. Da remoção do defeito, desenvolvendo a virtude oposta.

Dr. Bach (2006) vislumbrava que o médico do futuro teria dois objetivos principais, o primeiro, o de ajudar o paciente a alcançar um conhecimento de si mesmo e apontar-lhe os pontos fracos de sua natureza para sua autocorreção com a substituição por virtudes correspondentes e o segundo, o de ministrar os remédios que ajudem o corpo físico a recobrar a força, auxiliando a mente a serenar e ampliar sua percepção, trazendo assim a paz e a harmonia para a personalidade. Tais remédios existem disponíveis na natureza para a cura e o conforto da humanidade.

Baseado nesses conceitos é possível entender que um problema espiritual poderia desencadear um sofrimento mental, emocional ou físico qualquer, em virtude de que na ótica do Dr. Bach, um problema espiritual nada mais é do que um problema de comunicação, um desentendimento entre a Alma e a personalidade de um indivíduo.

2.2.3 Convergências nos Discursos de Bach e de Jung

Um dos vetores do saber psíquico e comportamental é a Psicologia Humanista, na qual Jung faz parte. Nesse campo do saber, são importantes as inter-

relações e as informações que o sujeito estabelece com ele mesmo, com seu corpo, com seu meio e com sua espiritualidade (JACOEL, 2006).

Carl Gustav Jung nasceu em 1875, na Suíça, em uma família voltada para a religião. Seu pai e vários outros parentes eram pastores luteranos, o que explica, em parte, desde a mais tenra idade, seu interesse por filosofia, questões espirituais e pelo papel da religião no processo de maturação psíquica das pessoas, povos e civilizações. Formou-se em medicina e se especializou em psiquiatria. É considerado um dos grandes pensadores do século XX, tendo criado a psicologia analítica, conhecida também como psicologia junguiana (GUIMARÃES, 2004).

Alguns autores fazem uma análise comparativa do trabalho de Bach e outras escolas, onde enfatizam o pensamento analítico de Jung, uma vez que ambos concebem o homem como um ser em constante processo de individuação, que Bach chama de processo de evolução, cuja concretização é a realização (VALVERDE, 2000). Para Jung (2011), individuação significa tornar-se um ser único, na medida em que por individualidade entendermos nossa singularidade mais íntima, última e incomparável, significando também que nos tornamos o nosso próprio "si-mesmo". A individuação significa um processo de desenvolvimento psicológico que faculte a realização das qualidades individuais dadas; em outras palavras, é um processo mediante o qual a pessoa se torna o ser único que de fato é. Com isso, ela não se torna egoísta, no sentido usual da palavra, mas procura realizar a peculiaridade do seu ser. A meta da individuação não é outra senão a de despojar o "si-mesmo" dos invólucros falsos da persona (máscara – complexo funcional a que se chegou por motivos de adaptação ou necessária comodidade) assim como do poder sugestivo das imagens primordiais (inconsciente coletivo).

Jung e Bach entendiam e enalteciam a necessidade do ser humano em dar ouvidos à sua essência, seu ser verdadeiro, que coabita com o divino. Isso seria elemento primordial tanto para a manifestação do estado de saúde bem como para a autorrealização como ser humano. Os florais de Bach são conhecidos como uma ferramenta de autoconhecimento, onde, durante seu uso, podem ocorrer insights sobre questões emocionais e comportamentais a respeito de si mesmo, ao mesmo tempo em que podem catalisar o processo de evolução ou individuação, desde que o indivíduo esteja disposto e aberto a isso.

Da mesma forma que Bach, Jung (2008) acreditava que o processo de cura começava com o autoconhecimento de cada indivíduo, que é a volta do ser

humano às suas origens, ao seu próprio ser e à sua verdade individual e social. As pessoas, quando educadas para enxergarem claramente o lado sombrio de sua própria natureza, aprendem ao mesmo tempo a compreender e amar seus semelhantes. Uma diminuição da hipocrisia e um aumento do autoconhecimento só podem resultar numa maior consideração para com o próximo, pois somos facilmente levados a transferir para nossos semelhantes a falta de respeito e a violência que praticamos contra a nossa própria natureza. Jung (2011) também dizia que a construção de uma persona coletivamente adequada significa uma considerável concessão ao mundo exterior, um verdadeiro autossacrifício que força o eu a identificar-se com a persona. Isso conduz algumas pessoas a acreditarem que são o que imaginam ser. Essas identificações com o papel social são fontes abundantes de neuroses. O sujeito jamais conseguirá desembaraçar-se de si mesmo, em benefício de uma personalidade artificial. A simples tentativa de fazê-lo desencadeia, em todos os casos habituais, reações inconscientes como caprichos, angústias, ideias obsessivas, fraquezas, vícios, entre outros.

Para Jung (2011), atingir a meta da individuação significa que o indivíduo deve aprender a distinguir entre o que parece ser para si mesmo e o que é para os outros. É igualmente necessário que conscientize seu invisível sistema de relações com o inconsciente, a fim de poder diferenciar-se dele. No entanto, é impossível que alguém se diferencie de algo que não conheça. Os fatores inconscientes são realidades determinantes, do mesmo modo que os fatores que regem a vida da sociedade. Ambos apresentam um caráter coletivo. Assim, é possível distinguir entre o que *eu* quero e o que o inconsciente me impõe, como perceber o que meu cargo exige de mim e o que *eu* desejo. É esse o processo energético da vida, a tensão de opostos indispensável para a autorregulação. Mesmo diferentes em aparência e propósitos, esses poderes antagônicos, significam a vida do indivíduo. E justamente porque se relacionam entre si, tendem a unificar-se num sentido mediador. Com isso, é possível perceber um sentimento íntimo do que deveria ser e do que pode ser. Desviar-se de tal pressentimento significa extravio, erro e doença.

Segundo Jung (2011), a individuação não só é desejável, mas absolutamente necessária. Caso contrário, sua fusão com os outros o levaria a situações e ações que o poriam em desarmonia consigo mesmo. A individuação não significa uma simples necessidade terapêutica, mas representa um alto ideal, uma

ideia do que podemos fazer de melhor. É oportuno acrescentar que isso equivale ao ideal cristão do Reino do Céu que está dentro de nós. A ideia básica desse ideal é que a ação correta provém do pensamento correto, e que não há possibilidade de cura ou de melhoria do mundo que não comece pelo próprio indivíduo.

A respeito do que Bach afirmava sobre a ineficiência de se eliminar defeitos pessoais com sua supressão, Jung (2011) concordava e afirmava que a consciência se volta principalmente para fora, deixando as coisas interiores mergulhadas na obscuridade, sendo essa a postura fortificada pela cultura Ocidental. Essa dificuldade pode ser facilmente superada, se for considerada com espírito crítico e com toda concentração o material psíquico da vida particular e não apenas os acontecimentos exteriores. Infelizmente, é hábito o fato de silenciar pudicamente esse lado interior, já que o único método educativo consiste na supressão ou repressão das fraquezas, ou a exigência que as esconda do público. É bom acrescentar que isso não adianta coisa alguma.

Como se pode observar, tanto Bach como Jung apresentam pontos de vista em comuns relacionados à saúde, cada um com seus termos particulares. Resumindo, eles entendiam que o autoconhecimento é peça fundamental e é o que conduz o indivíduo para a saúde, o bem estar espiritual e à autorrealização por meio da individuação. Esses dois médicos usavam tratamentos específicos para o mesmo fim.

2.2.4 Método de seleção das essências florais para o tratamento

Essa forma de seleção pode entrar em contato com questões conscientes e inconscientes do indivíduo, como objetivo de realizar um trabalho gradual e suave em direção à individuação. Em relação aos materiais inconscientes, baseado em Jung, pode-se entender que eles se manifestam, dentre outras formas, por meio de dois caminhos, o da intuição e o da autonomia do inconsciente.

Para Jung (2000), a intuição é a função psicológica que se ocupa de transmitir percepções através do inconsciente. Tudo pode ser objeto dessas percepções, tanto os objetos interiores como os exteriores e suas respectivas conexões. A intuição apresenta como peculiaridade o fato de não ser percepção sensorial, nem sentimento, nem conclusão intelectual se bem que possa se apresentar sob essas formas. Na intuição, os conteúdos nos são apresentados

como um todo coeso, sem que sejamos capazes de dizer ou averiguar, de imediato, como eles teriam se formado, ela é uma função perceptiva irracional.

As pessoas apresentam duas camadas no inconsciente: um é o inconsciente pessoal e o outro é o inconsciente impessoal ou coletivo. O inconsciente coletivo é desligado do inconsciente pessoal, é totalmente universal; e seus conteúdos podem ser encontrados em toda parte, o que não é o caso dos conteúdos pessoais. O inconsciente pessoal contém lembranças perdidas, reprimidas (propositalmente esquecidas), evocações dolorosas, percepções que, por assim dizer, não ultrapassam o limiar da consciência (subliminais), isto é, percepções dos sentidos que por falta de intensidade não atingiram a consciência e conteúdos que ainda não amadureceram para a consciência. Corresponde à figura da sombra, que frequentemente aparece nos sonhos (JUNG, 2008).

A respeito da sombra, Jung (2008) afirma que a energia tem o inconveniente de exigir um fluxo adequado para se produzir, caso contrário, fica represada e torna-se destrutiva. Mas nenhuma energia é produzida onde não houver tensão entre contrários, por isso, é preciso encontrar o oposto da atitude consciente, para que ocorra essa compensação de opostos. Ainda segundo Jung, como exemplo, o contrário do amor é o ódio, mas psicologicamente é a vontade de poder, portanto, onde impera o amor, não existe vontade de poder, e onde o poder tem precedência, aí falta o amor. Um é a sombra do outro. Observando do ponto de vista unilateral da atitude consciente, a sombra é uma parte inferior da personalidade, que devido a uma intensa resistência, é reprimida. O que é reprimido tem que se tornar consciente para que se produza a tensão entre os contrários, sem o que a continuação do movimento é impossível. Pode-se dizer que a consciência está em cima e a sombra em baixo, e como o que está em cima tende para baixo, e o quente para o frio, assim todo consciente procura, talvez sem perceber, o seu oposto inconsciente, sem o qual está condenado à estagnação, à obstrução ou à petrificação. É no oposto que se acende a chama da vida (JUNG, 2008).

Em relação ao fenômeno da autonomia do inconsciente, Jung afirma que é bem provável que a tendência à autonomia seja uma peculiaridade mais ou menos geral do inconsciente. Essa tendência à autonomia é denunciada em primeiro lugar por estados afetivos que também ocorrem em pessoas normais e para tanto, não é preciso muito, como o amor e o ódio, muitas vezes a alegria e a tristeza bastam para acarretar uma troca entre o eu e o inconsciente. A autonomia do

inconsciente começa onde se originam as emoções. Essas trocas podem acontecer diariamente durante as atividades rotineiras. Estas são reações instintivas, involuntárias que perturbam a ordem racional da consciência com suas irrupções elementares. Os afetos não são "feitos" através da vontade, mas acontecem. A consciência sucumbe facilmente às influências inconscientes e estas são muitas vezes mais verdadeiras e lúcidas do que o pensar consciente (JUNG, 2000).

2.2.5 Preparo e Mecanismo de Ação das Essências Florais

As essências florais são basicamente extratos líquidos cuja preparação exige um controle cuidadoso. A preparação deve ser realizada, preferencialmente *in situ*, ou seja, no lugar onde cresce a planta. As flores necessitam ser colhidas no momento do preparo e os utensílios a serem usados devem ser os mais naturais possíveis. A água deve ser a mais pura possível, ainda melhor se for de um manancial próximo ao habitat das flores. O conservante utilizado para proteger essa preparação, denominada tintura mãe, normalmente é o conhaque. Utilizando uma vasilha de cristal cheia de água, cobre-se a superfície com as flores, sem que elas se amontoem umas sobre as outras. Depois se deixa a vasilha exposta à luz direta do sol até que as flores comecem a murchar. Essa espera pode levar de 2 a 7 horas, dependendo da flor e da força do sol. Posteriormente, se retiram as flores com cuidado e despeja-se essa água em vidros, até a metade, na outra metade se insere o conhaque. A maioria das essências foi preparada dessa forma pelo Dr. Bach, outras poucas foram preparadas através da fervura (VALVERDE, 2000).

Os florais, tais como algumas práticas integrativas, exercem o seu efeito tratando o indivíduo e não a doença ou seus sintomas. Atuam diretamente no aspecto emocional e mental. São remédios individualizados, e por mais que duas pessoas tenham o mesmo problema de saúde, por exemplo, hipertensão, as essências florais indicadas não serão necessariamente as mesmas. O efeito dos florais não é a supressão dos aspectos mentais emocionais negativos, mas a sua transformação em aspectos positivos (VALVERDE, 2000).

Numerosas abordagens integrativas e complementares de saúde compartilham uma crença na existência de níveis de "energias sutis ou vitais" e vêem as doenças como resultantes de mudanças nesses níveis. Embora essa medicina energética envolva uma variedade de técnicas, acredita-se que todas elas

influenciam o organismo num nível mais fundamental. Essa concepção é muito semelhante a da tradição médica chinesa, e o mesmo pode ser dito de numerosos conceitos tradicionalmente aceitos. Por exemplo, quando os homeopatas falam de "força vital", ou os terapeutas reichianos, de "bioenergia", utilizam esses termos num sentido semelhante ao conceito chinês de *chi*. A principal finalidade dessas terminologias é descrever os padrões de fluxo e flutuação de energia no organismo humano (CAPRA, 2004).

Cada uma das flores utilizadas pelo Dr. Bach encarna uma qualidade da alma, ou em termos energéticos, tem um comprimento determinado de ondas de energia. Cada uma dessas qualidades está em harmonia com certa qualidade da alma da pessoa, ou seja, com certa frequência no seu campo humano de energia. A alma humana contém todas as 38 qualidades da alma das flores de Bach, como potencialidades de energia, virtudes. Em outras palavras, ele atua como uma forma de catalisador, restabelecendo o contato entre alma e personalidade no ponto em que foi bloqueada. O equilíbrio se reestabelece na área onde a desarmonia e a rigidez haviam se instalado, em outras palavras, no bloqueio de energia. Ou como Dr. Bach dizia, o ser humano volta a ser ele mesmo no ponto em que o deixou de ser (SCHEFFER, 2005).

Segundo Valverde (2000) a ação das essências florais é de natureza bioenergética. No preparo das tinturas ocorre a extração das energias sutis das flores, captando, dessa forma, uma informação eletromagnética definida. Isso ocorre devido ao procedimento de preparação especial, ao qual é submetida, onde se transfere as propriedades eletromagnéticas inerentes de cada flor, com todo seu padrão arquetípico e de vida, e onde se captura a frequência vibracional ou de ressonância que supostamente causa uma reestruturação da cadeia de hidrogênio da água da solução, convertendo a tintura a um padrão de informação definido, com possibilidades de atuar sobre determinados campos bioenergéticos específicos dos seres vivos. Esses campos bioenergéticos contém a informação energética vibracional, e no caso dos homens, de seu estado mental emocional atual, produzindo uma interação dessas energias pelo fenômeno da ressonância, atingindo dessa forma o efeito desejado de regulação bioenergética, que por sua vez, influirá para favorecer uma disposição mental emocional mais positiva.

A terapia floral (VALVERDE, 2000) teve algumas raízes na homeopatia e isso se evidencia nas preparações das essências, não na sua metodologia, mas

no conteúdo estrutural da fórmula, pois buscou um método de potenciação homeopático diferente para as flores. O procedimento de preparação é bastante semelhante, pois a Física moderna explica, a água pura apresenta uma excelente capacidade para capturar a informação eletromagnética. Por essa razão se evidencia que o processo de potenciação da prática homeopática ou o método solar de Bach, estruturam a água para levar o padrão oscilatório (a ressonância ou frequência vibracional) da substância que se prepara. Isso ocorre pelo fenômeno de agrupamento molecular causado pela reestruturação da cadeia de hidrogênio. Como se sabe, se um processo de diluição é contínuo, a um determinado nível de diluição 1/ 1024 (ou uma potência de 24X ou 12C)^c se chega ao limite de avogrado e a substância molecular ou a presença física não existirá. No entanto, a frequência média de ressonância da substância, permanecerá capturada na água. Pelo procedimento solar e posterior diluição, os frascos de tintura mãe (ou *stock*) das essências florais apresentam um equivalente de diluição de 1C ou 5X.

Em um artigo sobre homeopatia, Teixeira (2006) apresenta possíveis explicações para essa informação eletromagnética passada para a água. Na busca pela explicação racional e científica para o fenômeno da transmissão da “informação” dos efeitos primários das substâncias, encontram-se hipóteses fundamentadas em modelos físicoquímicos. Dentre elas, experimentos desenvolvidos no Instituto de Química da Universidade Estadual de Campinas (PORTO, 1998), evidenciaram a ação de campos magnéticos na transmissão da “informação” de soluções padrões à água pura deionizada, produzindo “soluções imagem” que reproduzem, parcialmente, os efeitos farmacológicos esperados para as soluções utilizadas como referência. Os estudos realizados com soluções imagem indicam que a presença da solução de referência dentro do campo magnético induz, de alguma maneira, um novo comportamento da água. Considerando-se a ausência de soluto na solução imagem, a explicação mais plausível para este tipo de comportamento é supor uma reestruturação das moléculas de água durante o processo de magnetização. Apesar da ausência de mecanismos que expliquem tais processos, as propriedades físico-químicas estudadas nestes trabalhos compõem um conjunto de evidências experimentais que mostram, de modo inequívoco, alterações no comportamento da água, quando

^cAs diluições Homeopáticas são obtidas em três escalas, as Hahnemanianas que são: centesimal (C ou CH) e cinqüenta milesimal (LM) e as de Hering: decimal (D, X ou DH).

tratadas sob a ação de campos magnéticos na presença de uma solução de referência.

O Dr. Bach agrupou suas 38 essências de acordo com o estado mental de cada indivíduo, dividindo-as em sete emoções básicas que correspondem aos sete grupos emocionais, e essas cobririam toda a complexidade do mundo emocional, cada uma com sua especificidade (SCHEFFER, 1990; VALVERDE, 2000; BACH, 2006). Resumidamente, os sete grupos e suas essências estão descritos no Quadro 1:

Quadro 1. Essências florais, seus grupos de atuação e seus efeitos.

1. Para os que sentem medo	
Aspen	Para medos e apreensões indefinidos e desconhecidos
Cherry Plum	Para o medo de perder o controle
Mimulus	Para medos definidos e conhecidos
Redchestnut	Para os medos de que algo de ruim possa acontecer às pessoas queridas
Rock rose	Para situações de terror e pânico
2. Para os que sofrem de indecisão	
Cerato	Para a falta de confiança em si para tomar as próprias decisões
Gentian	Para os que desanimam facilmente diante do menor entrave ou dificuldade
Gorse	Para situações de desesperança, quando se perde a fé de que algo possa ser feito a seu favor.
Hornbeam	Para os que sentem que não tem força suficiente, física ou mental, para cumprir suas obrigações.

continuação Quadro 1

Scleranthus	Para os que são incapazes de decidir entre duas coisas, inclinando-se ora em direção de uma, ora a outra.
Wild Oat	Para os indecisos em relação a que ocupação desejam se entregar
3. Para a falta de interesse pelas circunstâncias atuais	
ChestnutBud	Para a dificuldade em aprender com a vida, seja por falta de interesse, indiferença, etc.
Clematis	Para os que vivem em devaneios ou mais no futuro do que no presente
Honeysuckle	Para os que vivem mais no passado do que no presente
Mustard	Para os que sentem tristeza, desalento sem razão aparente e que aparecem de repente.
Olive	Para os que sentem esgotamento físico ou mental
White Chestnut	Para os que não conseguem evitar pensamentos repetitivos e recorrentes
Wild Rose	Para a apatia e resignação, para os que se renderam à vida.
4. Para a solidão	
Heather	Para os que não suportam a solidão e buscam constantemente companhia
Impatiens	Para os que têm o ritmo rápido e dificuldade em aceitar o ritmo alheio, preferindo trabalhar sozinhos.
Water Violet	Para os que na saúde e na doença aprez ficar só
5. Para os que são susceptíveis a influências e ideias alheias	
Agrimony	Para os que não gostam de discussões a ponto de renunciarem a muitas coisas

continuação Quadro 1

Centaury	Para os que se mostram excessivamente ansiosos por servir aos outros
Holly	Para os que sentem às vezes suspeita, vingança, ódio.
Walnut	Para os que se vêem tentados a se afastar de suas próprias ideias devido às opiniões alheias
6. Para o abatimento ou desespero:	
Crabapple	Para os que se encontram ansiosos por se livrarem de algo que lhes parece maior do que é.
Elm	Para os que sentem que a tarefa que empreenderam é demasiado difícil e ultrapassa as forças
Larch	Para os que não se consideram tão capacitados quanto os que o rodeiam
Oak	Para os que se sentem vencidos e exaustos, mas continuam corajosamente e não desistem.
Pine	Para os que se culpam, inclusive quando o erro é de outro.
Star ofBethlehem	Para os que estão muito angustiados, para situações de trauma ou choque.
SweetChestnut	Para os que sentem angústia muito grande e que parece insuportável
Willow	Para os que sofreram uma adversidade e acham difícil aceitá-la sem ressentimentos
7. Para aqueles que se preocupam excessivamente com o bem estar dos outros	
Beech	Para os que precisam ser mais tolerantes com os outros
Chicory	Para os que pensam muito nas necessidades dos outros
Rock Water	Para os que são austeros consigo e desejam servir de exemplo

continuação Quadro 1

Vervain	Para as pessoas que desejam converter os outros para o seu modo de ver
Vine	Para as pessoas que querem impor sua vontade aos outros

Um estudo realizado por Salomé et al.(2009) em um hospital de grande porte situado na cidade de São Paulo, avaliou de forma qualitativa o método para alívio de estresse de profissionais de enfermagem que trabalhavam em uma unidade de emergência, visto que esta é considerada um ambiente muito estressante. Observou-se que eram utilizados o Reiki, a música e os florais de Bach como métodos para aliviar alterações físicas e frustrações. Nos relatos dos profissionais que utilizavam os florais de Bach, os principais efeitos constatados foram a diminuição do estresse e a diminuição do cansaço.

As pesquisadoras Vidor et al. (2010) conduziram uma pesquisa no setor de Hemodiálise (HD) avaliando o uso dos florais de Bach nos estados de ansiedade considerada transitória (ansiedade estado: A-estado) e na ansiedade traço (característica da personalidade: A-traço) de seus pacientes. A média de A-estado e A-traço no grupo controle, no início e término do programa, foi igual e elevada ($56,2 \pm 7,1$). No Grupo de Intervenção, a ansiedade também foi elevada no início (A-estado: $64,4 \pm 12,1$; A-traço: $62 \pm 12,1$), porém, no final dos 30 dias, após o uso das essências florais, a A-estado e a A-traço foi menor $52,8 \pm 11,8$ ($p \leq 0,005$). Foi observada uma diminuição dos escores de ansiedade nessa avaliação ($p \leq 0,05$). Não é possível apontar generalizações, pois o Grupo de Intervenção ($n = 5$) foi muito pequeno, porém são dados interessantes, e necessitam estudos complementares. Nesse estudo foi utilizada uma fórmula pronta para todas as pessoas, contendo as essências florais de Bach: *Star of Bethlehem*, *Mimulus*, *Gentian* e *Impatiens*.

Em outra pesquisa, foi avaliada a motivação de pacientes no uso dos florais de Bach em tratamentos de saúde, por meio de 13 entrevistas semi-estruturadas. Percebeu-se que as motivações da maioria dos entrevistados foram problemas do tipo emocional, como, insegurança, tristeza e ansiedade, sendo que uma parte dos usuários também buscou melhor rendimento em suas atividades. A maioria das pessoas se mostrou satisfeita com o seu tratamento, sendo as principais

expectativas atendidas, embora uma parte expressiva dos indivíduos tenha apontado para a sutileza dos efeitos observados. A maior parte dos indivíduos demonstrou o intento de continuar o uso dos florais de Bach, como consequência à satisfação com o tratamento (VALENTE, 2011).

De-Souza et al (2006), conduziu uma pesquisa pré-clínica para avaliação do efeito de uma essência de Bach para a depressão. Em modelo farmacológico específico *in vivo*, avaliado através do teste do nado forçado, constatou-se que os animais pré-tratados com o floral Gorse apresentaram significativa redução do tempo de imobilidade ($F = 39,38$) $p < 0,01$, quando comparado com o grupo de animais tratados com o veículo.

Em um estudo realizado na Nicarágua, de maio a outubro de 2004, foi realizado tratamento com florais de Bach com 50 pessoas diagnosticadas com estresse. Dessas, 50% relataram diminuição da fadiga e da sensação de cansaço, outros 16% relataram que eliminaram a ansiedade ou a diminuíram a níveis não prejudiciais e outros 12% relataram o aumento do estado de ânimo (ORTIZ; BALLADARES, 2004).

Foi realizado um estudo longitudinal em Cuba, nos anos de 2004 a 2006, com os objetivos de avaliar a eficácia das técnicas de Auriculoterapia, Terapia Floral e Terapia de Grupo no tratamento contra o tabagismo. Foram incorporados 1080 pacientes de ambos os sexos que foram divididos em três grupos de tratamento de forma aleatória: Auriculoterapia, Terapia Floral e Terapia de Grupo. As terapias duraram 12 sessões. Dos pacientes, 65% apresentaram uma evolução satisfatória, sendo que a Terapia Floral foi a técnica mais eficaz. Foram observados que as situações estressantes foram motivos de recaída e que os sintomas de abstinência foram a ansiedade, irritabilidade e sensação de fome (TOSAR PÉREZ, 2009).

Em uma pesquisa que visou avaliar a autoestima de idosos com os remédios florais de Bach, observou-se que não houve diferença estatística entre os Grupos Placebo e de Intervenção. Porém, no Grupo de Intervenção foi observada uma tendência progressiva de melhora e somente neste grupo observou-se evolução positiva do bem estar geral relatado pelos idosos. Este estudo sugeriu que a relação terapêutica pode ter influenciado os resultados positivos dos idosos do Grupo Placebo e que o tempo de tratamento (três meses) foi muito curto para a observação de uma melhora significativa no Grupo de Intervenção (COZIN, 2009).

A relação entre espiritualidade e saúde não é recente, Dr. Bach apenas trouxe esse tema novamente à tona na década de 1930. De acordo com Subbarayappa (2001), desde o início da história registrada da civilização humana a religião e a medicina eram interligadas, tendo uma origem comum no marco conceitual da relação entre os seres humanos, a natureza e Deus. Na medicina egípcia, os sacerdotes atuaram como médicos e empregavam medidas curativas naturais com produtos, principalmente a base de plantas. Segundo Bhagwati (1997), a Ayurveda, sistema hindu de medicina, teve suas raízes nos antigos textos religiosos do Atharbaveda. Para os sábios hindus e os monges, o conhecimento em medicina era sagrado, sendo Deus a melhor fonte desse conhecimento.

Capra (2004) afirma que a medicina hipocrática emergiu de uma antiga tradição grega de cura cujas raízes remontam aos tempos pré-helênicos. Durante toda a antiguidade grega, o processo de cura era considerado, essencialmente, um fenômeno espiritual e estava associado a muitas divindades, sendo que a mais preeminente entre as divindades curativas primitivas era Hygieia.

Durante muito tempo, a vida foi considerada sagrada porque refletia o céu em todas as suas dimensões. Os lugares onde se praticavam os rituais religiosos – os bosques, as montanhas, as fontes – eram considerados santos, pois a natureza era sentida como espiritual. A religião estava ligada à busca do conhecimento essencial das coisas e à ciência. Como os objetivos da ciência eram a compreensão da ordem natural da vida e a harmonia entre o homem e essa ordem, não havia separação entre o conhecimento e a espiritualidade (CAVALCANTI, 2000).

O desenvolvimento da consciência no Ocidente perdeu a característica espiritual e assumiu uma forma dualista, no modo de pensar e de sentir. Esta fragmentação de espírito - matéria e ciência - espiritualidade tem suas raízes na filosofia atomista grega com Demócrito e Lucrecio, embora o pensamento dualista não fosse o dominante na filosofia grega. Afirmava-se que os átomos eram regidos por alguma força exterior, de caráter espiritual e, portanto, diferente da matéria (CAVALCANTI, 2000). Na idade média persistiu a dualidade filosófica e médica na interpretação sobre a essência da alma (LÓPEZ-MUÑOZ, 2012).

Até o século XV, as pessoas viviam em pequenas comunidades e tinham uma relação orgânica com a natureza, caracterizada pela interdependência dos fenômenos espirituais e materiais e pela sobreposição das necessidades da

comunidade às individuais. A estrutura científica dessa visão de mundo assentava-se em duas autoridades, Aristóteles e a Igreja (CAPRA, 2004).

A perspectiva medieval mudou nos séculos XVI e XVII. A imagem de um universo orgânico, vivo e espiritual foi substituída pela noção mecanicista do mundo, e a máquina do mundo converteu-se na metáfora dominante da era moderna. Esse desenvolvimento foi ocasionado por mudanças revolucionárias na física e na astronomia (CAPRA, 2004), que foram comentadas anteriormente.

A história do Brasil também revela e discute a importância dos grupos religiosos na estruturação das iniciativas coletivas de enfrentamento dos problemas de saúde, como mostram os exemplos das Santas Casas de Misericórdia (a primeira rede de atenção hospitalar no País); dos ritos afro-brasileiros para a sobrevivência dos escravos; das associações obreiras de ajuda mútua no século XIX (que foram o primeiro esboço do que viria a ser a atual previdência social); dos movimentos populares de saúde; das pastorais de saúde e da criança da Igreja Católica; dos Núcleos Espíritas e sua oferta de tratamentos integrativos complementares e cirurgias espirituais; e, das práticas de cura das Igrejas Pentecostais (VASCONCELOS, 2011).

Atualmente uma extensa literatura de autoajuda, inspirada em grande parte pelas tradições religiosas, passa a ser amplamente utilizada na sociedade. Há publicações dos mais diversos tipos sobre a importância, significado e formas de utilização da religiosidade no enfrentamento dos problemas de saúde. Apesar dessa mudança cultural, o debate acadêmico em saúde continua extremamente fechado à incorporação de aspectos religiosos no entendimento do processo de adoecimento, cura e prevenção, à exceção dos estudos de antropologia da saúde de grupos étnicos considerados primitivos (VASCONCELOS, 2011).

São muitos os conceitos que podemos encontrar para a palavra espiritualidade. Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos por Sessanna et al. (2007), que teve como um de seus objetivos a análise de conceito do termo espiritualidade, na literatura da enfermagem e em áreas relacionadas à saúde, chegou-se à conclusão que espiritualidade é definida dentro de quatro temas principais: (a) espiritualidade como um sistema religioso de crenças e valores (espiritualidade = religião); (b) espiritualidade como um significado de vida, propósito e como uma conexão com os outros; (c) espiritualidade como um sistema não

religioso de crenças e valores; e (d) espiritualidade como um fenômeno metafísico ou transcendental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1988, incluiu um aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há algo a mais no ato de viver, algo que não pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões referentes ao significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

De acordo com Koenig (2008), por razões pragmáticas, podem-se considerar duas definições para o termo espiritualidade, uma para realização de pesquisas e para o estudo da relação entre espiritualidade e saúde e a outra para aplicar o que tem sido descoberto no cuidado do paciente, nesse segundo caso, o conceito de espiritualidade deve ser o mais amplo possível para que possa envolver as crenças e necessidades do mesmo. O conceito da palavra “espiritualidade” tem mudado ao longo dos anos e tem sido considerado complexo e com muitas controvérsias, devido à subjetividade inerente ao tema. Antigamente, acreditava-se que a espiritualidade era um estilo de vida e, que para ser um espiritualista era necessário ser religioso. Em uma definição mais moderna da espiritualidade, ela é vista como um fenômeno que se expande além da religião. Nesta visão, a pessoa espiritualista não precisa ser religiosa, criando uma nova categoria de pessoas que são espiritualistas, mas não religiosas (KOENIG, 2012).

Portanto, a espiritualidade pode ser compreendida como uma busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais da vida, seu significado e a relação com essa presença transcendente, e que podem levar ou resultar no desenvolvimento de rituais religiosos (KOENIG, 2001).

2.3 Bem Estar Espiritual e Saúde Mental

É percebida uma estreita ligação com o bem estar espiritual e a saúde mental, sendo que várias pesquisas da área da psiquiatria têm demonstrado cada vez mais essa interface. De acordo com Huppert e Whittington (2003), a psiquiatria têm se mostrado ineficiente na melhoria do bem estar, o que não surpreende por algumas razões. Primeiro, o foco da psiquiatria tem sido os transtornos mentais, e

não a compreensão ou o desenvolvimento de uma saúde mental positiva. No entanto, problemas de morbidade e de mortalidade estão mais fortemente relacionados com a ausência de emoções positivas do que com a presença de emoções negativas. Outro motivo para esta questão seria, segundo Cloninger (2006), o fato de que os tratamentos que focam o corpo e a mente normalmente serem não espirituais em sua orientação. Este viés não espiritual em psiquiatria tem muitas raízes, incluindo suposições questionáveis da psicanálise freudiana, o behaviorismo e o reducionismo materialista, com seu simplismo excessivo.

A partir da década de 1990, algumas mudanças começaram a ocorrer na área da saúde mental. Investigações sistemáticas passaram a demonstrar que indivíduos com fé religiosa profunda, na realidade, pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas (KOENIG, 2007).

No estudo de Myers (2000) realizado nos Estados Unidos, verificou-se através de evidência científica que a atividade religiosa geralmente associa-se a variados critérios de saúde mental e de bemestar subjetivo. Constatou-se que norte-americanos ativamente religiosos são muito menos propensos do que os não religiosos para se tornarem delinquentes, abusar de álcool e drogas, chegar ao divórcio e cometer suicídio.

Vários estudos têm demonstrado a influência da espiritualidade na saúde física, mental e social. Há na literatura crescentes evidências de que a espiritualidade implica fator de proteção, tanto em questões de ordem médica, quanto em problemas da área psicológica, bem como em situações relativas ao campo da educação (SOUSA et al, 2001).

Corroborando com a afirmação descrita anteriormente está o trabalho de Volcan et al. (2003), onde, em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul sobre a relação entre bem estar espiritual e o transtorno mental comum em estudantes universitários, os achados sugerem que o bem estar espiritual constitui um fator de proteção para o transtorno mental comum. Altos escores de bem estar espiritual e, principalmente, de bem estar existencial, aumentam a probabilidade de apresentar melhor saúde mental. Os indivíduos com escore baixo e moderado apresentaram uma frequência duas vezes maior de transtorno mental comum, em relação àqueles com escore alto. Assim, achados sugerem que o fortalecimento do

bem estar espiritual pode auxiliar significativamente na redução da angústia relacionada a doenças, bem como na promoção da saúde mental.

No livro intitulado de *Handbook of Religion and Health*, Koenig, King e Carson (2012) comentam que mais de 850 estudos examinaram a relação entre envolvimento espiritualista / religioso e vários aspectos da saúde mental, sendo que a maioria encontrou que as pessoas religiosas são as que vivenciam uma melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse. Além disso, afirmam também que outros 350 estudos têm examinado o envolvimento religioso e a saúde; sendo que a maioria destes encontrou que pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutareos e requerem menos assistência de saúde.

As implicações da associação significativa entre espiritualidade e saúde, são amplas. Ambas mantêm uma correlação significativa para a população, o que mostra que a espiritualidade é um recurso promissor de manutenção da saúde, prevenção, cura e reabilitação. Assim, parece salutar que numa ampla consideração dos fatores que compõem a saúde, a espiritualidade seja mais enfatizada. Os resultados de vários estudos sugerem que as pesquisas e a prática do profissional de saúde podem se enriquecer com esta dimensão humana (MARQUES, 2000).

2.4 Saúde Mental e Transtornos Mentais Comuns

A definição de saúde mental, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o estado de bem estar em que o indivíduo percebe o seu próprio potencial, e, além disso, nesse estado ele se sente capaz de lidar com a vida diária estressante, trabalhar produtivamente, e estar habilitado a fazer contribuições à comunidade. Transtornos mentais, neurológicos e comportamentais são comuns em todos os países e causam imenso sofrimento. Pessoas que apresentam esses transtornos são frequentemente isoladas socialmente, têm baixa qualidade de vida, além da mortalidade aumentada. Esses transtornos são a causa de enormes custos econômicos e sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Centenas de milhões de pessoas no mundo são afetadas por transtornos mentais, comportamentais, neurológicos e por uso de substâncias. Como exemplo, estimativas feitas pela OMS em 2002, mostraram que 154 milhões de pessoas no mundo sofreram de depressão. A maioria dos países de renda baixa

e média dedica menos de 1% das suas despesas de saúde em saúde mental. Consequentemente, políticas de saúde mental, legislação, instalações para cuidados e tratamentos para as pessoas com doenças mentais, não recebem a prioridade que tanto necessitam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir de publicação realizada pela OMS e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1994 (LOPEZ; MURRAY, 1998).

Os principais estudos que avaliaram a saúde mental de indivíduos na comunidade têm demonstrado que cerca de 90% da morbidade psiquiátrica compõe-se de transtornos não-psicóticos. Os principais transtornos evidenciados nestes estudos têm sido depressão e ansiedade, além de uma série de queixas inespecíficas e somáticas (BEBBINGTON et al., 1981; GOLDBERG; HUXLEY, 1992; COUTINHO, 1995).

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente pela tuberculose. Os homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Ainda têm sido identificados diferentes padrões de comorbidade psiquiátrica e psiquiátrico-física em mulheres e homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Convém realçar que é frequente a falta de informação por parte de técnicos e da população em geral sobre as características inerentes a uma pessoa que apresenta superdotação, em virtude de que muitas vezes esta pode ser rotulada como neurótica, com personalidade histriônica ou narcisista, com distúrbio hiperativo com déficit de atenção, distúrbio de oposição, perturbação obsessiva-compulsiva e

perturbações de humor tais como a ciclotimia, distimia, depressão e perturbação bipolar (WEBB, 2000).

A denominação de Transtornos Mentais Comuns (TMC), de acordo com o conceito de Goldberg e Huxley (1992), refere-se aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não-psicóticos, tais como sintomas depressivos, de ansiedade e psicossomáticos proeminentes. Fazem parte dessa ampla categoria diagnóstica, sintomas como: dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade, queixas somáticas, entre outros. O limite entre depressão clínica e flutuações normais no humor não é claro – mesmo a presença ou ausência de sintomas pode ser controversa. Indivíduos podem apresentar síndromes depressivas que não preenchem os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e o de Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID 10), mas nem por isso os problemas deixam de ser incapacitantes. Doenças mentais comuns ou transtornos psiquiátricos menores são condições que causam enorme sofrimento, além do alto custo individual, social e econômico. Segundo Bhugra (1993), e Coutinho (1995), pacientes com transtornos mentais comuns apresentam taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos importantes nas funções social e física.

Para Santos (2002), esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da atenção primária, ou da prática médica não psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se for levado em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos.

Dados investigados na população brasileira mostram que durante toda a vida, 31 a 50% da população apresentam, pelo menos, um episódio de transtorno mental e cerca de 20 a 40% necessitam de algum tipo de ajuda profissional por conta desses transtornos (DALGALARRONDO, 2008). De acordo com Coutinho *et al.* (1999), em Porto Alegre e na cidade de São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços primários de saúde são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos.

Em pesquisa realizada por Maragno *et al.*(2006), investigou-se a ocorrência de TMC em dois distritos do município de São Paulo, utilizando a escala de rastreamento SRQ-20. Os resultados mostraram prevalência de 25% de pessoas com indicativos de TMC, avaliando populações que se situavam dentro e fora da área de cobertura do PSF.

Em trabalho conduzido por Lima *et al.* (1996) foi observado uma prevalência de TMC de 22,7% na população da cidade de Pelotas – RS, que aumentava com a idade. Frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam um alto custo social e econômico e, por serem incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (GABE; WILLIAMS, 1987).

Outra pesquisa teve como objetivo conhecer a prevalência de transtornos mentais comuns na clientela atendida no Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de Petrópolis-RJ e seu perfil nosológico. O estudo confirmou uma elevada prevalência de TMC (56% de transtornos mentais comuns para o ponto de corte 2/3 e de 33% para 4/5, utilizando o instrumento *General Health Questionnaire* 12). As categorias nosológicas mais comumente encontradas entre os pacientes com TMC positivos foram depressão e ansiedade, junto com transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dorsomatoforme e transtornos dissociativos. Houve alta frequência de comorbidade, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Estes dados trazem à tona a importância da somatização na demanda de saúde mental da atenção primária no Brasil (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Uma categoria que está bastante exposta aos eventos estressantes e ao TMC são os estudantes. Facundes e Ludermir (2005) conduziram um estudo transversal, envolvendo alunos de graduação dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Odontologia e Medicina, com 443 alunos e com o instrumento *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Verificou-se a prevalência total do TMC de 34,1%, sendo que esta era significativamente maior entre os que se sentiam sobrecarregados e os que afirmaram a presença de situações especiais, durante a infância e adolescência.

Em outro estudo, realizado com estudantes de medicina, observou-se por meio do SRQ-20 que cerca de 44,6% dos estudantes obtiveram pontuação que os classifica como possíveis casos de TMC, no mês que antecedeu à pesquisa. Na

análise univariada, o TMC associou-se positivamente com morar sozinho, ter mesada insuficiente, não receber apoio emocional de que necessita, ter se sentido rejeitado no último ano, ter dificuldade para fazer amigos, não praticar lazer na frequência desejada, não estar adaptado ao local do curso, estar no quarto ano do curso, ter desejado abandonar o curso em algum momento da formação, apresentar autoavaliação ruim sobre seu desempenho escolar, ter perspectivas ruins quanto ao futuro e estar insatisfeito com a escolha profissional (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006).

No que diz respeito à utilização de serviços de saúde, Lima(2004) afirma que as pessoas com transtornos mentais procuram mais os serviços de saúde do que os sem transtornos, mesmo que esses serviços não sejam especializados. Ainda assim, chama a atenção o elevado percentual de pessoas sem tratamento, mesmo em países desenvolvidos.

Em estudo realizado por Kessler et al.(1994), foi destacado o pequeno percentual de pessoas que receberam ajuda profissional especializada: menos de 40% entre aqueles com transtorno mental ao longo da vida e menos de 20% entre aqueles que apresentaram um transtorno nos últimos 12 meses.

Não há muita dúvida sobre a necessidade de que portadores de transtornos mentais graves sejam tratados em serviços especializados, mas no que diz respeito aos transtornos mentais não-psicóticos, incluindo o TMC, sabe-se que a prevalência é grande e nem todos serão vistos em serviços especializados de saúde mental. Portanto, estudos que avaliassem intervenções nessa população seriam de grande utilidade (LIMA, 2004). Corroborando com essa informação, Weich e Araya (2004) afirmam que estudos sobre intervenções deveriam ser prioritários para países em desenvolvimento, frente às necessidades locais presentes.

2.5 Justificativas

A partir do exposto, apresentam-se algumas premissas que justificam o presente estudo:

- Em virtude das consequências para os indivíduos e do impacto social que apresentam, o TMC necessita ser identificado precocemente a fim de

desencadear intervenções, tanto individuais, como coletivas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998);

- Transtornos mentais comuns são condições que causam enorme sofrimento, além do alto custo econômico. Portanto, o trabalho eficaz com esta dimensão pode implicar em uma redução de custos por parte do poder público nos tratamentos em saúde;
- Não existe um padrão ouro para o tratamento do TMC nem uma unanimidade em relação ao tratamento mais adequado;
- Achados sugerem que o fortalecimento do bemestar espiritual pode auxiliar significativamente e positivamente na promoção da saúde mental, bem como da saúde física;
- A portaria 971 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) que aprova a utilização de práticas complementares também estimula estudos sobre a eficácia e segurança das mesmas, embora não especifique os florais de Bach;
- A constituição brasileira, no inciso II do art. 198, dispõe sobre a integralidade da atenção à saúde como diretriz do Sistema Único de Saúde;
- Ausência de efeitos colaterais por parte dos florais de Bach pode favorecer ainda mais a saúde e a qualidade de vida dos pacientes e também a redução de custos com o tratamento em saúde;
- É necessário maior aporte científico sobre a eficácia dos florais de Bach, principalmente na área de saúde mental.

2.6 Problema

Há efetividade no uso do floral de Bach quando comparado ao placebo, sobre o bemestar espiritual de estudantes universitários com transtornos mentais comuns?

2.7 Hipótese

Hipótese nula: Não há diferença na efetividade dos florais de Bach e do placebo sobre o bemestar espiritual de estudantes universitários com indícios de transtornos mentais comuns.

Hipótese alternativa: Os florais de Bach são mais efetivos quando comparado ao placebo, sobre o bemestar espiritual de estudantes universitários com indícios de transtornos mentais comuns.

2.8 Objetivo

Avaliar a efetividade dos florais de Bach sobre o bem estar espiritual de estudantes da área da saúde com indícios de transtorno mental comum, em uma Universidade da cidade de São José dos Campos – SP.

Metodologia

“Mas os tempos estão mudando e são muitas as indicações de que essa civilização começou a passar da era do puro materialismo para um anseio pelas realidades e verdades do universo. O interesse geral e crescente que vemos hoje, pelo conhecimento das verdades suprafísicas, o número crescente de pessoas que desejam informações sobre a existência antes e depois dessa vida, a elaboração de métodos para vencer a doença pela fé e por meios espirituais, a busca dos antigos ensinamentos e da sabedoria do Oriente - todos esses são sinais de que as pessoas deste tempo vislumbraram a realidade das coisas”
(Dr. Edward Bach)

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Tratou-se de um estudo experimental do tipo ensaio clínico, randomizado duplo cego.

3.2 Local de Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), localizada na cidade de São José dos Campos - SP. Essa universidade é privada e é a única instituição de ensino do Vale do Paraíba a abranger todas as etapas da formação educacional, desde a Educação Infantil até a Pós Graduação *Stricto Sensu*. Apresenta cinco Faculdades: da área da saúde, de direito, de ciências sociais e aplicadas, de artes e educação e de engenharia.

3.3 População

Foram convidados a participar deste estudo estudantes dos cursos da área da saúde: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Gastronomia.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

1. ser maior de 18 anos;
2. aceitar participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, após informação sobre os objetivos da pesquisa e forma de participação;
3. obter escores igual ou acima de 8 para mulheres e igual ou acima de 6 para homens no instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ – 20);

Os critérios de exclusão foram:

1. utilizar psicofármacos e não estar passando por psicoterapia;
2. fazer uso de qualquer tipo de Prática Integrativa Complementar (Fitoterapia, Aromaterapia, Homeopatia, Florais, Reiki, Acupuntura, entre outros).

3.4 Amostra

Não foi possível o cálculo do tamanho da amostra inicialmente, pois não havia na literatura estudo experimental do tipo ensaio clínico que tivesse utilizado os instrumentos SRQ-20 e EBE (Escala de Bem Estar Espiritual), que oferecesse prevalência de bem estar espiritual e de transtorno mental comum. Desta forma, estimou-se um total de oitenta participantes, ou seja, dois grupos de quarenta indivíduos, já considerando a perda de seguimento.

No entanto, na triagem dos alunos de acordo com os critérios de exclusão e inclusão, obtiveram-se 194 estudantes elegíveis e optou-se por trabalhar com esse número, sendo 97 para o Grupo de Intervenção e 97 para o grupo controle.

Foi calculado o poder da amostra de 80 pessoas e o de 70 pessoas, baseado no teste utilizado para a análise dos resultados, o da regressão logística. No caso de 80 pessoas, o poder da amostra seria de 92%. Para 70 pessoas, o poder foi de 88%.

3.5 Grupos de Estudo

Grupode Intervenção – constituídos por participantes que receberam frascos etiquetados como "Essência Floral", contendo uma solução de conhaque a 20% e as essências de florais de Bach identificadas no atendimento.

GrupoPlacebo – constituídos por participantes que receberam frascos etiquetados como "Essência Floral", contendo apenas uma solução de conhaque a 20%.

A alocação dos participantes nos grupos foi feita pela técnica probabilística randomizada, com a utilização de software. O preparo dos frascos foi responsabilidade de uma estagiária treinada. Após o atendimento com osFlorais, a pesquisadora apresentava a prescrição das essências àestagiária que preparava a fórmula de florais de acordo com o grupo onde o participanteestivesse alocado, conforme o sorteio realizado previamente. A lista de participantesdos grupos placebo e de intervençãoficavam de posse daestagiária responsável pelo preparo das soluções. Ao final de cada atendimento, a pesquisadora fazia o agendamento da próxima consulta de acordo com a disponibilidade dosparticipantes. No sexto e

último atendimento, os participantes de ambos os grupos receberam frascos contendo as essências florais selecionadas, permitindo que todos tivessem acesso à continuidade do tratamento.

A análise realizada com esses sujeitos foi a "por protocolo" que incluem apenas os participantes que aderiram completamente ao protocolo. Isso pode ser definido de diversas formas, mas costuma incluir apenas os participantes em ambos os grupos que aderiram à medicação ao qual foram alocados, completaram certa proporção de visitas ou aferições e não apresentaram outras violações do protocolo (HULLEY et al., 2008).

3.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a realização do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) - (ANEXO I), o instrumento de avaliação do Bem Estar Espiritual (ANEXO II).

Também foi elaborado um instrumento para coleta de dados sociodemográficos, informações sobre estado de saúde atual e tratamentos, uso de práticas complementares em saúde, escala visual analógica para autopercepção de bem estar espiritual e interesse em participar da pesquisa (APÊNDICE II).

3.6.1 *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20)

O SRQ foi desenvolvido por Harding et al. (1980), a partir de outros quatro instrumentos utilizados para o rastreamento de possíveis portadores de transtornos mentais. A elaboração desse instrumento foi coordenada pela OMS e teve como objetivo chegar a um instrumento que identificasse possíveis casos nos serviços de atenção primária e na comunidade, principalmente em países em desenvolvimento com carência de serviços e profissionais especializados. A intenção da OMS era de identificar os casos a partir do instrumento e estimular serviços e planejadores a prover a atenção em saúde mental à população necessitada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

O SRQ não cobre todos os transtornos mentais encontrados no CID10, mas apresenta boa cobertura para os transtornos comumente encontrados nas comunidades, o que lhe confere boa validade de conteúdo para estes transtornos.

Seu coeficiente de correlação com diferentes instrumentos utilizados como padrão ouro, variou de 0,69 a 0,74 com *Kappa* de 0,51 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Esse instrumento foi validado para a população brasileira por Mari e Williams (1996). A versão mais utilizada, SRQ-20, possui 20 questões, quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. As respostas são do tipo “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. Os pontos de corte sugeridos por Mari e Williams (1996) são 5/6 para homens e 7/8 para mulheres. Isto porque o valor preditivo positivo foi muito menor entre os homens (66%) que entre as mulheres (83%).

3.6.2 Escala de BemEstar Espiritual (EBE)

Este instrumento, traduzido e validado para o português a partir da *Spiritual Index of Well-Being Scale* (SIWBS), é um instrumento de investigação que se propõe a avaliar a influência de valores de espiritualidade no bem estar espiritual dos indivíduos. A Escala de Bem Estar Espiritual - EBE - (*Spiritual Well-Being Scale*), de Paloutzian e Ellison (1982) é uma das pioneiras no tema da espiritualidade e da religiosidade e é tida como um padrão de referência para os autores que delineiam instrumentos de mensuração da espiritualidade (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009).

Neste sentido, de acordo com os precursores do instrumento, estes valores de espiritualidade estão estreitamente relacionados com um senso de coerência para com os eventos naturais da vida, associados à positiva intencionalidade nas ações e capacidade de organizar e realizar atividades diárias pautadas em propósitos nobres e edificantes. A escala é subdividida em duas partes sendo uma referente ao bem estar religioso e outra ao bem estar existencial, onde há itens que mencionam diretamente a influência de Deus e outros que aplicam situações cotidianas sem esta referência direta, respectivamente. Assim, o bem estar religioso é considerado como uma comunhão e relação íntima com Deus e com uma força superior. E o bem estar existencial se relaciona com aquela satisfação geral com a vida e sentido de vida (DAALEMAN; FREY, 2004).

Essa ferramenta é composta de 20 itens, estabelecidos em sistema escalar de seis pontos, variando de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”.

Destes 20 itens, metade é destinada à descrição de bem estar religioso (BER) e outros 10 ao bem estar existencial (BEE), sendo que as perguntas de números pares destinam-se a avaliar o BER e as de números ímpares o BEE. Ao final, as subescalas são somadas, resultando em um escore de medida geral de bem estar espiritual (EBE). A confiabilidade do instrumento apresenta parâmetros de 0,96 para bem estar religioso, 0,86 para bem estar existencial e 0,93 para bem estar espiritual. De acordo com a consistência interna, o *alpha de Cronbach* é de 0,89 para bem estar espiritual (EBE), 0,87 para bem estar religioso (BER) e 0,78 para bem estar existencial. Como ponto de corte para o escore geral, os intervalos sugeridos estão à margem de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120 (VOLCAN et al., 2003; MARQUES, 2000).

Volcán (2003) afirma que este instrumento foi adaptado para a população brasileira a partir da tradução do instrumento original por dois tradutores profissionais, que realizaram sua atividade independentemente. As versões em português foram novamente traduzidas para seu idioma original, por outros dois tradutores. Os textos gerados foram semanticamente comparados com o instrumento original. A escala adaptada foi respondida individualmente por 20 pessoas, com o objetivo de verificar a adequação e compreensão do instrumento.

3.6.3 Procedimentos para Coleta de Dados

Os participantes foram abordados em sala de aula com a anuência do professor. Após a apresentação da finalidade da pesquisa e método de investigação, os alunos foram convidados a participar do estudo. Aos interessados foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) e, posteriormente, o questionário sobre o perfil dos alunos e o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) para uma triagem.

Os sujeitos elegíveis foram distribuídos nos grupos placebo e de intervenção a partir de uma tabela randomizada.

Os atendimentos foram realizados da seguinte maneira:

Primeiro atendimento: os participantes que apresentaram escores igual ou acima de 8 para mulheres e igual ou acima de 6 para homens foram contatados e convidados para o atendimento com os florais. Nesse atendimento foi utilizado outro instrumento, a escala de avaliação do bem estar espiritual (EBE). Após o

atendimento, os participantes receberam o frasco etiquetado de "Floral de Bach". Para evitar viés de resultado a prescrição ficou retida, para que o participante não obtivesse o remédio floral em farmácia de manipulação.

A proposta inicial foi de realizar seis atendimentos com os florais, um a cada 30 dias, tempo normalmente praticado por terapeutas florais, sendo necessário um frasco de solução de 50 ml de remédio floral para cada atendimento. Nesse primeiro encontro também foram fornecidas orientações de armazenamento e cuidado com o remédio floral, que são semelhantes ao da medicação homeopática: evitar luz; umidade; perfumes e cheiros fortes; radiações e a posologia de quatro gotas quatro vezes ao dia.

Segundo atendimento: acompanhamento das observações do participante em relação ao tratamento (pergunta 1 da entrevista – Apêndice III) e foi fornecido novo frasco do remédio floral para continuidade do tratamento.

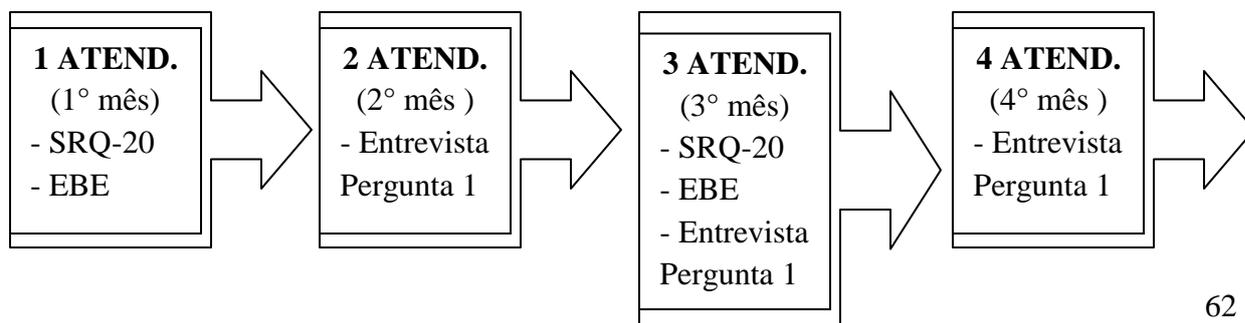
Terceiro atendimento: foi aplicada a EBE, o questionário SRQ-20 e a pergunta 1 da entrevista. Foi fornecido novo frasco do remédio floral para continuidade do tratamento.

Quarto atendimento: idem ao segundo atendimento.

Quinto atendimento: idem ao terceiro atendimento.

Sexto atendimento: Foi aplicada a pergunta 2 da entrevista e, nesse encontro, todos os participantes receberam o remédio floral e a prescrição foi liberada para que pudessem, segundo seu interesse, comprar os remédios em farmácia de manipulação. Também foram explicados os efeitos dos florais utilizados durante o tratamento. O esquema da rotina dos atendimentos encontra-se ilustrado na figura abaixo (figura 1).

É importante ressaltar que foi sugerido no exame de qualificação deste trabalho, que a avaliação dos dados qualitativos (adquiridos com a entrevista) não fossem inseridas na tese por questão de tempo, para que pudessem ser apropriadamente avaliadas posteriormente.



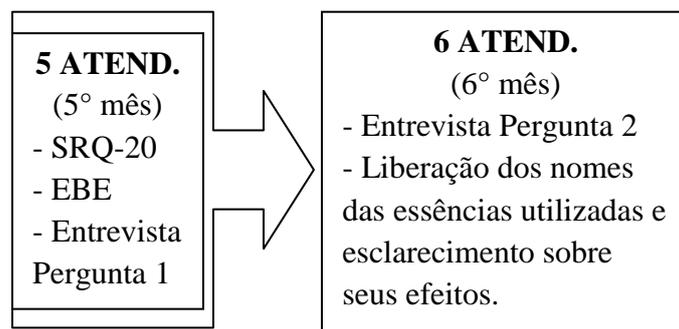


Figura 1. Esquema da rotina dos atendimentos e os instrumentos utilizados.

3.6.4 Escolha das Essências Florais Utilizadas

Não foi estipulado um único floral para todos os participantes, visto que na teoria de Edward Bach, a fórmula floral deve ser individualizada. Para a escolha dos florais foi utilizado o método da escolha por afinidade das flores, utilizando-se uma adaptação da técnica descrita por Barnao e Barnao (2000).

A partir de fotos das 38 flores de Bach, que foram fornecidas pela pesquisadora, o participante separou as fotos que mais gostava, as neutras e as que menos gostava ou detestava. A flor que se gosta traz o sentimento de ajuda nos processos de mudança ou uma sensação de positivismo, serenidade e despreocupação nas situações que conscientemente o indivíduo luta para solucionar, indicando que está aberto à cura proporcionada pela vibração dessa flor, resultando assim, numa atração positiva. A reação neutra manifesta que os temas que a flor aborda não tem ressonância importante no momento, e desta forma, a flor não interage fortemente com o estado mental ou emocional. Já as flores que não se gosta, revelam em seus temas pensamentos, emoções ou comportamentos que a pessoa gostaria de silenciar dentro de si, por causa de uma memória dolorosa ou pela repulsão em encarar um estado negativo dentro de si mesmo, o lado sombra (BARNAO; BARNAO, 2000).

Dessa forma, o participante separou as fotos das flores de maior agrado (reação positiva) e as de desagradado (reação negativa) das neutras (que foram descartadas), até a obtenção de seis flores que comporiam o remédio. Nesse método, o participante escolheu intuitivamente as flores que necessitava para

superar sentimentos negativos. Essa escolha intuitiva é possível, pois, como Dr. Bach descreveu quando elaborou esse tratamento, cada flor tem um gestual (forma, estrutura, formação da raiz, cor, número de pétalas, delineamento das flores, entre outros) que corresponde a um estado de espírito ou tipo de temperamento humano (COZIN, 2009). O método de seleção foi anteriormente explicado, na introdução.

3.6.5 Preparo dos Frascos para os Florais de Bach

Pelo fato dessa pesquisa não ter contado com auxílio financeiro para compra dos materiais para o ensaio, foi adotado um método *homemade* de preparo. As vidrarias (frascos e cânulas) foram esterilizadas em água em fervura por 30 minutos, logo em seguida passavam para a etapa de secagem, em forno convencional, a uma temperatura de 240° por 30 minutos. O kit de Florais de Bach utilizado foi gentilmente doado pela importadora *Healings* EssênciasFlorais, situada na cidade de São Paulo.

Segundo o Ministério da Saúde, uma forma de esterilização pode ser realizada por meio físico líquido, como a água em ebulição, sendo que o tempo de exposição deve ser de 30 minutos. Os artigos que podem ser submetidos são os termorresistentes. Primeiramente, deve-se ferver a água durante 10 minutos, sem presença de artigos, para precipitar o óxido de cálcio, e então, imergir o artigo quando a água estiver em ebulição, de modo a cobrir cerca de 2,5 cm dos artigos, dispendo-os de maneira a não facilitar a formação ou represamento de bolhas de ar. Após o término do tempo, retirar o material com auxílio de pinça desinfetada (BRASIL, 1994).

3.7 Análise dos Dados

Foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste de Fisher quando adequado, para estudar a associação entre a escala de bem estar espiritual e o uso de florais de Bach, e o SRQ-20 e o uso de florais de Bach para cada momento de avaliação (3 momentos). Para comparar a evolução dos resultados (escalas) no decorrer do estudo foi ajustado um modelo para dados ordinais com medidas repetidas no tempo. Para esses testes estatísticos foi adotado um nível de

significância de 5 % ($p < 0,05$). Os dados obtidos, por meio da avaliação dos questionários, foram processados pelo programa estatístico SAS.

3.8 Considerações éticas

Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNIVAP (ANEXO IV), sob o número de protocolo de n.º H124 / CEP2010 e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do estudo.

O estudo foi registrado na base de dados *clinicaltrials* sob o número identificador de NCT01324674 e pode ser acessado na página da *web*: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01324674?term=bach+flower&rank=1>.

Resultados

"Nosso receio mais profundo é o de sermos poderosos, além da conta. É nossa luz, não nossa escuridão, o que mais nos apavora. Perguntamos a nós próprios - quem sou eu para ser brilhante, maravilhoso, talentoso, fabuloso? Na verdade, por que não sê-lo? Somos filhos de Deus. Fingir sermos pequenos não serve ao mundo. Não é nada iluminador encolher-se para que as outras pessoas não se sintam inseguras à sua volta. Todos somos feitos para brilhar, como crianças. Nascemos para manifestar a glória de Deus que há em nós. Não em apenas alguns de nós, mas em todos nós. E se deixamos que nossa própria luz brilhe, inconscientemente estamos dando permissão a outras pessoas para fazerem o mesmo. Quando nos liberamos de nossos medos, nossa presença automaticamente liberta outros".

(Nelson Mandela)

4. RESULTADOS

4.1 Análise Descritiva Geral da População

No período de outubro de 2010 a agosto de 2011, foram aplicados 411 questionários em sala de aula, dessa forma, foi possível levantar dados sociodemográficos e realizar o rastreamento do TMC, porém, nem todas as perguntas foram respondidas pelos discentes. Em relação às perguntas menos respondidas, elas envolviam as que necessitavam de uma resposta por extenso, por exemplo, qual o problema de saúde ou qual o medicamento utilizado.

Essa população se mostrou caracterizada pelo gênero feminino, sendo constituída por 363 (88,3%) alunas e apenas 47 (11,4%) alunos. A média da faixa etária apresentada ficou em $25,3 \pm 7,6$ anos e a idade variou de 18 a 60 anos. Sobre o estado civil, a maioria citou ser solteira 300 (72,9%). Sobre as características religiosas mais citadas, houve um predomínio de católicos (63,2%). Do total, 278 (67,6%) afirmaram ser praticantes de sua religião.

A maioria dos alunos morava no Vale do Paraíba e o restante vivia no Litoral Norte Paulista. Das cidades do Vale do Paraíba, a grande maioria vivia em São José dos Campos 324 (78,8%), seguida por Jacareí 38 (9,2%). Das cidades do Litoral Norte Paulista, as cidades mais citadas foram Caraguatatuba 8 (1,9%) e São Sebastião 6 (1,4%).

Sobre a questão com "quem mora", as respostas mais citadas foram: com os pais 175 (42,5%) e em segundo com o cônjuge, namorado ou noivo 88 (21,4%). Os alunos economicamente ativos corresponderam a 222 (54%) da amostra. A renda mais citada foi de R\$ 500 a R\$1000 (n=114; 27,7%). Dentre as ocupações mais citadas, tem-se: estágio 29 (7%); trabalhos técnicos (enfermagem, prótese dentária, radiologia, laboratório) 22 (5,3%); atendente (balconista, caixa de loja, *callcenter*, comércio, recepcionista) 19(4,6%) e educação (professor, educação física, infantil) 16(3,8%).

Em relação à saúde, foi observado que 27,9% (115) referiram apresentar algum problema. Os problemas de saúde mais citados foram os digestivos, seguidos pelas dores de cabeça e / ou enxaqueca. Poucos ingeriam medicação, 18,7%, sendo que as mais citadas foram os analgésicos e os

anticoncepcionais. Porém, quando perguntado nos últimos 30 dias que antecederam a aplicação do questionário, pouco mais de 25,0% haviam ingerido algum medicamento, e novamente, os analgésicos foram os mais citados.

Sobre o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), apenas 7,2% faziam uso e as mais utilizadas foram a acupuntura e os remédios florais. Nos 30 dias que antecederam a pesquisa, o percentual se manteve semelhante, com um pouco mais de 6,0%, e as mesmas terapias se mantiveram como as mais citadas. Outro dado de relevante importância foi a porcentagem da aceitação da terapia floral pelos alunos, já que esse dado era fundamental para o encaminhamento para o ensaio clínico. O número de pessoas que aceitou ser tratado com os florais de Bach foi de 327, equivalendo a 79,5% da amostra.

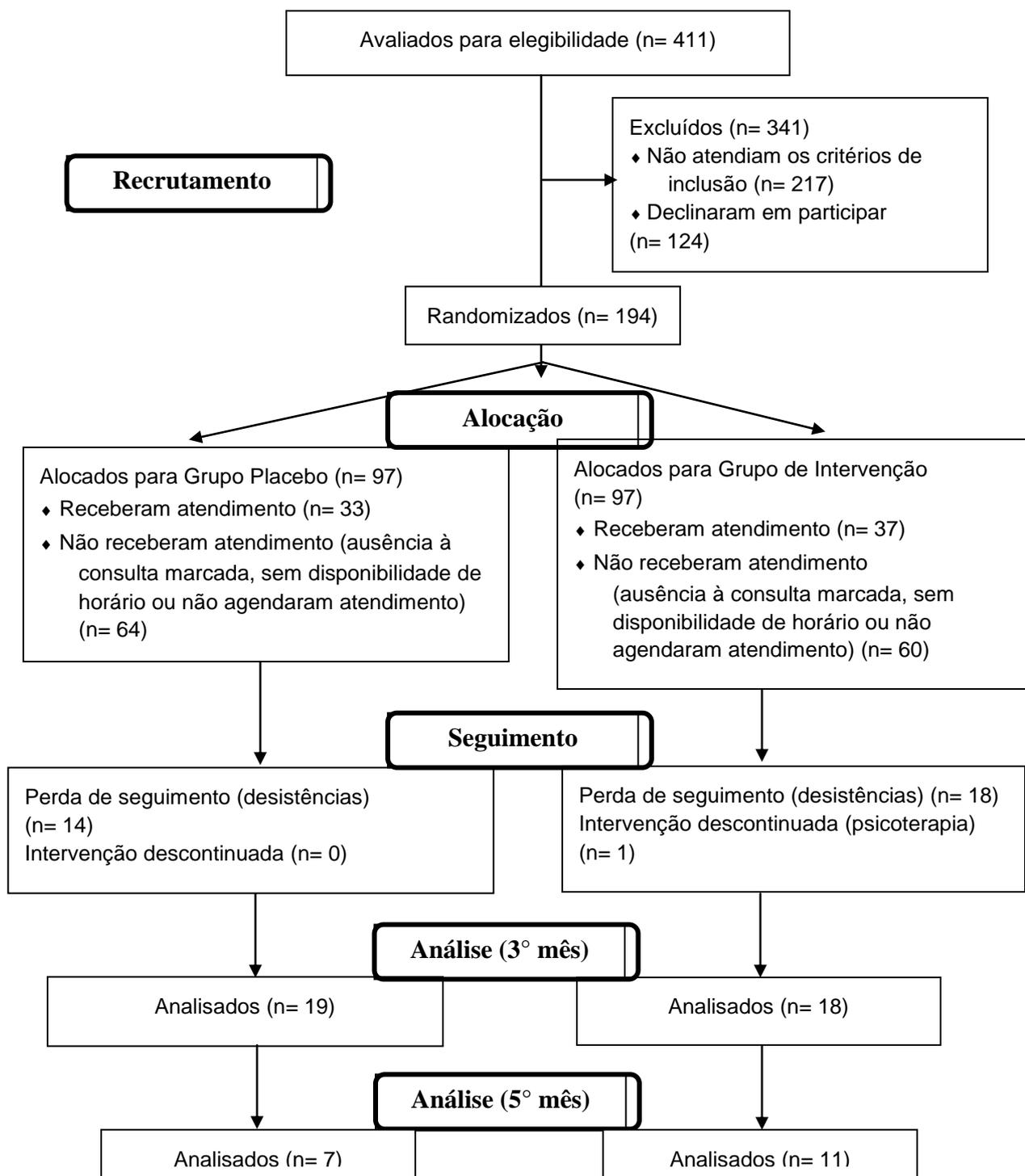
No questionário sociodemográficos do presente estudo também foram levantados dados sobre psicoterapia, lazer e atividade física. Apenas 16 (3,8%) alunos passavam por psicoterapia, 228(55,4%) praticavam algum tipo de lazer sendo que os mais citados foram: assistir filme/ cinema e viajar / passear, com 13,3%. Sobre a atividade física, somente 36,9% a praticavam e as mais citadas foram a caminhada 8,7%, seguida por academia (musculação, ginástica, *jump*) com 5,5%.

O curso que apresentou o maior número de alunos foi o do Serviço Social (n=81; 19,7%) e a maior frequência de alunos com indícios de TMC foi detectada no curso de Terapia Ocupacional (TO).

Sobre esses alunos, 224 (54,5%) obtiveram pontuação que os classificou como possíveis casos de TMC e 194 (47,2%) se mostraram elegíveis ao tratamento com os florais de Bach.

4.2 Ensaio Clínico

Baseado no *Consort Statement* (SCHELZ et al., 2010), pode-se elaborar o diagrama deste ensaio que se mostra a seguir. O *Consort*, que significa Normas Consolidadas para Reportar Ensaio, engloba diversas iniciativas desenvolvidas por esse grupo para minimizar os problemas decorrentes de reportes inadequados de ensaios clínicos randomizados (CONSORT, 2010).



Todas as 194 pessoas elegíveis para o tratamento foram contatadas para participarem do tratamento, de acordo com as vias de comunicação disponibilizadas por elas no questionário, assim, a maioria foi via telefone e outra parte via e-mail. Dessas, 70 (36,1%) iniciaram e apenas 18 (18/70; 25,7%) concluíram o quinto atendimento. Neste projeto foram realizados 211 atendimentos.

No Grupo Placebo, 33 participantes deram início ao tratamento, 19 chegaram ao segundo momento de avaliação (três meses após o início do tratamento) e apenas sete concluíram o terceiro momento de avaliação (cinco meses após o início do tratamento). No Grupo de Intervenção 37 deram início ao tratamento, 18 chegaram ao segundo momento de avaliação e 11 concluíram o terceiro momento de avaliação (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos estudantes segundo grupo de estudo e comparecimento aos atendimentos que incluíram a avaliação pelo EBE e SRQ-20. São José dos Campos, 2012.

Grupo	1º atendimento	3º atendimento	5º atendimento
Intervenção	37	18	11
Placebo	33	19	7
Total	70	37	18

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos placebo e de intervenção com relação às perdas no seguimento ($p=0,7175$)

Em relação aos efeitos colaterais, duas participantes do Grupo de Intervenção relataram, uma dor de cabeça e a outra enjoo, e, devido a essas reações, desistiram do tratamento. Outras duas participantes relataram dores de cabeça, uma do Grupo de Intervenção e a outra do Grupo Placebo, porém deram continuidade ao tratamento. Por último, uma desistente após o terceiro atendimento relatou um pouco de enjoo e atribuiu ao floral, sendo que fazia parte do Grupo Placebo, porém, não se sabe se esse foi o motivo da desistência. Com relação à desistência por efeitos colaterais, não houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,5434$).

4.2.1 Características Sociodemográficas dos Grupos de Estudo

Dentre as participantes do ensaio clínico, todas eram do gênero feminino. Foi comentado anteriormente a respeito do predomínio das mulheres como estudantes na área da saúde e para a intervenção, essa característica aumentou, constituindo 100% das amostras dos Grupos Placebo e de Intervenção.

As idades variaram de 18 a 60 anos de idade, e, para facilitar a análise, esse intervalo foi dividido em dois grupos etários. Pode-se observar a predominância na faixa etária de 18 a 24 anos nos dois grupos, seguida pela faixa etária de 25 a 60 anos, que representou 33,3% da amostra total (Tabela 2). No Grupo de Intervenção a média de idade apresentada foi de $26,9 \pm 9,63$ anos e no Grupo Placebo foi de $23,9 \pm 5,75$ anos.

Tabela 2. Faixa etária das participantes da intervenção. São José dos Campos, 2012

Faixa etária	Grupo Placebo		Grupo Intervenção*		TOTAL*	
	N	%	N	%	N	%
18 - 24	21	63,6	21	70,0	42	66,6
25 - 60	12	36,3	9	30,0	21	33,3
TOTAL	33	100	30	100	63	100

* O número total dos grupos não fecha os descritos anteriormente porque as participantes não responderam todas as questões do questionário.

Abaixo na tabela 3, podem-se observar as características relacionadas ao ano de graduação e o estado civil das participantes. A maioria do Grupo Placebo pertencia ao segundo ano, seguida pelo terceiro ano de graduação. No Grupo de Intervenção foi o contrário, a maior porcentagem pertencia ao terceiro ano, seguida pelo segundo ano de graduação. Os cursos da área da saúde com maior amostra foram a Enfermagem, com 23 alunas, seguida pela Odontologia com 12 alunas e por último o curso de Farmácia com oito alunas. O estado civil mais expressivo foi o de solteira, seguido pelo de casada em ambos os grupos.

Tabela 3. Características do ano de graduação e do estado civil das participantes. São José dos Campos, 2012

Ano e estado civil	Grupo Placebo *		Grupo Intervenção *		TOTAL *	
	N	%	N	%	N	%
1° ano	5	15,1	4	10,8	9	12,8
2° ano	13	39,3	9	24,3	22	31,4
3° ano	11	33,3	11	29,7	22	31,4
4° ano	3	9,0	7	18,9	10	14,2
Solteira	22	66,6	27	72,9	49	70
Casada	10	30,3	10	27,0	20	28,5
Divorciada	1	3,0	-	-	1	1,4

* O número total dos grupos não fecha os descritos anteriormente porque as participantes não responderam todas as questões do questionário.

Em relação às questões de religião e de moradia, é possível observar na tabela 4 suas características. A religião Católica foi a mais citada em ambos os grupos, como na maioria da população brasileira. No Grupo Placebo, 60,6% citaram ser praticantes de sua religião e no Grupo de Intervenção, 67,5%. A respeito da moradia, a característica mais mencionada foi a de morar com os pais, seguido pela moradia com o cônjuge. Apenas no Grupo de Intervenção, nenhuma participante morava com os filhos.

Tabela 4. Características relativas à religião e a moradia das participantes. São José dos Campos, 2012

Religião e moradia	Grupo Placebo *		Grupo Intervenção *		TOTAL *	
	N	%	N	%	N	%
Católica	29	87,8	30	81,0	59	84,2
Deus / Cristã	2	6,0	2	5,4	4	5,7
Evangélica	2	6,0	2	5,4	4	5,7

Pais	14	42,4	14	37,8	28	39,9
Cônjuge	8	24,2	11	29,7	19	27,0
Filhos	2	6,0	-	-	2	2,8
Sozinho	3	9,0	1	2,7	4	5,7

* O número total dos grupos não fecha os descritos anteriormente porque as participantes não responderam todas as questões do questionário.

Sobre a questão de ser economicamente ativo e da renda que apresentavam, tem-se que um pouco mais da metade do Grupo Placebo trabalhava e a renda predominante foi a de R\$ 500 a R\$1000 (27,3%), seguida pela de R\$1000 a R\$2000 (18,0%). No Grupo de Intervenção, um pouco mais da metade não trabalhava e as rendas mais frequentes foram iguais às do Grupo Placebo, porém com 16,2% cada (Tabela 5).

Tabela 5. Características relativas ao trabalho e renda das participantes. São José dos Campos, 2012

Trabalho e renda	Grupo Placebo *		Grupo Intervenção *		TOTAL*	
	N	%	N	%	N	%
Trabalha	18	54,6	18	48,6	36	51,4
Não trabalha	14	42,4	19	51,3	33	47,0
Até R\$ 500	2	6,0	4	10,8	6	8,5
R\$ 500 a R\$1000	9	27,3	6	16,2	15	21,4
R\$1000 a R\$2000	6	18,0	6	16,2	12	17,0
R\$2000 a R\$3000	4	12,0	3	8,1	7	9,9
Acima de R\$3000	4	12,0	2	5,4	6	8,5

* O número total dos grupos não fecha os descritos anteriormente porque as participantes não responderam todas as questões do questionário.

4.2.2 Condições de Saúde nos Grupos de Estudo

Dentre as participantes, 42,7% citaram apresentar algum problema de saúde, no Grupo Placebo foram 39,3% e no Grupo de Intervenção foram 45,9%. A

respeito dos problemas mais citados, no total dos grupos e no Grupo de Intervenção destacou-se a dor de cabeça / enxaqueca e os não citados nesse grupo, foram os circulatórios (anemia, hipertensão). No Grupo Placebo os problemas mais citados foram os respiratórios (rinite, sinusite, resfriado, asma, bronquite) e os ausentes foram os dermatológicos e a ansiedade / depressão (Tabela 6).

Tabela 6. Características relativas aos problemas de saúde das participantes. São José dos Campos, 2012

Problemas de saúde *	Grupo Placebo		Grupo Intervenção		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Problemas respiratórios	4	12,0	2	5,4	6	8,5
Endócrinos	2	6,0	3	8,1	5	7,1
Dor de cabeça	2	6,0	6	16,2	8	11,4
Digestivo	2	6,0	4	10,8	6	8,5
Circulatório	2	6,0	-	-	2	2,8
Ansiedade, depressão	-	-	3	8,1	3	4,2
Dermatológico	-	-	2	5,4	2	2,8

* Nessa questão, algumas participantes citaram até três problemas de saúde como resposta no questionário.

Em relação ao uso de medicamentos, 24,3% das participantes do estudo o utilizavam. No Grupo Placebo 24,2% e desses, 12% eram usuárias de hormônios (tireoidiano, anticoncepcional). Nenhuma participante desse grupo ingeria medicamentos da classe dos antiulcerosos, antialérgicos ou antibióticos. No Grupo de Intervenção, o uso foi de 12,8% e os mais consumidos também foram os hormônios. Nenhuma participante desse grupo ingeria medicamentos antiinflamatório / analgésico ou anti-hipertensivo (Tabela 7).

Tabela 7. Medicamentos mais utilizados pelas participantes. São José dos Campos, 2012

Medicações	Grupo Placebo *		Grupo Intervenção		TOTAL *	
	N	%	N	%	N	%
Hormônios	4	12,0	3	8,1	7	9,9
Antiinflamatório e analgésico	2	6,0	-	-	2	2,8
Anti-hipertensivo	1	3,0	-	-	1	1,4
Antiulceroso	-	-	2	5,4	2	2,8
Antialérgico	-	-	1	2,7	1	1,4
Antibiótico	-	-	1	2,7	1	1,4

* O número total dos grupos não fecha a porcentagem descrita porque algumas participantes não responderam qual era o medicamento utilizado.

A maioria das participantes (55,9%) não desenvolviam atividades de lazer. No Grupo Placebo, 45,4% desenvolviam essas atividades e no Grupo de Intervenção 43,2%. Em ambos os grupos, as atividades mais desenvolvidas foram a de assistir filme (cinema) e a menos procurada foi a de ir ao teatro (Tabela 8).

Tabela 8. Atividades de lazer desenvolvidas pelas participantes. São José dos Campos, 2012

Atividade de Lazer	Grupo Placebo *		Grupo Intervenção *		TOTAL *	
	N	%	N	%	N	%
SIM	15	45,4	16	43,2	31*	44,2
NÃO	18	54,6	21	56,7	39	55,9
Cinema / filme	6	18,0	9	24,3	15	21,3
Passear	4	12,0	5	13,5	9	12,7
Ler	1	3,0	2	5,4	3	4,2
Teatro	-	-	2	5,4	2	2,8

* O número total dos grupos não fecha porque algumas participantes não citaram qual era a atividade de lazer praticada.

Apenas 28,3% mencionaram praticar alguma atividade esportiva. No Grupo Placebo, 30,2% praticavam algum esporte e o mais citado foi a da musculação (9%). No Grupo de Intervenção 27%, sendo a mais desenvolvida a caminhada (13,5%). Em ambos os grupos a atividade menos procurada foi a do ballet (Tabela 9).

Tabela 9. Atividades esportivas desenvolvidas pelas participantes. São José dos Campos, 2012

Atividade esportiva	Grupo Placebo *		Grupo Intervenção		TOTAL *	
	N	%	N	%	N	%
SIM	10	30,2	10	27,0	20	28,3
NÃO	22	66,4	27	72,9	49	69,3
Musculação	3	9,0	2	5,4	5	7,0
Academia	2	6,0	2	5,4	4	5,6
Caminhada	2	6,0	5	13,5	7	9,8
Ballet	1	3,0	-	-	1	1,4

* O número total dos grupos não fecha porque algumas participantes não citaram qual era a atividade esportiva praticada.

4.2.3 Comparação entre os Grupos de Estudo

Os grupos de estudo foram submetidos à comparação com suas variáveis para verificação da homogeneidade entre eles, garantindo uma análise estatística consistente dos resultados. Nesta análise foram incluídos apenas os participantes que chegaram até, pelo menos, à segunda avaliação, que equivale ao terceiro atendimento, ou seja, três meses após o início do tratamento (Tabela 10).

Tabela 10. Comparação entre as variáveis categóricas segundo o grupo alocado. São José dos Campos, 2012

Variável	Categoria	Grupo		Grupo		P *
		Placebo		Intervenção		
		N	%	N	%	
Idade	18 – 24 anos	13	68,3	9	50	0,517
	25 – 60 anos	6	31,5	9	50	
Ano de graduação	1 – 2 anos	12	63,1	5	27,7	0,294
	3 – 4 anos	7	36,8	8	44,4	
Estado civil	Solteiras	14	73,6	14	77,7	0,745 ^F
	Casadas	4	21,0	4	22,2	
Moradia	Acompanhado	17	89,4	17	94,4	0,803
	Sozinho	2	10,4	1	5,5	
Religião	Católicas	16	84,2	18	100	0,403 ^F
	Não católicas	2	10,4	-	-	
Prática Religiosa	Sim	12	63,1	15	83,3	0,186 ^F
	Não	7	36,8	3	16,6	
Frequência de prática religiosa	Até 1x semana	6	31,5	8	44,4	0,811 ^F
	2x ou mais por semana	1	5,2	3	16,6	
Trabalho	Sim	11	57,9	9	50	0,873
	Não	8	42,0	9	50	
Renda	Até R\$ 2000	10	52,6	9	50	0,865 ^F
	Acima de R\$ 2000	5	26,3	3	16,6	
Problema de saúde	Sim	7	36,8	8	44,4	0,884
	Não	12	63,1	10	55,5	
Problema de saúde nos últimos 30 dias	Sim	8	42,0	14	77,7	0,010^F
	Não	11	57,9	4	22,2	
Medicação	Sim	5	26,3	3	16,6	0,564 ^F
	Não	14	73,6	15	83,3	

Continuação tabela 10

Medicação nos últimos 30 dias	Sim	7	36,8	12	66,6	0,026
	Não	12	63,1	6	33,3	
Lazer	Sim	9	47,3	9	50	0,729
	Não	10	52,6	9	50	
Esporte	Sim	7	36,8	4	22,2	0,585 ^F
	Não	12	63,1	14	77,7	
EBE**	Alta	6	31,5	4	22,2	0,699 ^F
	Média	13	68,3	14	77,7	

p* = teste de qui-quadrado^F = Teste exato de Fischer

****= Escore da Escala de Bem Estar Espiritual do primeiro atendimento**

Pode-se observar que na maioria das variáveis os grupos se mostraram semelhantes e, em apenas duas delas, houve diferença significativa. A primeira foi a doença nos últimos 30 dias ($p = 0,010$) e a outra foi a medicação nos últimos 30 dias ($p = 0,026$). Para essas duas variáveis, a categoria "sim" se apresentou mais frequente no Grupo de Intervenção.

A respeito da variável doença nos últimos 30 dias no Grupo de Intervenção, 11 participantes citaram suas doenças, que foram: 54,5% (6) problemas respiratórios (gripe, resfriado, sinusite, rinite, tosse); 27,2% (3) dores (de ouvido, de cabeça) e 18,1% (2) com infecção urinária. A respeito da variável medicação nos últimos 30 dias, ainda no Grupo de Intervenção, 8 participantes citaram suas medicações, porém algumas citaram mais de uma medicação, que foram: (4) antitérmico / analgésico / antigripal; (2) antiinflamatório; (2) antibiótico e (2) antihistamínico.

Em relação às variáveis quantitativas, por não apresentarem uma distribuição normal, foram comparadas as medianas, não apresentando diferença significativa entre elas (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação entre as variáveis quantitativas segundo o grupo alocado. São José dos Campos, 2012

Variável	Grupo Placebo	Grupo de Intervenção	P *
Idade Mediana (Percentil 25, Percentil 75)	22,0 (20,0; 25,0)	24,5 (21,0; 27,0)	0,422
Ano de graduação Mediana (Percentil 25, Percentil 75)	2,0 (2,0; 3,0)	3,0 (2,0; 3,0)	0,331
1° SRQ-20 Mediana (Percentil 25, Percentil 75)	11,0 (9,0; 12,0)	10,0 (9,0; 11,0)	0,175

p* = teste de Kruskal - Wallis

4.2.4 O Bem Estar Espiritual das Participantes do Estudo

No primeiro momento de avaliação, 72,9% (27) das participantes incluídas neste estudo apresentavam escore médio de bem estar espiritual (EBE), entre 41 a 99, e 27% (10) apresentaram escore alto de EBE, entre 100 a 120, considerando que no Grupo Placebo, a proporção de participantes com alto EBE foi pouco maior que no Grupo de Intervenção (31,5% e 22,2%, respectivamente). Da mesma forma, o escore médio de EBE se apresentou um pouco maior no Grupo de Intervenção (77,7%) em relação ao Grupo Placebo (68,3%).

Na segunda avaliação, os escores obtidos pelo instrumento indicaram melhora do EBE em ambos os grupos, sendo que no Grupo Placebo a proporção de participantes com alto EBE foi maior que no Grupo de Intervenção (52,7% e 38,8% respectivamente). O escore médio de EBE se apresentou um pouco maior no Grupo de Intervenção (61,1%) em relação ao Grupo Placebo (47,3%). A média da pontuação na escala dos estressores, nessa avaliação, no Grupo Placebo foi de 1,63 e no Grupo de Intervenção foi de 2,38.

Na terceira avaliação, pode-se observar no Grupo de Intervenção a melhora considerável no EBE, onde 72,7% das participantes apresentaram escore

alto de EBE e apenas 27,2% apresentaram escore médio. No Grupo Placebo também houve um aumento do alto EBE, que se apresentou 4,5% mais elevado em relação ao segundo atendimento e o escore médio de EBE se apresentou em 42,8%, com uma diferença de também 4,5% em relação ao segundo atendimento. Em relação às notas médias do escore de EBE, no Grupo Placebo têm-se: 1ª avaliação 90,5; 2ª avaliação 98,3 e 3ª avaliação 99,3. No Grupo de Intervenção, as notas médias do escore de EBE se mostraram: 1ª avaliação 91,6; 2ª avaliação 98,5 e 3ª avaliação 102,0.

A Figura 2 apresenta a variação entre os três momentos de avaliação para o Grupo Placebo e a Figura 3 para o Grupo de Intervenção.

Foi realizada a comparação das diferenças entre a variação média dos grupos, com o modelo de regressão logística para medidas repetidas, onde a e b representam valores diferentes, do ponto de vista da significância estatística.

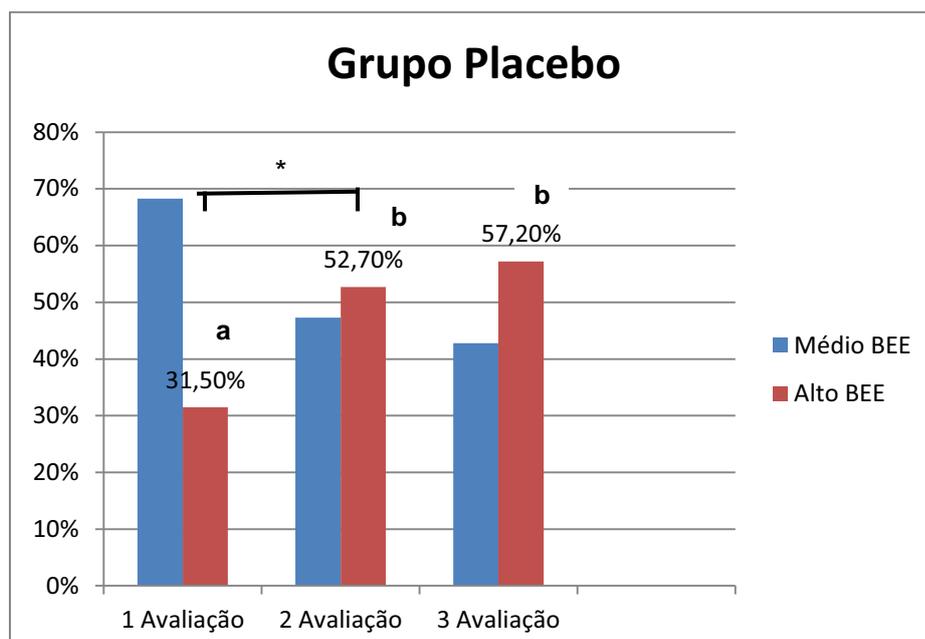


Figura 2. Média do escore do BEE no Grupo Placebo segundo o momento de avaliação realizada.

* Diferença estatisticamente significativa

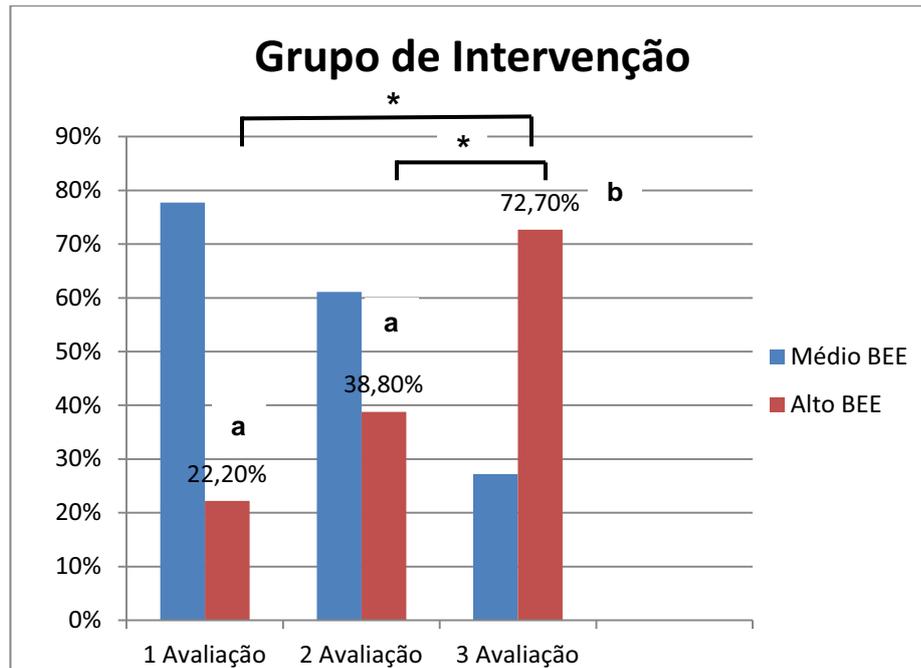


Figura 3. Média do escore do BEE no Grupo de intervenção segundo o momento de avaliação realizada.

* Diferença estatisticamente significativa

Com a análise da regressão logística para medidas repetidas, foram analisadas as três avaliações desses grupos. Tem-se que da primeira para a segunda avaliação, apenas o Grupo Placebo apresentou efeito significativo. No Grupo de Intervenção, houve melhora significativa da primeira para a terceira avaliação e da segunda para a terceira avaliação.

4.2.5 O Transtorno Mental Comum das Participantes do Estudo

Como um dos itens de inclusão das participantes na pesquisa foi a pontuação no SRQ-20, todas as participantes no primeiro momento de avaliação apresentavam indícios de TMC. Na segunda avaliação houve redução dessa frequência relativa, em ambos os Grupos. No Grupo Placebo a diminuição foi de 57,9% e no Grupo de Intervenção foi um pouco maior, 66,7%. Da segunda para a terceira avaliação, Grupo Placebo continuou apresentando queda, porém, o modelo de regressão logística mostrou que não há diferença entre esses valores. No Grupo de Intervenção, houve um pequeno aumento de 3% entre as últimas avaliações, porém, o modelo de regressão logística mostrou que também não há diferença entre

esses valores. A Figura 4 apresenta a evolução da frequência de TMC ao longo dos três atendimentos no Grupo Placebo e a figura 5 no Grupo de Intervenção.

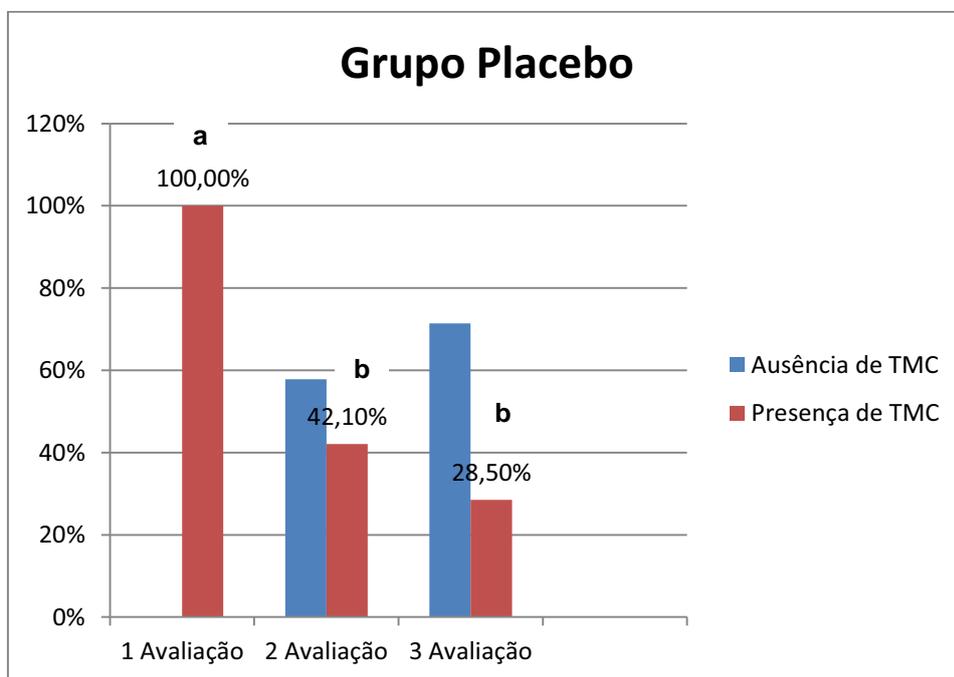


Figura 4. Frequência relativa de indícios de TMC no Grupo Placebo, em cada avaliação realizada.

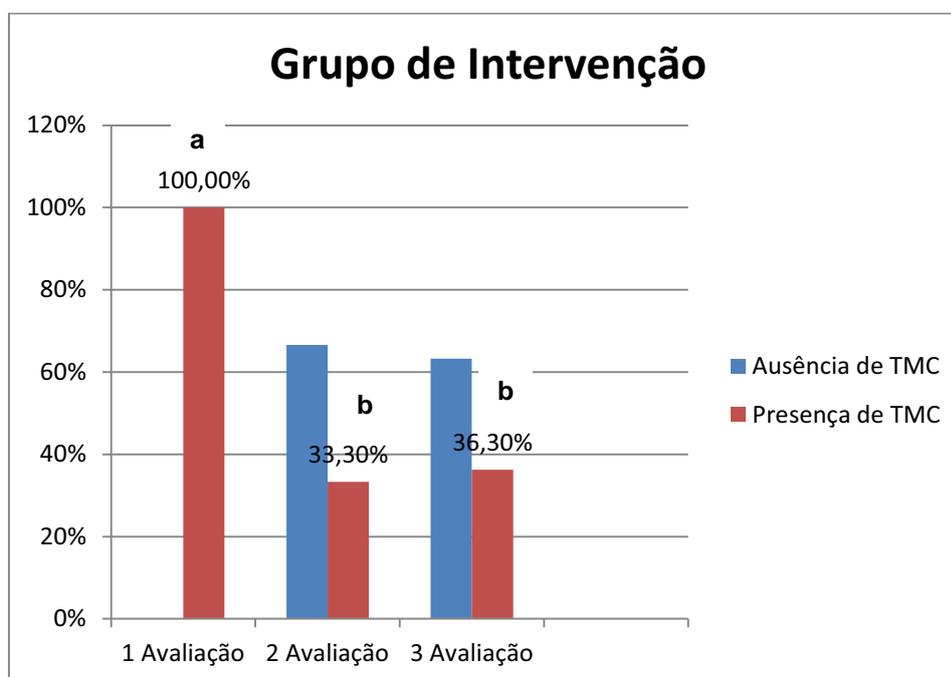


Figura 5. Frequência relativa de indícios de TMC no Grupo de intervenção, em cada avaliação realizada.

Com a análise da regressão logística para medidas repetidas, foram analisadas as duas avaliações dos grupos. Nessa avaliação, nenhum dos grupos apresentou melhora significativa.

4.2.6 Regressão Logística para Comparação entre Grupos em cada Momento de Avaliação

Foi realizada a comparação entre os grupos durante os três momentos de avaliação. A primeira figura refere-se à avaliação do EBE e a segunda à avaliação do SRQ-20. Nessas duas avaliações não houve diferença estatística significativa. Esses resultados são mostrados nas duas figuras a seguir.

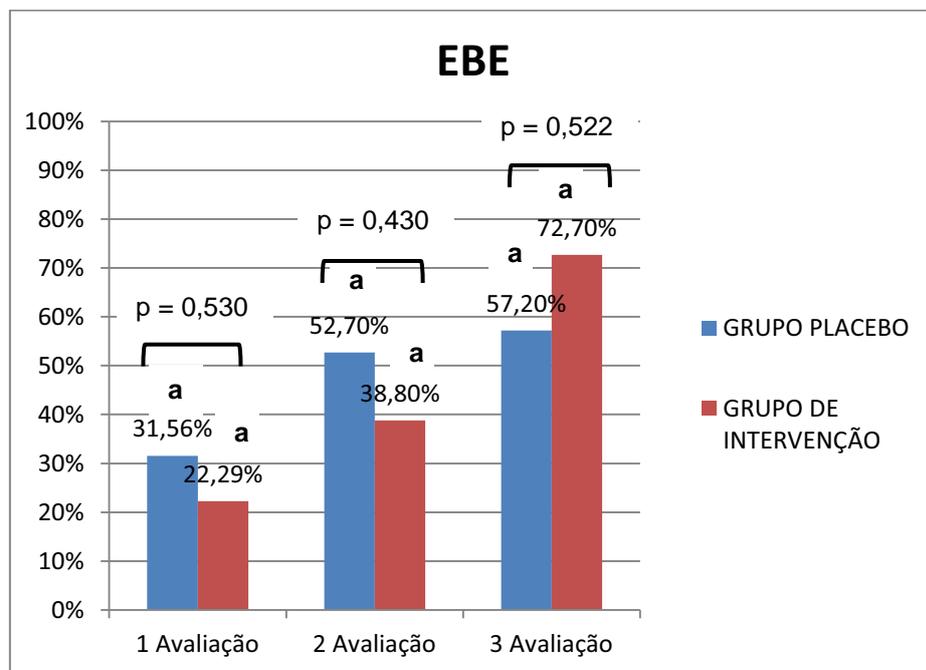


Figura 6. Comparação das médias dos resultados do EBE entre os grupos, em cada avaliação realizada.

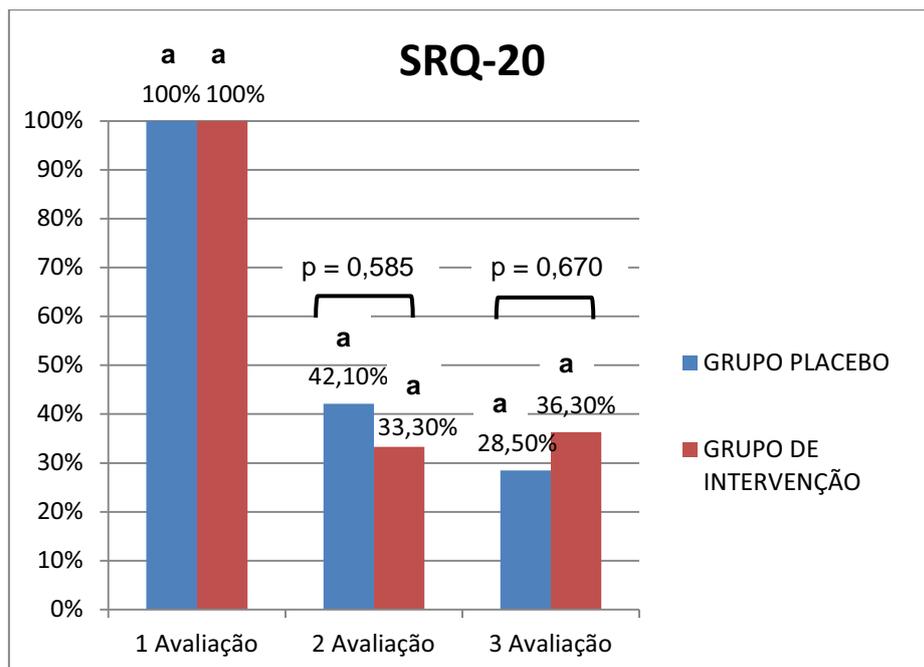


Figura 7. Comparação das médias dos resultados do SRQ-20 entre os grupos, em cada avaliação realizada.

4.2.7 Florais de Bach: As Essências Escolhidas

Foi realizado o levantamento das essências florais mais escolhidas pelas participantes de cada grupo, por atendimento realizado. Com isso, é possível fazer uma leitura sobre o aspecto emocional e mental que a participante estava passando no momento. No último atendimento, a leitura de todas as essências utilizadas durante o tratamento foi revelada e praticamente todas as participantes concordaram e ficaram positivamente surpreendidas com as informações expostas. As essências mais escolhidas pelos grupos foram (Tabela 12 e 13):

Tabela 12. Essências mais escolhidas pelas participantes do Grupo Placebo durante os atendimentos. São José dos Campos, 2012

Atendimento	GRUPO PLACEBO – Essências mais escolhidas					
	Bonitas			Feias		
1	Mustard 57,5%	Star of Bethlehem 33,3%	Cherry Plum e Oak 24,2%	Aspen 63,6%	ChestnutBud e Elm 36,3%	Rock Water 21,2%
2	Mustard 43,4%	Beech 30,4%	Cherry Plum 26,0%	Aspen 60,8%	ChestnutBud 39,1%	Elm 26,0%
3	Cerato 36,8%	Star of Bethlehem, Crab Apple, Red Chestnut 31,5%	Mustard 26,3%	Aspen 52,6%	ChestnutBud 42,1%	Rock Water 31,5%
4	Mustard 41,6%	Crab Apple e Star of Bethlehem 25,0%	Water Violet, White Chestnut e Wild Rose 25,0%	Aspen ChestnutBud 50,0%	Scleranthus 33,3%	Rock Water e Elm 25,0%
5	Mustard 57,1%	Chicory, Crab Apple e Oak 28,5%	Red Chestnut e Rock Water 28,5%	Aspen e Wild Oat 42,8%	Elm e Cherry Plum 28,5%	Rock Water 28,5%
6	Mustard 66,6%	Cherry Plum e Rock Rose 33,3%	Star of Bethlehem 33,3%	Willow e Walnut 50,0%	Rock Water 50,0%	Aspen 33,3%

Tabela 13. Essências mais escolhidas pelas participantes do Grupo de intervenção durante os atendimentos. São José dos Campos, 2012

Atendimento	GRUPO DE INTERVENÇÃO – Essências mais escolhidas					
	Bonitas			Feias		
1	Mustard 48,6%	Cherry Plum 35,1%	Star of Bethlehem 32,4%	Aspen 67,5%	ChestnutBud 37,8%	Rock Water 35,1%
2	Cherry Plum, Mustard e Star of Bethlehem 29,6%	Beech 25,9%	Mimulus e Wild Rose 22,2%	Aspen 74,0%	Elm 44,4%	Chestnut Bud e Rock Water 37,0%

3	Gorse 33,3%	Star of Bethlehem e Wild Rose 27,7%	Mustarde Chicory 22,2%	Aspen 55,5%	Rock Water 50,0%	Elm 44,4%
4	Mustard 43,7%	Wild Rose 25,0%	Cerato, Crab Apple, Oak e Water Violet 18,7%	Aspen 62,5%	Elm 56,2%	ChestnutBud 37,6%
5	Cerato e Crab Apple 36,3%	Holly e Oak 27,2%	Star of Bethlehem e Wild Rose 27,2%	Aspen 54,5%	ChestnutBud 45,4%	Elm 36,3%
6	Gorse, Mimulus e Red Chestnut 30,0%	Cerato, Holly e Mustard 20,0%	Oak, Star of Bethlehem e Wild Rose 20,0%	Aspen e Rock Water 60,0%	Walnut 50,0%	Chestnut Bud 40,0%

No Grupo Placebo, apenas duas essências se mantiveram presentes em todos os atendimentos, a *Mustard* e a *Aspen*. No Grupo de Intervenção, a essência *Aspen* também se mostrou presente em todos os atendimentos e as essências *Mustard* e *Star of Bethlehem* se mantiveram presentes em 83,3% dos atendimentos.

As essências mais escolhidas pelo Grupo Placebo foram: no 1º atendimento (*Mustard*; *Star of Bethlehem*; *Cherry Plum* e *Oak*; *Aspen*; *Chestnut Bud* e *Elm*; *Rock Water*); no 2º atendimento (*Mustard*; *Beech*; *Cherry Plum*; *Aspen*; *Chestnut Bud*; *Elm*); no 3º atendimento (*Cerato*; *Star of Bethlehem*, *Crab Apple* e *Red Chestnut*; *Mustard*; *Aspen*; *Chestnut Bud*; *Rock Water*); no 4º atendimento (*Mustard*; *Crab Apple* e *Star of Bethlehem*; *Water Violet*, *White Chestnut* e *Wild Rose*; *Aspen*; *Elm*; *Chestnut Bud*); no 5º atendimento (*Mustard*; *Chicory*, *Crab Apple* e *Oak*; *Red Chestnut* e *Rock Water*; *Aspen* e *Wild Oat*; *Elm* e *Cherry Plum*; *Rock Water*) e no 6º atendimento (*Mustard*; *Cherry Plum* e *Rock Rose*; *Star of Bethlehem*; *Willow* e *Walnut*; *Rock Water*; *Aspen*).

As essências mais escolhidas pelo Grupo de Intervenção foram: no 1º atendimento (*Mustard*; *Cherry Plum*; *Star of Bethlehem*; *Aspen*; *Chestnut Bud*; *Rock Water*); no 2º atendimento (*Cherry Plum*, *Mustard* e *Star of Bethlehem*; *Beech*; *Mimulus* e *Wild Rose*; *Aspen*; *Elm*; *Chestnut Bud* e *Rock Water*); no 3º atendimento (*Gorse*; *Star of Bethlehem* e *Wild Rose*; *Mustard* e *Chicory*; *Aspen*; *Rock Water*; *Elm*); no 4º atendimento (*Mustard*; *Wild Rose*; *Cerato*, *Crab Apple*, *Oak* e *Water*

Violet; Aspen; Elm; Chestnut Bud); no 5° atendimento (*Cerato e Crab Apple; Holly e Oak; Star of Bethlehem e Wild Rose; Aspen; Chestnut Bud; Elm*) e no 6° atendimento (*Gorse, Mimulus e Red Chestnut; Cerato, Holly e Mustard; Oak, Star of Bethlehem e Wild Rose; Aspen e Rock Water; Walnut; Chestnut Bud*).

Discussão

"Seu tempo é limitado, então não percam tempo vivendo a vida de outro. Não sejam aprisionados pelo dogma- que é viver com os resultados do pensamento de outras pessoas. Não deixe o barulho da opinião dos outros abafar sua voz interior. E mais importante, tenha a coragem de seguir seu coração e sua intuição. Eles de alguma forma já sabem o que você realmente quer se tornar.

Tudo o mais é secundário".

(Steve Jobs, 1955 - 2011)

5. DISCUSSÃO

5.1 Discussão do Uso de PIC pela Amostra Geral

Sobre o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), apenas 7,2% da população as mais utilizavam, sendo que as mais mencionadas foram a acupuntura e os remédios florais. Nos 30 dias que antecederam a pesquisa, 6,0% das pessoas referiram o uso e as mesmas terapias se mantiveram como as mais citadas. O número de pessoas que aceitou ser tratado com os florais de Bach representou 79,5% da população.

Os cursos da área da saúde não costumam ministrar disciplinas voltadas para esse tema (PIC), à exceção do curso de Enfermagem e Biomedicina, sendo que nesse último, eram ofertadas disciplinas com esse enfoque pela Univap. De acordo com Christensen e Barros (2010), uma questão de extrema relevância é o aumento crescente da utilização das PIC e, portanto, isso requer que os profissionais de saúde estejam aptos a informar e atender seus pacientes, reconhecer efeitos colaterais, interações medicamentosas e praticar com segurança as PIC, isoladas ou associadas à medicina convencional.

É interessante observar que apesar do pouco uso das PIC pelos alunos, a aceitação da terapia foi elevada, nos levando a crer que as pessoas querem conhecer e vivenciar essa prática e, talvez, isso não ocorra com maior frequência pela escassez de oferta dos Remédios Florais no Sistema Público de Saúde brasileiro, e também pela sua não inclusão na PNPIC.

Ischkanian (2011) em pesquisa realizada no ano passado na zona norte da cidade de São Paulo, em uma Unidade Básica de Saúde e em um Ambulatório de Especialidades, constatou que os gestores não estavam preparados para a implementação da PNPIC no SUS, apenas cinco dos 26 entrevistados conheciam a PNPIC, e que a divulgação das PIC não era suficiente para que profissionais e usuários as conhecessem. Nem todos os profissionais que atuavam no Ambulatório de Especialidades, onde as PIC eram oferecidas, valorizavam essas atividades. Observou-se que as PIC não ocupavam o papel que deveriam e/ou poderiam dentro do SUS para a Promoção da Saúde.

Em outra pesquisa realizada com equipes de Saúde da Família de Florianópolis, no ano de 2008, foram coletados dados nos 46 Centros de Saúde (CS) do município para avaliar a percepção de Médicos e Enfermeiros sobre as PIC.

Entre os profissionais, 88,7% desconheciam as diretrizes nacionais da PNPIC, embora 81,4% fossem favoráveis ao que ela propõe. A inclusão das PIC nos três níveis de atenção à saúde era aceita por 45,8% dos indivíduos e outros 51,3% acreditavam que poderiam ser oferecidas em nível primário e/ou secundário. Além disso, 59,9% tinham elevado interesse pelas PIC, com desejo de realizar capacitação ou formação na área; 6,8% afirmaram ter pouco ou nenhum interesse. Todos os profissionais concordaram que as PIC deveriam ser abordadas nos cursos da área da saúde. 17 CS (36,7%) ofereciam nove diferentes práticas, entre racionalidades médicas (homeopatia, medicina chinesa e ayurvédica) e práticas terapêuticas (acupuntura, auriculoterapia, massagem, massoterapia, quiropraxia e fitoterapia), dentre as quais as mais presentes eram a acupuntura e a homeopatia. Grupos com atividades consideradas complementares (ioga, biodança, relaxamento, meditação, dança, tai chi chuan) eram oferecidos em sete CS. Segundo 55,4% dos profissionais, a comunidade tinha interesse por essas práticas e os enfermeiros mostraram interesse pouco maior quando comparados aos médicos (THIAGO; TESSER, 2010).

Em relação à associação entre PIC e TMC, Rodrigues-Neto et al. (2008) conduziu um estudo de base populacional que objetivou verificar a prevalência do TMC na população da cidade de Montes Claros, MG, e a existência de associação entre os fatores socioeconômicos e a utilização de PIC com o TMC. A prevalência de TMC foi de 23,2%, sendo que 75% eram usuários de PIC. Após controle para fatores de confusão, a prevalência de TMC foi mais frequente entre os que recorreram à homeopatia (RP = 1,52; IC = 1,12-2,08) e as benzedadeiras (RP = 1,25; IC = 1,08-1,46).

5.2 Efeitos Colaterais e Características Sociodemográficas

A respeito dos efeitos colaterais, apenas três participantes do Grupo de Intervenção citaram esses efeitos, na forma de dor de cabeça e enjoo, representando 4,3% da amostra do ensaio clínico. Os florais de Bach são comumente conhecidos por seu modo de atuação inofensivo (SCHEFFER, 1990; VALVERDE, 2000; BACH, 2006), porém em alguns casos pode ocorrer a chamada crise de cura. No tratamento com os Remédios Florais, bem como no tratamento com outras Práticas Integrativas Complementares ou Racionalidades Médicas, é

possível que ocorra a chamada crise de cura. Essa crise seria uma exaltação dos sintomas previamente percebidos pelo paciente, para posteriormente, poder ser desfrutado o bem estar físico, emocional e mental.

Para Gerber (2007), a administração de uma frequência energética através de um sistema terapêutico, é provavelmente o causador da exacerbação inicial dos sintomas previamente observados. Essa crise de cura geralmente ocorre antes da resolução completa do problema de saúde. Os pacientes recebem uma dose de energia sutil a qual irá ajudar o corpo a vibrar no modo necessário para que os sistemas retornem ao estado de saúde ou bem estar. O modo vibracional curativo, intensificado pelo remédio, pode produzir um agravamento dos sintomas, o qual é sentido pelo paciente durante a crise de cura. Na Homeopatia, por exemplo, é utilizado um diversificado espectro de frequências da natureza para eliminar a toxicidade das doenças.

Outra explicação para o fenômeno da crise de cura se baseia na teoria do caos. No entendimento de Rosado (2000), Prigogine e Stenger veem o caos como um estágio pré-requisito antes da ativação do processo de auto-organização, inerente a todos os sistemas vivos. Os sistemas, de uma forma geral, tendem a buscar a auto-organização, se movendo de um nível para um nível mais elevado de desenvolvimento. Uma das vantagens do caos, que nessa situação se aplicaria a crise de cura, é que é nessa circunstância que o sistema se mostra mais aberto ou receptivo às mudanças.

A partir dessas afirmações, um entendimento possível é que quando um paciente apresenta uma doença ou um mal estar, e ela é agravada por uma crise de cura, essa desorganização ou caos individual podem facilitar o encaminhamento à mudança e a uma auto-organização física, mental, emocional mais saudável.

Dentre as participantes do ensaio clínico, além de serem do gênero feminino, as idades apresentaram larga amplitude de variação, com um predomínio de pessoas na faixa dos 18 aos 25 anos de idade em ambos os grupos de estudo. O estado civil mais expressivo foi o de solteira e a religião católica foi a mais citada em ambos os grupos. Com relação à presença de algum problema de saúde nos 30 dias anteriores à avaliação, este foi mencionado por maior número de participantes do Grupo de Intervenção e também foi o grupo que mais utilizou medicamentos nesse período. Os medicamentos mais utilizados pelo grupo foram aqueles para tireóide e

os anticoncepcionais. Sobre a atividade esportiva e de lazer, ela era praticada por menos da metade dos sujeitos, tanto no Grupo Placebo quanto no de Intervenção.

Esse perfil predominantemente feminino é muito comum na área da saúde, para exemplificar, Carlotto e Gonçalves (2010) conduziram um estudo com 514 estudantes universitários pertencentes aos cursos da área da saúde (Psicologia, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Biomedicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia) e constataram que a maioria pertencia ao sexo feminino (80,4%), eram solteiras (75%), e apresentavam em média 26 anos.

Em estudo sobre o envolvimento religioso e fatores sociodemográficos, foram estudadas 2346 pessoas e constatou-se um alto nível de envolvimento religioso na população brasileira: 95,0% tem uma religião, 83,0% consideram religião muito importante e 37,0% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. As filiações religiosas mais citadas foram: católica (67,9%), protestante (22,9%), espiritismo (2,5%) e sem religião (5%) (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

A respeito da ingestão de medicamentos, Silva Netto et al. (1991) verificou em sua pesquisa, que apresentava como propósito avaliar o consumo de medicamentos em 342 acadêmicos, que, em ambos sexos, a região mais afetada por dor era a cabeça, seguida pela coluna vertebral, aparelho genital feminino e o estômago. Segundo o autor, constatou-se o maior consumo de medicamentos pelo sexo feminino, sendo que os mais utilizados foram os analgésicos.

Em outro estudo com 223 graduandos da área da saúde, observou-se que 65,0% dos entrevistados confirmaram ter feito uso de medicamentos nos últimos quinze dias, 42,0% por meio de prescrição médica e 57,0% através da automedicação. Os medicamentos mais utilizados foram os analgésicos 24,0% e as vitaminas 18,0% e o motivo mais apontado para o uso, em 30,0% dos casos, foi a dor (AQUINO et al., 2010).

No presente estudo menos da metade das participantes praticava alguma atividade esportiva. Os dados de literatura também mostram maior sedentarismo entre as mulheres. Segundo estudo conduzido por Colares et al. (2009) para avaliação de condutas em saúde de universitários, levantou-se que a prática de atividade física, foi significativamente mais frequente entre os estudantes do gênero masculino, representando 60,0% da amostra, enquanto que as mulheres representaram 35,3%. Em outra pesquisa, constituída por uma amostra de 281 universitários dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição,

Odontologia, foi constatado que 65,5% dos alunos eram sedentários (MARCONDELLI; COSTA; SCHMITZ, 2008).

5.3 O Bem Estar Espiritual das Participantes

Em relação aos efeitos das essências florais sobre o bem estar espiritual das participantes do ensaio, no Grupo Placebo houve uma melhora nos três primeiros meses que não se mostrou constante e significativa até o fim do tratamento. No Grupo de Intervenção, houve melhora após os seis meses de tratamento, principalmente entre a segunda e terceira avaliação.

Foram encontrados resultados semelhantes na pesquisa conduzida por Cozin (2009), que avaliou os efeitos do tratamento com os florais de Bach para a autoestima de idosos. No Grupo Placebo, foi percebida uma melhora rápida e imediata da primeira para a segunda avaliação, porém do segundo para o terceiro momento, a curva se mostrou mais estabilizada. No Grupo de Intervenção a melhora se apresentou contínua e gradativa durante todas as avaliações, formando uma curva ascendente, semelhante a presente pesquisa.

Em relação aos efeitos positivos constatados no Grupo Placebo, é importante ressaltar o papel do vínculo terapêutico no atendimento em saúde e, quanto mais longo o tratamento, maior a possibilidade de criar um elo. Na opinião de Pinskeret al (1991), um bom relacionamento com o terapeuta permite que o paciente identifique padrões de comportamento interpessoal e possa planejar estratégias para mudá-los, na medida do possível. Isto promove a melhora da autoestima e das habilidades adaptativas. Do mesmo modo, Oken (2008) afirma que a interação com o profissional de saúde pode proporcionar benefícios não específicos, tais como redução do estresse, diminuição da ansiedade ou melhora do humor. Isso pode impactar no desfecho de qualquer tratamento específico. São evidentes as influências das expectativas dos pacientes, as interações anteriores com o ambiente clínico, a comunicação verbal, o condicionamento ou a combinação desses fatores no resultado do desfecho, e esses efeitos, são mediados através de mudanças nos sistemas neocorticais e subcorticais.

Na pesquisa de Marques (2000), avaliaram-se os preditores do bem estar espiritual e, com isso, pode-se depreender quem são as pessoas que tem maior bem estar espiritual. São sujeitos que: avaliam ou percebem sua saúde de

forma positiva; têm uma religião; não sofreram evento estressante: o evento estressante pode apontar para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, fortes sentimentos de raiva de Deus, dúvida ou confusão no seu sistema de crenças e alterar o mundo religioso da pessoa; não apresentam problema crônico de saúde; trabalham; não estão em tratamento psicológico ou psiquiátrico, possivelmente porque não sentem necessidade de tratamento e nem indicação médica.

Baseada na visão da Física Quântica, com esses resultados, é possível interpretar que os Remédios Florais seriam um facilitador do contato com o eu quântico, e, com isso, seria possível melhorar a qualidade e o escore do bem estar espiritual pela transcendência do ego. Segundo Goswami (2003), a natureza humana seria constituída por um duplo eu que é formado pelo ego e pelo eu quântico. Esses "eus" estariam em ação simultânea todo o tempo, e a manifestação do eu quântico é percebida quando a pessoa se sente mais criativa, descontínua, sincrônica, holística, não-local, transpessoal, na lógica quântica. A manifestação do ego apresentaria as características de raciocínio contínuo, determinado, linear, local, pessoal e de lógica clássica.

Em relação aos efeitos dos florais, Gouveia (2005) afirma que matéria e energia são manifestações diferentes de uma única substância universal. Os seres humanos são constituídos por matéria condensada (corpo físico) e por matéria sutil (emoções, pensamentos, sentimentos, dentre outros). Os florais atuam no corpo sutil, e a medida que eles são realinhados, isso repercute em todo o sistema. As essências florais são fundamentalmente ferramentas para o autoconhecimento e para o autorealização de seu potencial, um facilitador para trazer material inconsciente para o consciente. A cura é vista como um processo de ampliação de consciência e de inclusão de novas crenças, podendo trazer mudanças e transformações individuais.

Dessa forma, os remédios florais se apresentam como uma ferramenta facilitadora para o contato com o eu quântico e transpessoal, eles permitem ainda, a ampliação da consciência e auxiliam no processo de individuação. A partir desta interpretação, pode-se entender que essa ferramenta permite o acesso e uma maior vivência do terceiro estágio da autoconsciência, que constitui o caminho do bem estar, visto que nesse estágio ocorre uma ampliação da consciência em virtude da ascensão de material inconsciente à consciência. É nessa etapa que é possível a

transformação individual, em outras palavras, o salto quântico da consciência individual.

De acordo com Cloninger (2006), que se baseou em extensos trabalhos de vários pesquisadores, o caminho do bem estar apresenta três principais estágios de autoconsciência. O primeiro estágio da autoconsciência é típico da maioria dos adultos durante a maior parte do tempo. A cognição do adulto normal envolve a capacidade de adiar a gratificação, a fim de alcançar objetivos pessoais, permanecendo egocêntrico e defensivo. Essa cognição está associada com a angústia frequente quando os apegos e desejos são frustrados. Nesse estágio, a pessoa pode funcionar bem em boas condições, mas frequentemente sofre problemas quando se encontra sob pressão. Normalmente, a maioria das pessoas pensa de forma defensiva, dessa maneira, frequentemente lutam para justificar porque é que estão certas. No entanto, nesta fase de autoconhecimento, uma pessoa é capaz de fazer a escolha de relaxar e eliminar as emoções negativas, estabelecendo assim o cenário para a aceitação da realidade e movimento para estágios mais elevados de compreensão coerente.

O segundo estágio da autoconsciência é típico de adultos quando eles operam como bons pais. Bons pais são aloctêntrico em perspectiva- isto quer dizer que eles são centrados no outro - e capazes de calma, considerando a perspectiva e necessidades de seus filhos, e de outras pessoas, de um modo equilibrado, que leva à satisfação e harmonia. Este estado é experimentado quando uma pessoa é capaz de observar seus próprios pensamentos inconscientes e considerar os processos de pensamento de outros de uma forma semelhante à observação de seus próprios pensamentos. Dessa forma, a segunda etapa é descrita como meta-cognitiva, consciência, atenção plena, ou mentalização. Nesta fase, uma pessoa é capaz de observar a si mesmo e aos outros para compreender, sem julgar ou culpar. No entanto, algumas pessoas conscientes desse estado, ainda experimentam as emoções que surgem a partir de uma perspectiva dualista, e assim lutam com esforço para disciplinar e controlar suas respostas emocionais. Tal esforço é cansativo e parcialmente bem sucedido. Diante disso, este estado é apenas moderadamente eficaz na melhoria do bem estar (CLONINGER, 2006).

O terceiro estágio da autoconsciência é chamado de contemplação, porque é a percepção direta da própria perspectiva inicial- ou seja, o panorama pré-verbal ou esquemas que dirigem a nossa atenção e fornecem a estrutura que

organiza as nossas expectativas, atitudes e interpretação dos acontecimentos. A percepção direta da visão pessoal permite a ampliação da consciência, acessando material inconsciente. O terceiro estágio da autoconsciência também pode ser descrito como alma, porque neste estado, a pessoa se torna consciente de profundos sentimentos pré-verbais que surgem espontaneamente a partir de uma perspectiva unificadora, como esperança, compaixão e reverência. Esse estado é muito mais poderoso na transformação da personalidade do que o estágio anterior. No entanto, a maioria das pessoas dificilmente atinge um estado estável contemplativo nas sociedades contemporâneas, que são repletas de mensagens materialistas e não espirituais. O movimento através desses estágios de desenvolvimento pode ser descritos e quantificados em termos de etapas do desenvolvimento do caráter ou do desenvolvimento psicossocial (CLONINGER, 2006).

Com a informação de que os Remédios Florais podem promover o autoconhecimento, e a partir deste, uma transformação individual, e, baseada na Teoria da Complexidade, essa transformação individual pode ser entendida como uma auto-organização individual, em virtude de que se entende a saúde humana como um sistema dinâmico complexo adaptativo (SDCA). Ao se perceber melhor, o indivíduo tem a possibilidade de fazer escolhas conscientes para transformar o modo como interage consigo próprio, com o outro e com o ambiente.

Para Anderson, Allred e Sloan (2003), a respeito da auto-organização, ela significa a habilidade de aprender com os próprios erros, é corrigir-se perante o ruído e a prolixidade da vida. Quanto mais organizado interiormente um sistema for, maiores a criatividade e a adaptação às dificuldades evolutivas. Um sistema com baixo nível organizacional vive em constante conflito de relações em que situações recorrentes se repetem de maneira compulsiva e involuntária. À medida que o próprio sistema toma consciência desses padrões de repetição, há uma reorganização cognitiva irreversível e cumulativa, uma mudança progressiva em toda sua estrutura interna. Para Capra (1997) os SDCA, por sua capacidade de auto-organização, geram laços de realimentação, as redes de comunicação podem adquirir a capacidade de regularem a si mesmas, e, ao se modificarem parâmetros de controle, a sua estrutura e padrões de relacionamentos também serão modificados.

O que torna difícil para a maioria das pessoas compreenderem o misticismo e a relação mística com o Divino e com o outro é que a visão de mundo atual ainda é dominada pela física newtoniana com sua compreensão mecânica, binária, independente e segregada da realidade. Em tal visão de mundo, as dimensões do corpo, mente, alma, espírito, e até mesmo social são distintos e separados. Qualquer tipo de união ocorre pela estreita proximidade, mas nunca pelo cruzamento de fronteiras, onde dois se tornam um (ROSADO, 2000).

Esta é a essência da espiritualidade em seus níveis mais profundos de compreensão, ela é mística, holística, sem limites, experiência íntima de unidade, integridade, união e comunhão com o Divino. No entanto, a unidade é tal que, a ação de um elemento influencia o comportamento de outro elemento. Este princípio está no coração do cristianismo, onde a ação redentora de Deus ressoa e gera resposta na humanidade e, ambas as religiões orientais e cristãs, têm ênfase na união mística com Deus e na sacralidade da vida (ROSADO, 2000).

Para Jung (2011b), a Espiritualidade está na relação transcendental da personalidade com a divindade e na mudança que daí resulta, ou seja, Espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento, amadurecimento, que este contato pode resultar para a personalidade. Corroborando essa informação, Giglio e Giglio (2004) afirmam que partindo da concepção junguiana de que o desenvolvimento espiritual é um aspecto do processo de transformação implicado na Individuação, e da importância da religiosidade no campo do desenvolvimento da personalidade, da saúde mental e mesmo da saúde em geral, considera-se o transcendente como a esfera que excede o lugar cotidiano da vida humana. O transcendente é o que tão bem Jung chama de *numinosus*, é a companhia misteriosa que tem instigado às reflexões humanas desde o advento da consciência e, mais do que isto, tem um poder inegável de mobilizar a esfera afetiva.

5.4 O TMC das Participantes do Tratamento Floral

Em relação aos resultados do tratamento com os Remédios Florais e seus efeitos sobre o TMC, em ambos os grupos, os resultados se mostraram sem diferença estatisticamente significativa. Porém, da primeira para a segunda avaliação

houve uma redução de 66,7% da presença de TMC nas participantes do Grupo de Intervenção e no Grupo Placebo a diminuição foi de 57,9%.

Alguns dos fatores que estão associados com o TMC são: sentir-se sem apoio emocional e estar com dificuldade de fazer amigos (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006), sentir-se sobrecarregado, apresentar renda inferior a um salário mínimo (LIMA et al., 2008) ou uma renda per capita baixa, sexo feminino e indivíduos de maior idade (WEICH; LEWIS, 1998).

Considerando-se o fato de sentir-se sobrecarregado e as flores de Bach mais escolhidas pelas participantes, verificou-se que um das principais essências foi o *Elm*, que é associado à sobrecarga de deveres e responsabilidades.

O estudo de Souza e Silva (1998) sugere que o fato de ser jovem constitui fator de risco para o TMC. A utilização de benzodiazepínicos mostra-se mais prevalente no sexo feminino e na presença de TMC (LIMA et al., 2008). O sexo feminino pode apresentar maior vulnerabilidade na ocorrência de TMC, por causa de diferenças nos aspectos biopsicossociais em relação aos homens, como alterações hormonais, variáveis sociais (gestação, jornada de trabalho, estado conjugal e número de filhos) (FLECK et al., 2002). Segundo Coelho et al. (2009) em estudos brasileiros de base populacional, a presença de doenças físicas especialmente as crônicas, esteve associada ao TMC.

Verificou-se no grupo de estudo que os principais medicamentos utilizados foram os anticoncepcionais e as drogas para tireóide, ambas envolvidas com alterações hormonais.

O TMC não configura categoria nosológica do CID-10, bem como do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. Contudo, esse transtorno constitui problema de saúde pública e apresenta impacto econômico relevante em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999).

Schmidt et al. em 2011, publicou na revista Lancet uma pesquisa que afirma que com mudanças no estilo de vida dos brasileiros, os transtornos psiquiátricos passaram a ocupar lugar de destaque entre os problemas de saúde pública do país. As doenças mentais são as responsáveis pela maior parte de anos de vida perdidos no país devido a doenças crônicas. A metodologia utilizada calcula tanto a mortalidade causada pelas doenças como a incapacidade provocada por elas para trabalhar e realizar tarefas do dia a dia. Segundo esse cálculo, problemas

psiquiátricos foram responsáveis por 19% dos anos perdidos. Entre eles, os maiores vilões foram depressão, psicoses e dependência de álcool (SCHMIDT, 2011).

É interessante observar que os dados parecem contraditórios, visto que várias pesquisas têm apresentado evidências a respeito da relação direta entre o bem estar espiritual e a saúde mental, portanto, esperava-se uma redução significativa do TMC no Grupo de Intervenção. Considerando-se que a espiritualidade apresenta relação com a consciência e que o floral amplia a consciência (verificou-se essa melhora na escala contínua), trazendo à tona questões que precisam ser trabalhadas, não raro isto gera um desconforto, visto que isso pode resultar na exaltação de algum sintoma previamente apresentado ou no aparecimento de novos sintomas (crise de cura). É possível que a crise de cura possa ter interferido nos resultados do TMC, em conjunto com o apoio emocional oferecido com o tratamento.

Em estudo transversal utilizando os mesmos instrumentos (SRQ-20 e EBE), Volcan et al. (2003) comentou que a subescala de bem estar existencial (BEE) da EBE avalia o propósito e a satisfação de vida, e é evidente que pessoas com transtornos de ansiedade e depressão apresentam alterações nesta área. Logo, os subfatores do SRQ-20 e da BEE são capazes de avaliar aspectos psicológicos semelhantes. Os achados de Volcan et al. (2003) sugerem que o bem estar espiritual se constitui num fator de proteção para o TMC. Embora não seja possível determinar com exatidão, os mecanismos de interação da espiritualidade na saúde, e especialmente na saúde mental, vários estudos sugerem que o exercício de atividades espirituais (a oração dentre outros rituais, por exemplo) pode influenciar, psicodinamicamente, através de emoções positivas (como a esperança, o perdão, a autoestima e o amor).

Os dados levantados por Marques (2000) dão suporte para afirmar que há uma relação positiva significativa entre saúde e bem estar espiritual. Os testes (Questionário de Saúde Geral e EBE) e todos seus fatores obtiveram correlações altamente significativas entre si, o que demonstra importantes associações entre os temas. Da mesma forma, é mostrada uma correlação negativa significativa entre o bem estar espiritual e a severidade do distúrbio mental. Isso indica que o elevado bem estar espiritual está associado à saúde mental, e inversamente associado ao adoecimento mental.

Outra relação existente entre o bem estar espiritual e o TMC é a avaliação subjetiva da saúde. Pode-se observar que as pessoas que apresentam uma avaliação subjetiva positiva em relação à sua saúde, costumam apresentar elevados escores de bem estar espiritual e uma menor probabilidade de apresentar o TMC.

Segundo Marques (2003), a avaliação subjetiva da própria saúde revelou associações significativas com a EBE e seus fatores. A tendência de que, quanto melhor a avaliação subjetiva da própria saúde, maior o bem estar espiritual, também apoia a ideia de uma correlação entre a saúde percebida e o bem estar espiritual. A saúde subjetiva foi a primeira (principal e de maior influência) variável preditora do bem estar espiritual.

Sob a ótica da Teoria da Complexidade e considerando a saúde como um SDCA, sabe-se que ela tende à auto-organização. Essa questão fortifica outra característica desses sistemas que é o efeito borboleta. A partir de uma intervenção externa positiva em uma dimensão da saúde, por exemplo, na dimensão espiritual, ocorrerá uma interferência positiva que repercutirá nas outras dimensões (emocional, mental, física, social) de modo a prevalecer a auto-organização, seja para a prevenção ou recuperação da saúde. Spagnuolo (2010) complementa ao afirmar que um SDCA simultaneamente se adapta ou responde à mudança e contribui para que esta ocorra, equivalendo à ideia de circularidade, de um *looping* autoprodutivo.

Com as evidências levantadas por pesquisadores, de que existe uma relação positiva e significativa entre o bem estar espiritual e a saúde mental, esperava-se uma alteração positiva também no presente estudo, no sentido de uma redução significativa da presença de indícios de TMC nas participantes do Grupo de Intervenção, porém isso não foi constatado estatisticamente.

5.5 Contribuições deste estudo

Diante dos resultados e da discussão exposta, uma das contribuições deste trabalho é a reflexão a respeito do método utilizado, visto que com o mesmo, a melhora não foi constatada na avaliação quantitativa. Essas reflexões seriam:

- Seis meses de tratamento é suficiente para avaliar a melhora do bem estar espiritual e do TMC em estudantes universitários?

- A forma de avaliação para a escolha das essências individuais (através das fotos das flores) seria a mais indicada?
- O sistema de Bach seria o sistema floral mais indicado para um tratamento relativamente curto (até seis meses)?

5.6 O Tratamento Floral

De acordo com El Dib e Atallah (2006), quando um tratamento é abordado e fala-se em evidências, refere-se à efetividade, eficiência, eficácia e segurança. A efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A eficiência diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. A eficácia refere-se a quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente.

Em relação à efetividade, uma dificuldade observada e encontrada durante este ensaio foi a posologia indicada para o tratamento, de quatro gotas quatro vezes ao dia. Muitas participantes comentaram sobre a dificuldade de lembrar a ingestão do remédio as quatro vezes ao dia.

Em relação à eficiência, é possível encontrar os remédios florais em farmácias de manipulação, sendo que não há a necessidade de uma prescrição para a compra desse produto. É possível ir à farmácia com os nomes da essência, e dependendo da farmácia, o remédio fica pronto em 15 minutos ou no dia seguinte. A respeito do preço, um frasco de floral de 50 ml com seis essências apresenta uma faixa de preço que varia entre R\$13,00 à R\$23,00 reais.

Em relação à eficácia, com esse ensaio foi observado os benefícios do tratamento floral sobre o aumento do escore do bem estar espiritual das participantes do Grupo de Intervenção apenas na avaliação intragrupo, de uma forma mais significativa e constante quando comparado ao Grupo Placebo.

Em relação à segurança, foram relatados por três participantes do Grupo de Intervenção (4,3%), efeitos adversos de dor de cabeça e enjoo, sendo que nenhum desses foi relatado como grave. Esse fato permite a realização de novos estudos para avaliação de outras indicações terapêuticas, visto que os efeitos adversos não superaram seus benefícios.

5.7 Florais: Essências mais Escolhidas

As participantes costumavam comentar que era difícil selecionar apenas três fotos bonitas pelo fato de que a maioria era bonita, comentavam também que era muito mais fácil selecionar as feias. É provável que esse seja o motivo pelas porcentagens das bonitas serem menores em relação às feias.

Na avaliação das essências mais escolhidas nos seis atendimentos, as mais presentes foram a *Mustard*, *Star of Bethlehem* e a *Aspen*. A essência *Mustard* (CHANCELLOR, 2005) é indicada para quando se sente tristeza sem causa conhecida e pode aparecer de modo tão repentino quanto desaparecer, e enquanto a tristeza se mantém, ela envolve a pessoa como uma nuvem negra que encobre todo o prazer e a alegria de viver. Ela estimula seu aspecto positivo no indivíduo, gerando equilíbrio emocional e serenidade, estimulando a capacidade da pessoa de neutralizar o efeito da tristeza e da depressão através da estabilidade, alegria e paz interiores.

A *Star of Bethlehem* é indicada para situações de angústia que são decorrentes de uma desventura como trauma ou choque emocional, que pode ocorrer, por exemplo, devido à uma notícia grave ou a morte de um ente querido. Esse choque pode ser recente ou muito antigo (MONARI, 2009). Essa essência pertence ao grupo do desespero porque foi cortado seu elo de harmonia por um acidente ou um ato inesperado, que provocou o afastamento entre seu corpo e sua Alma, deixando-o em um estado adormecido (BACH, 2006). Também é possível relacionar essa essência ao TMC, visto que no estudo de Facundes e Ludermir (2005) verificou-se que a prevalência do TMC era significativamente maior entre os que afirmaram a presença de situações especiais, durante a infância e adolescência.

A essência *Aspen* é indicada para os medos indefinidos ou desconhecidos, que não apresentam explicação ou razão de ser. A pessoa pode inclusive estar se sentindo aflita ou com medo diante do pressentimento de que algo ruim possa acontecer (BACH, 2006). Essa essência ajuda a enfrentar o novo, o desconhecido, estimulando a coragem para a aventura da Alma. O *Aspen* favorece o início do caminho espiritual, para enfrentar o medo do que pode ser encontrado (MONARI, 2009).

Com a explicação dos efeitos dessas essências, pode-se considerar que as participantes, de um modo geral, apresentavam as necessidades: da alegria

e do equilíbrio emocional, de neutralizar qualquer choque vivenciado e de coragem para encontrar o desconhecido em si mesmo, entrar em contato com aspectos antes negligenciados, favorecendo a sua reconexão consigo. É provável que esses aspectos tenham influenciado de forma marcante essa amostra, influenciando diretamente no bem estar espiritual das participantes.

Em relação às essências mais escolhidas pelas participantes dos Grupos, pode-se observar que no primeiro atendimento, foram escolhidas praticamente as mesmas essências (*Mustard; Cherry Plum; Star of Bethlehem; Aspen; Chestnut Bud; Rock Water*), sendo que no Grupo Placebo foram escolhidas duas essências a mais, a *Oak* e a *Elm*.

A essência *Cherry Plum* estimula o autocontrole e o controle das emoções, evitando que sejam tomadas atitudes impensadas que firam outras pessoas e a si mesmo; também é indicada para o controle da dor, em situações onde a pessoa sente dores violentas devido a alguma doença; controle de hábitos para auxiliar nos vícios como o de fumar ou comer descontroladamente; controle de manias como roer unhas, cacoetes; dentre outros. O *Cherry Plum* e *Star of Bethlehem* juntos são muito importantes para um efeito harmônico na limpeza de conflitos e traumas (MONARI, 2009).

O *Chestnut Bud* estimula a concentração, a aprendizagem e a memória e é indicado para os que não tiram todo o proveito da observação e da experiência, e que levam mais tempo que os outros para aprender as lições da vida cotidiana (BACH, 2006). Sobre a essência *Rock Water*, Chancellor (2005) comenta que ela é indicada para pessoas inflexíveis e imbuídas de opiniões muito arraigadas acerca de religião, política, dentre outras. Segundo Scheffer (1990) essa essência estimula a capacidade de flexibilidade e de abertura de mente, para que a pessoa seja capaz de abrir mão de teorias e princípios fixos nocivos ao entrar em contato com novas introspecções e com verdades mais profundas.

Em relação às essências escolhidas apenas pelo Grupo Placebo, a essência *Elm* é indicada para aqueles que se sentem sobrecarregados por deveres e responsabilidades, trabalha o cansaço e resgata o prazer nas atividades do dia a dia (MONARI, 2009; BENKO et al., 1999). A essência *Oak* relaciona-se com o potencial da alma ligado a força e a resistência. É indicada para pessoas que apesar do cansaço ou da exaustão persistem em suas diligências, não dando importância

ao impulso natural para descansar. Ela estimula a lidar com a força e a resistência com sensatez (SCHEFFER, 1990).

Diante dessas informações, pode-se interpretar que as necessidades apresentadas por essa amostra no primeiro atendimento, em ambos os grupos diante do sofrimento psíquico apresentado, era a do autocontrole das emoções, dos pensamentos e dos hábitos, ao mesmo tempo em que existia a necessidade de trabalhar situações ainda em aberto, relacionadas à traumas ou choques vivenciados. Havia a necessidade de concentração no momento presente para que os mesmos erros não voltassem a se repetir (vícios de comportamento, por exemplo); necessidade de flexibilidade e adaptabilidade às situações da vida e necessidade de abertura de mente para o questionamento sincero sobre suas crenças individuais e sobre quais ainda se mostravam válidas para o momento de vida vivenciado por elas. No Grupo Placebo, as escolhas das essências extras indica que essas pessoas, se sentiam sobrecarregadas de responsabilidades e apresentavam a necessidade de força e resistência para lidar com as exigências de sua rotina.

Em relação às essências mais escolhidas no segundo atendimento pelos Grupos, pode-se observar que as essências em comum foram: *Mustard*, *Beech*, *Cherry Plum*, *Aspen*, *Chestnut Bud* e *Elm*. Além dessas, o Grupo de Intervenção selecionou as essências: *Star of Bethlehem*, *Mimulus*, *Wild Rose* e *Rock Water*.

Sobre a essência *Beech*, ela relaciona-se com as qualidades de alma ligadas à simpatia e à tolerância. Ela normalmente é indicada para as pessoas que estão ou são muito críticas e intolerantes e que, em seus julgamentos, não estão considerando o fato das pessoas apresentarem diferentes qualidades e potenciais (SCHEFFER, 1990).

Sobre as essências escolhidas apenas pelo Grupo de Intervenção, a *Mimulus* relaciona-se com as qualidades de alma ligadas à coragem e à confiança. Ela é indicada para os casos em que há insegurança, timidez e medos específicos que podem ser nomeados (SCHEFFER, 1990). Em relação à *Wild Rose*, ela é indicada para os que se resignaram, por exemplo, a um trabalho frustrante ou à monotonia da vida. Para a falta da alegria e do prazer na vida diária. Essas pessoas costumam se sentir cansadas e sem vitalidade (CHANCELLOR, 2005).

No segundo atendimento, as participantes dos grupos apresentavam a necessidade da tolerância para lidar com as pessoas e com as situações vivenciadas, além das necessidades já descritas anteriormente com as essências que se repetiram. O Grupo de Intervenção, nesse atendimento, mostrou-se mais deficiente de coragem para enfrentar os desafios diários e mais apático, necessitando resgatar o interesse e o prazer em viver.

Em relação às essências mais escolhidas no terceiro atendimento pelos Grupos, as essências em comum foram: *Star of Bethlehem*, *Mustard*, *Aspen* e *Rock Water*. Nesse encontro, os dois grupos divergiram na escolha de algumas essências. No Grupo Placebo, as extras foram: *Cerato*, *Crab Apple*, *Red Chestnut*, *Chestnut Bud*. No Grupo de Intervenção, as extras foram: *Gorse*, *Wild Rose*, *Chicory* e *Elm*.

Em relação ao Grupo Placebo, a *Cerato* é indicada para os que não têm muita confiança em si mesmo para tomar decisões, estão constantemente pedindo conselhos aos outros (BACH, 2006). Ela relaciona-se ao princípio da certeza íntima e da voz interior, sendo indicada para os casos em que surgem problemas na aceitação dos juízos interiores, da intuição (SCHEFFER, 1990). A *Crab Apple*, segundo Chancellor (2005), é a essência que limpa a mente ou o corpo daquilo que desagrada e que impregna o indivíduo de desgosto ou desespero. Algumas vezes, determinada qualidade negativa da personalidade pode transmitir uma sensação de aversão ou impureza sobre si, ou algum hábito que se tenha dificuldade em romper pode levar o indivíduo a se sentir mentalmente impuro. Essa essência ajuda a perceber que quando se reconhece determinada dificuldade, já se está a caminho de afastá-la por completo. E, por último, a essência *Red Chestnut* é indicada para as pessoas as quais é difícil não ficarem aflitas pelos demais. Com frequência, não se preocupam consigo, mas chegam a sofrer pelas pessoas que ama, antecipando desgraças que possam acontecer (BACH, 2006).

Em relação ao Grupo de Intervenção, a essência *Gorse* é indicada para as pessoas que perderam o ânimo e a esperança de que algo possa ser feito por elas. Ela resgata a fé e a certeza de que é possível vencer todas as dificuldades do momento, inclusive as relacionadas à saúde (CHANCELLOR, 2005). A *Chicory* relaciona-se ao princípio do amor desinteressado, sendo indicada para as situações onde há uma concentração egoística no eu. O Dr. Bach comparava o estado positivo dessa essência ao arquétipo da mãe universal. Ela estimula a grande energia

maternal positiva (em homens e mulheres, pois ambos têm um lado feminino), o dar desinteressado, sem esperar algo em troca, o dedicar-se verdadeiramente aos interesses alheios (SCHEFFER, 1990), além de dar satisfação às carências afetivas (MONARI, 2009).

É interessante observar que o terceiro atendimento parece se apresentar como o ponto de mutação do tratamento, visto que esse é o primeiro momento em que ambos os grupos escolhem essências distintas entre si. Além disso, nesse atendimento, as participantes do Grupo de Intervenção apresentavam a necessidade de fortificar a esperança e o ânimo de que algo poderia ser feito por elas, confiança de que as coisas dariam certo, inclusive com o tratamento. Fazendo uma correlação com o arquétipo da mãe universal, foi comentado anteriormente que o bem estar envolve três estágios de autoconsciência, e que o segundo estágio envolve a postura alocêntrica, normalmente praticada pelos pais. Com isso, é possível sugerir que nesse momento do tratamento, pode ter ocorrido uma facilitação ou fortificação da vivência desse estágio pelas participantes, estimulada pela essência *Chicory*.

Em relação às essências mais escolhidas no quarto atendimento pelos Grupos, as essências em comum foram: *Mustard*, *Crab Apple*, *Water Violet*, *Wild Rose*, *Aspen*, *Elm* e *Chestnut Bud*. No Grupo Placebo, as extras foram: *Star of Bethlehem* e *White Chestnut*. No Grupo de Intervenção, as extras foram: *Cerato* e *Oak*.

Sobre a essência escolhida pelos dois grupos, tem-se *Water Violet*. Em relação à *Water Violet*, ela é indicada para pessoas que carregam suas penas e sofrimentos em silêncio, sem os impor aos outros. Tendem a sofrer de problemas físicos decorrentes do orgulho e da rigidez mental, que podem se manifestar como enrijecimento e tensão física (CHANCELLOR, 2005).

Em relação ao Grupo Placebo, a *White Chestnut* é indicada para as situações em que determinada preocupação ou pensamento que provocam aflição e angústia se mostram recorrentes na mente, resultando em fadiga. Estimula a calma e a tranquilidade (CHANCELLOR, 2005).

Na leitura desse atendimento, além dos grupos apresentarem as necessidades do resgate da alegria e do prazer na vida cotidiana, da limpeza das emoções negativas, da coragem de enfrentar o desconhecido e a si mesmo, de ter consciência dos comportamentos condicionados e de se sentir vitalizados, surgiu a

necessidade da humildade e de compartilhar a vida e seus problemas com as pessoas, segundo Chancellor (2005), de estabelecer um autêntico contato pessoal. Além disso, o Grupo Placebo se apresentou muito preocupado e com hiperatividade mental, necessitando de clareza mental e tranquilidade para lidar com os problemas.

Em relação às essências mais escolhidas no quinto atendimento pelos Grupos, as essências em comum foram: *Crab Apple, Oak, Aspen* e *Elm*. No Grupo Placebo, as extras foram: *Mustard, Chicory, Red Chestnut, Rock Water, Wild Oat* e *Cherry Plum*. No Grupo de Intervenção, as extras foram: *Cerato, Holly, Star of Bethlehem, Wild Rose* e *Chestnut Bud*.

Em relação à essência *Wild Oat*, do Grupo Placebo, ela relaciona-se com as qualidades da alma ligadas à vocação e ao propósito. Existe a necessidade dessa essência nos casos em que a pessoa não conhece sua verdadeira vocação e, conseqüentemente, não se sente realizada e satisfeita em seu íntimo (SCHEFFER, 1990). No Grupo de Intervenção, a escolha da *Holly* pode indicar a necessidade da transformação, visto que esta é a flor do amor. O amor tem o poder de transformar tudo o que não se gosta ou não se aceita em si mesmo. Essa é a essência de aceitação da vida e de todos os processos pelos quais se está passando (MONARI, 2009).

No quinto atendimento ocorreram as últimas avaliações das participantes com os instrumentos EBE e SRQ-20, e nesse momento, o Grupo de Intervenção mostrou a necessidade de transformação e de aceitação de si mesmo, como se estivesse entrando em uma nova etapa do processo de individuação, um novo salto quântico, rumo ao reencontro consigo e com Deus que habita em si.

Em relação às essências mais escolhidas no sexto e último atendimento pelos Grupos, as essências em comum foram: *Mustard, Star of Bethlehem, Walnut, Rock Water, Aspen*. No Grupo Placebo, as extras foram: *Cherry Plum, Rock Rose* e *Willow*. No Grupo de Intervenção, as extras foram: *Gorse, Mimulus, Red Chestnut, Cerato, Holly, Oak, Wild Rose* e *Chestnut Bud*.

Sobre a *Walnut*, ela se relaciona com as qualidades da alma ligadas a um novo começo. Ela é indicada à pessoa que está passando por momentos de mudanças importantes, como por exemplo, gravidez, emigração, mudança para uma ocupação diferente ou conversão a uma nova fé. Todas as situações que envolvem uma mudança maior são fases de maior estresse e de maior instabilidade interior (SCHEFFER, 1990). Uma possível interpretação diante do exposto é que ao término

do tratamento, após seis meses, ambos os grupos pareciam dispostos a um novo começo, provavelmente mais abertos às mudanças pessoais.

Nesse último atendimento, o Grupo Placebo apresentou duas novas necessidades. A essência *Rock Rose* é indicada para situações de pavor, pânico ou medo extremo, visto que a função dela é estimular a coragem heroica (CHANCELLOR, 2005). A essência *Willow* relaciona-se com a qualidade de alma ligada à responsabilidade pessoal e ao pensamento construtivo. É indicada para as pessoas que estão se sentindo ressentidas, magoadas, que tendem a censurar tudo e todos e que se sentem vítimas indefesas de um destino cruel (SCHEFFER, 1990). Com essa descrição, é possível interpretar que as participantes desse grupo se apresentavam ainda bastante fragilizadas emocionalmente, devido ao medo extremo ou pavor sentido e aos pensamentos negativos e ressentimentos vivenciados.

Com as características abordadas nesse subtítulo, é possível considerar a hipótese de que o Grupo de Intervenção passou por dois momentos marcantes durante o tratamento, no terceiro e no quinto atendimento. Esses momentos poderiam representar o ponto de mutação ou o salto quântico no processo de individuação baseado na interpretação das essências mais escolhidas. Além disso, a essência *Holly*, foi escolhida apenas no Grupo de Intervenção e se apresentou no quinto e sexto atendimentos, mostrando a receptividade das participantes à transformação pessoal e à aceitação de si. Estes dados corroboram os resultados analisados estatisticamente, onde, na comparação intragrupo, o bem estar espiritual se mostrou significativo, constante e crescente para este grupo.

5.8 Limitações da Pesquisa

Algumas das limitações observadas na presente pesquisa foram:

- ✓ Alto risco de viés devido à grande perda de seguimento, supervalorizando ou subvalorizando os resultados;
- ✓ O Grupo de Intervenção apresentou maior proporção de participantes que apresentou um problema de saúde nos últimos 30 dias, bem como a utilização de medicamentos nesse período, o que pode ter interferido nos resultados do estudo;

- ✓ A perda de seguimento foi elevada em ambos os grupos, porém poucos foram aqueles que mencionaram a desistência por supostos efeitos colaterais;
- ✓ São escassos os artigos publicados envolvendo ensaio clínico com os florais de Bach ou para a avaliação do bem estar espiritual, limitando possíveis comparações de resultados;
- ✓ O tempo de acompanhamento (seis meses) pode ter contribuído para a perda de seguimento e ao mesmo tempo, não se mostrou sensível para verificar efeitos positivos dos remédios florais no TMC ou no bem estar espiritual.

Considerações Finais

"...magnetizamos para nossas vidas tudo o que encerramos em nosso pensamento, por exemplo, se isso é verdade então, de algum modo, consegui chegar a este momento por algum motivo, e você também".

(Richard Bach, p.6, Ilusões)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos efeitos dos remédios florais sobre o bem estar espiritual, eles não se mostraram melhores do que o tratamento com placebo. Os resultados do tratamento floral sobre o bem estar espiritual foram significantes estatisticamente apenas na avaliação intragrupo, onde os resultados do Grupo de Intervenção se mostraram crescentes e consistentes quando comparados ao Grupo Placebo.

Os transtornos psiquiátricos são considerados atualmente um problema de saúde pública e a OMS estimula a identificação precoce do TMC para que possam ser desencadeadas intervenções, devido ao seu impacto social e econômico na população. Em relação aos resultados do tratamento sobre o TMC, eles não se apresentaram significativos em ambos os grupos, ainda assim, o Grupo de Intervenção apresentou uma taxa de diminuição do TMC mais elevada que o Grupo Placebo, 66,7% e 57,9%, respectivamente.

Pode-se observar que poucos alunos da universidade da área da saúde utilizam a PIC como tratamento à sua saúde, porém quando essa se torna acessível, sua aceitação é muito elevada, chegando a quase 80%. Sabe-se que a oferta das PIC e dos Remédios Florais pelo SUS ainda é escassa, apesar de já existir demanda para as mesmas, tanto no meio universitário bem como na comunidade em geral. Já existem iniciativas pontuais para promoção das PIC, como por exemplo, da prefeitura de São Paulo e do estado do Rio de Janeiro, porém, ainda persiste a necessidade de ampliação dessas ofertas.

Na avaliação das essências mais escolhidas nos atendimentos, pelos grupos de estudo, apenas três se mantiveram presentes na maioria dos atendimentos, *Star of Bethlehem*, *Mustard* e a *Aspen*. A partir disso, pode-se considerar que as participantes desse ensaio apresentavam a necessidade da limpeza de emoções negativas relacionadas a choques e traumas vivenciados, alegria e equilíbrio emocional, e de coragem para encontrar o desconhecido em si mesmo, entrar em contato com aspectos antes negligenciados, para que fosse favorecida a reconexão consigo.

Na teoria do Dr. Bach é possível observar que os efeitos das essências, cada uma com sua especificidade, é o de recuperar a conexão consigo mesmo facilitando também a comunicação com o divino que habita em cada um,

harmonizando e desenvolvendo o equilíbrio interior. Na presente pesquisa pode-se constatar o benefício do tratamento floral sobre o bem estar espiritual (apenas na avaliação intragrupo) das participantes dessa amostra, porém, é fato que o número de participantes que concluíram o tratamento foi muito reduzido. Portanto, sugerem-se estudos com um número maior de participantes bem como de enfoque qualitativo, e também estudos que avaliem a efetividade de outras PIC sobre o bem estar espiritual, visto que essa é uma importante dimensão da saúde, porém ainda negligenciada.

7. REFERÊNCIAS

- ADEWUIA, A.O. et al. Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.41, n.8, p.674-78, 2006.
- AGOSTINHO, M.C.E. Administração Complexa: Revendo as bases científicas da administração. **RAE-eletrônica**, v.2, n.1, p.1-18, 2003.
- ANDERSON, R.A.; MCDANIEL, R. Participation in organizational decision making and improvements in resident outcomes. **Health Care Manage Rev.**, v.24, n.1, p.7-16, 1999.
- ANDERSON, R.A.; ALLRED, C.A. SLOAN, F.A. Effects of hospital conversion on organization decision making and service coordination. **Health Care Manage Rev**, v.28, n.2 , p.141-54, 2003.
- ANDRADE, L.H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE.**, v.7, n.2, p.1-11, 2012.
- ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clín.**, v.33, n.2, p.43-54, 2006.
- AQUINO, D.S. et al. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2533-38, 2010.
- BACH, E. **Os Remédios Florais do Dr. Bach**. 19 ed. São Paulo: Pensamento, 2006. 96p.
- BARABASI, A.L. **Linked: How everything is connected to everything**. New York: Plume, 2003. 294p.
- BARABASI, A.L. Network Medicine — From Obesity to the “Diseasome”. **N. Engl. J. Med.**, v.357, n.4, p.404-07, 2007.
- BARBIER, R. **A Pesquisa-Ação**. Brasília: Liber, 2007. 160p.
- BARNAO, V.; BARNAO, K. **Essências florais Australianas para o século XXI: living essences**. São Paulo: Triom, 2000. 261p.
- BARRAT, A. et al. The architecture of complex weighted networks. **Proc. Natl. Acad. Sci.**, v.16, n.101, p.3747-52, 2004.
- BARROSO, W. Há certeza na incerteza? **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.262-64. Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702011000100-018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2011.

BEBBINGTON, P. et al. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. **Psychological Medicine**, v.11, n.3, p.561-579, 1981.

BENKO, M.A. et al. Padrões vibracionais em uma fase de transição: estudo com graduandos de Enfermagem. In: SILVA, M.J.P.; GIMENES, O.M.P.V. **Florais uma alternativa saudável**: pesquisas revelam tratamentos e resultados dessa terapia. São Paulo: Gente, 1999. p. 19 – 48.

BHAGWATI, S.N. Ethics, morality and practice of medicine in ancient India. **Childs Nerv.Syst.**, v.13, n.8-9, p.428-34, 1997.

BHUGRA, D. Unemployment, poverty and homelessness. In: MORGAN, C.; BHUGRA, D. (eds.). Principles of Social Psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1993. p. 355-382.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2. ed. Brasília, 1994. 39p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/superficie.pdf>. Acesso em: 13 fev 2011.

BUCHANAN, M. Bringing clarity to complexity. **Nature**, v.458, n.411, 2009.

CALDARELLI, G.; GARLASCELLI, D. Self-Organization and Complex System. In: ABARBANEL et al. (eds.). **Understanding Complex Systems**. New York: Springer, 2009. p. 107-135.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 256p.

CAPRA, F. **O Tao da Física**: Um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental. 20 ed. São Paulo: Cultrix, 2000. 274p.

CAPRA, F. **The hidden connections**. New York: Anchor, 2002. 220p.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente. 25 ed. São Paulo: Cultrix, 2004. 447p.

CARLOTTO, M.; GONÇALVES, S. Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários. **Pensamiento Psicológico**. v.4, n.10, p.101-09, sep. 2010. Disponível em: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamiento-psicologico/article/view/294/369>. Acesso em: 20 mar 2012.

CAVALCANTI, R. **O retorno do sagrado**. São Paulo: Cultrix, 2000. 215p.

CELANO, S.; GUERRINI, I.A. **Mãos que Tocam a Alma**. Sugestões para uma Educação Transdisciplinar. São Paulo: Triom, 2008. 251p.

CHANCELLOR, P.M. **Manual ilustrado dos Remédios Florais do Dr. Bach**. 10 ed. São Paulo: Pensamento, 2005. 193p.

CHEHUEN NETO, J.A. et al. Uso e compreensão da medicina alternativa e complementar pela população de Juiz de Fora. **HU Revista**, v.36, n.4, p.266-76, out./dez 2010.

CHRISTENSEN, M.C.; BARROS, N.F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.34, n.1, p.97-105, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022010000100012&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 21 mar 2012.

CILLIERS, P. **Complexity and Postmodernism**. London: Routledge, 1998. 156p.

CLONINGER, C.R. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. **World Psychiatry**, v.5, n.2, p.71-76, 2006.

COELHO, F.M.C. et al. Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.25, p.59-67, 2009.

COLARES, V. et al. Conduas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.3, p.521-528, 2009.

CONCLA. **Comissão Nacional de Classificação homepage**. Mai 2012. Disponível em: <http://www.cnae.ibge.gov.br/>. Acesso em: 7 jul. 2012.

CONSORT. **Welcome to the CONSORT statement website**. Atualizada em 2010. Disponível em: <http://www.consort-statement.org/>. Acesso em: 26 mar. 2012.

CORRÊA, A.A.M. et al. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.33, n.2, p.157-164, Jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164462011000200011&lng=en. Acesso em: 23 Mar. 2012.

COUTINHO, E.S.F. **Fatores Sociodemográficos e Morbidade Psiquiátrica Menor: Homogeneidade e Heterogeneidade de Efeitos**. 1995. Doutorado (Tese). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev. Psiq. Clín.**, v.26, n.5, p.246-56, 1999.

COZIN, S. **Idosos e Forais de Bach: em busca do restabelecimento da auto-estima**. 2009. 108f. Mestrado (Dissertação) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-11012010-120308/>>. Acesso em: 3 mar 2010.

CZERESNIA, D. Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais e a integração das ciências. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1112-7, 2008.

DAALEMAN, T.P.; FREY, B.B. The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality-of-life research. **Ann. Fam. Med.**, v.5, n.2, p.499-503, 2004.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 440p.

DE-SOUZA, M.M. et al. Avaliação dos efeitos centrais dos florais de Bach em camundongos através de modelos farmacológicos específicos. **Rev. Bras. Farmacogn.**, v.16, n.3, p.365-371, Jul./Set 2006.

EL DIB, R.P.; ATALLAH, A.N. Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library's systematic reviews. **São Paulo Med. J.**, v.124, n.2, p.51-4, 2006.

FACUNDES, V.L.D.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns em estudantes da área da saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.3, p.194-200, 2005.

FILHO, N.A. O paradigma da complexidade como marco transformador da ciência contemporânea. In: GUERRINI, I.A. (org.). **Ensaio sobre Caos e Complexidade: Aplicações Transdisciplinares em Saúde e Educação**. Botucatu: FEPAF, 2009. p.17-53.

FLECK, M.P. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública.**, v.36, n.4, p.431-8, 2002.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.30, n.1, p.32-37, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516444-62008000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 mar 2012.

GABE, J.; WILLIAMS, P. Women, housing, and mental health. **Int. J. Health Serv.**, v.17, n.4, p.667-79, 1987.

GELL-MANN, M. Complex adaptative systems. In: COWAM, G.A.; PINES, D.; MELTZER, D. (eds.). **Complexity: Metaphors, Models, and Reality**. Reading: Addison-Wesley, 1994, p. 17-45.

GERBER, R. **Medicina vibracional: uma medicina para o futuro**. 9 ed. São Paulo: Cultrix, 2007. 464p.

GIGLIO, J. S.; GIGLIO, Z. G. Religiosidade na prática psicoterapêutica – uma leitura contemporânea. In: **Desafios da Prática: o paciente e o continente**. Anais do III Congresso Latino Americano de Psicologia Junguiana. Salvador - Brasil, 2003. VALLADA & KAUSMAN - Editores. São Paulo, Lector, 2004. p. 445-453.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: A bio-social model**. London: Tavistock/Routledge, 1992. 194p.

GOUVEIA, M.C. Terapia Floral. In: RIBEIRO, A.R.; MAGALHÃES, R.; SOUZA, F.A. (eds). **Catálogo de abordagens terapêuticas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005. p.251-254.

GOSWAMI, A. **A Janela Visionária**. São Paulo: Cultrix, 2003. 283p.

GOSWAMI, A. **O médico Quântico**: Orientações de um Físico para a Saúde e a Cura. São Paulo: Cultrix, 2006. 288p.

GOSWAMI, A. **Deus não está morto**: Evidências científicas da existência divina. São Paulo: Aleph; 2008. 299p.

GUERRINI, I.A.; SPAGNUOLO, R.S. Metáforas da nova Ciência para educar em tempos de pós-humanidade. **R. Inter. Interdisc.**, v.5, n.2, p.73-92, 2008.

GUERRINI, I. A. O projeto "Luz no campus – Filosofia ao entardecer". In: GUERRINI, I.A. (org.). **Ensaio sobre Caos e Complexidade**: Aplicações Transdisciplinares em Saúde e Educação. Botucatu: FEPAF, 2009. p.199-214.

GUERRINI, I.A.; SPAGNUOLO, R.S. Perspectivas históricas para aplicações de Caos, Complexidade e Transdisciplinaridade no Século XXI. In: GUERRINI, I.A. (org.). **Ensaio sobre Caos e Complexidade**: Aplicações Transdisciplinares em Saúde e Educação. Botucatu: FEPAF, 2009. p.75-91.

GUIMARÃES, C.A.F. **Carl Gustav Jung** - e os fenômenos psíquicos. São Paulo: Madras, 2004. 184p.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, v.10, n.2, p.231-41, 1980.

HOFMANN, J. et al. Heralded Entanglement Between Widely Separated Atoms. **Science**, v.337, n. 6090, p.72-75, 2012.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**: Uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384p.

HUPPERT, F.A.; WHITTINGTON, J.E. Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. **Br. J. Health Psychol.**, v.8, n.1, p.107-22, 2003.

ISCHKANIAN, P.C. **Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde**. 2011. 126f. Mestrado (Dissertação) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-13092011-095744/>. Acesso em: 21 mar. 2012.

JACOEL, M. Constelações familiares e as ordens do amor – novos paradigmas. In: GUERRINI, I.A. (org.). **Nas asas do efeito borboleta**: o despertar do novo espírito científico. Botucatu: FEPAF, 2006. p. 49-57.

JUNG, C.G. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 447p.

- JUNG, C.G. **Psicologia do inconsciente**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 141p.
- JUNG, C.G. **O eu e o inconsciente**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 196p.
- JUNG, C.G. **Psicologia e religião**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2011b. 154p.
- KAUFFMAN, S. **At home in the universe: The search for laws of self-organization and complexity**. New York: Oxford University Press, 1995. 336p.
- KERNICK, D. **Complexity and Healthcare Organization**. Abington: Radcliffe Medical Press, 2004. 370p.
- KESSLER, R.C. et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.51, n.1, p.8-19, 1994.
- KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. **JAMA**., v.284, n.13, p.1704 - 09, 2000.
- KOENIG, H.G.;LARSON, D.B.;LARSON, S.S. Religion and coping with serious medical illness. **Ann. Pharmacother.**, v.35, n.3, p.352-9, 2001.
- KOENIG, H.G. Religion and depression in older medical inpatients. **Am. J. Geriatr. Psychiatr.**, v.15, n.4, p.282-91, 2007.
- KOENIG, H.G. **Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet**. West Conshohocken: Templeton Press, 2008. 240p.
- KOENIG, H.G.;KING,D.E.;CARSON,V.B. 2 ed. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2012. 1169p.
- LIMA, M.C.P. **Transtornos Mentais Comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP: um estudo de comorbidade e utilização de serviços**. 2004. 221f. Doutorado (Tese) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LIMA, M.C.P.; DOMINGUES, M.S.; CERQUEIRA, A.T.A.R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Rev. Saúde Pública**., v.40, n.6, p.1035-41, 2006.
- LIMA, M.C.P.et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.717-23, 2008.
- LIMA, M.S. et al. Saúde e doença mental em Pelotas,RS: dados de um estudo populacional. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.26, p.225-235,1999.
- LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autoperenchido: Estudo Pró-Saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, n.3, p.126-33, 2001.

LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat. Med.**, v.4, n.11, p.1241-3, 1998.

LÓPEZ-MUÑOZ, F. et al. La glándula pineal como instrumento físico de las facultades del alma: una conexión histórica persistente. **Neurología (Barc.,Spain)**, v.27, n.3, p.161-8, 2012.

LUZ, M.T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, v.7, p.109-128, dez. 1995.

LUZ, M.T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M. (org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/FAPESP; 2000. p.181-200.

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

MAINZER, K. **Thinking in complexity: The complex dynamics of matter, mind, and mankind**. 4 ed. New York: Springer, 2004. 456p.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública.**, v.22, n.8, p.1639-48, 2006.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T.H.M.; SCHMITZ, B.A.S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Rev. Nutr.**, v.21, n.1, p.39-47, jan./fev 2008.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P.A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry.**, v.148, p.23-6, 1996.

MARQUES, L.F. **A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrense**. 2000. 194f. Doutorado (Tese). Faculdade de Psicologia de Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARQUES, L.F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicol. cienc. prof.**, v.23, n.2, pp. 56-65, 2003.

MARQUES, L.F.; SARRIERA, J.C.; DELL'AGLIO, D.D. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). **Aval. psicol.**, v.8, n.2, p.179-86, 2009.

MCDANIEL, R.R.; DRIEBE, D.J. Complexity science and health care management. In: BLAIR, J.D.; FOTTLER, M.D.; SAVAGE, G.T. (eds.). **Advances in health care management**. Stanford: JAI, 2001. p. 11-36.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes Sociais, Complexidade, Vida e Saúde. **Cienc. cuid. Saúde**, v.5, n.1, p.67-74, 2006.

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. 92p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MONARI, C. **Participando da vida com os Florais de Bach: uma visão mitológica e prática**. 5 ed. São Paulo: Roca, 2009. 641p.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev. Psiq. Clín.**, v.37, n.1, p.12-5, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011. 120p.

MYERS, D.G. The funds, friends, and faith of happy people. **Am. Psychol.**, v.55, n.1, p.56-67, 2000.

OKEN, B.S. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. **Brain**, v.131, n.11, p.2812-2823, 2008.

ORTIZ, C.I.R.; BALLADARES, C.V.O. **Eficacia de terapia floral em pacientes que sufrenestrés em la clinica club de alergicos y asmáticos Dr. WilseVarona, durante el período comprendido entre mayo – octubre, 2004**. 2004. 91 f. Mestrado (Dissertação) – Facultad de ciência y tecnologia em Farmacia, Universidad Centro americana de Ciencias empresariais, Nicarágua.

PALLA, G.; BARABASI, A.L.; VICSEC, T. Quantifying social group evolution. **Nature**, v.446, n.7136, p.664-67, 2007.

PALOUTZIAN, R.; ELLISON, C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: PEPLAU, L.; PERLMAN, D. (eds). **Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy**. NY: John Wiley and Sons, 1982. p.224-237

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gaps in health in the least protected populations**. Annual Report of the Director 2006. Disponível em: http://www.paho.org/Director/AR_2006/english/downloads/AnnualReport06.pdf. Acesso em: 25 jun 2012.

PENROSE, R. **O grande, o pequeno e a mente humana**. São Paulo: Unesp, 1998. 196p.

PINSKER, H. et al. Dynamic supportive psychotherapy. In: CRITS, C.; BARBER, J.P. (eds). **Handbook of short-term dynamic psychotherapy**. New York: Basic Books, 1991. p. 220-247

PORTO, M.E.G. **Alterações de propriedades biológicas e físico-químicas da água induzidas por campos magnéticos**. 1998. 112f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Química, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível

em: <http://biq.iqm.unicamp.br/arquivos/teses/vtls000186799.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2012.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: Unesp, 1996. 199p.

RESNICOW, K.; PAGE, S.E. Embracing Chaos and Complexity: A Quantum Change for Public Health. Am. **J. Public Health**, v.98, n.8, p.1382-89, aug. 2008.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei n. 5471**, de 10 de junho de 2009. Estabelece no âmbito do Estado do Rio de Janeiro a criação do Programa de Terapia Natural. Rio de Janeiro, RJ, 31 jun. 2009. Disponível em: <http://www.craerj.org.br/PDF-/Legislacao/LeiEstadual5471de2009.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

RODRIGUES, D.M.O.; HELLMANN, F.; SANCHES, N.M.P. A Naturologia e a interface com as racionalidades médicas. **Cad. acad.**, v.3, n.1, p.24-36, 2011. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Cadernos_Academicos/article/view/668/619. Acesso em: 7 fev. 2012.

RODRIGUES-NETO, J.F. et al. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.57, n.4, p.233-239, 2008.

RODRIGUES-NETO, J.F.; FARIA, A.A.; FIGUEIREDO, M.F. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **R. Assoc. Med. Bras.**, v.55, n.3, p.296-301, 2009.

ROSADO, C. **What is spirituality?** Memetics, Quantum Mechanics and the spiral of spirituality. Trabalho apresentado no Simpósio internacional de fé e aprendizado em Ciência e Religião, GeoscienceResearchInstitute, Loma Linda, California, 2000. Disponível em: http://beepdf.com/doc/155801/what_is_spirituality?_memetics_-_quantum_mechanics_and_the_spiral_of_.html. Acesso em: 7 jun. 2012

SALOME, G.M.; MARTINS, M.F.M.S.; ESPÓSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.6, p.856-862, dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672009000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600009>. Acesso em: 2 fev 2012.

SANTOS, M.E.S.B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. 2002. Mestrado (Dissertação) - Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei n. 13.717**, de 8 de Janeiro de 2004. Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, SP, 10 ago. 2004. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesqnumero.asp?t=L&n=13717&a=&s=&var=0. Acesso em: 11 jun. 2012.

SCHEFFER, M. **Terapia floral do Dr. Bach: Teoria e prática.** São Paulo: Pensamento, 1990. 227p.

SCHEFFER, M. **A Terapia original com as essências florais de Bach: um guia para médicos e terapeutas, dentro dos conceitos originais do Dr. Bach.** São Paulo: Pensamento, 1997. 268p.

SCHEFFER, M. **Terapia floral original do Dr. Bach para autoajuda: o livro básico compacto.** São Paulo: Pensamento, 2005. 198p.

SCHELZ, K.F. et al. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ**, v.340, p.1432, 2010.

SCHMIDT, M.I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v.4, n.377(9781), p.1949-61, jun. 2011.

SCHNEIDER, V.; BAUER, J.M. Governance: Prospects of Complexity Theory in Revisiting System Theory. In: Annual meeting of the Midwest Political Science Association. 2007, Chicago. Chicago: Illinois, 2007. **Proceedings of Political Theory and Theories of Political Science.** Disponível em: http://www.unikonstanz.de/FuF/Verwiss/Schneider/ePapers/MPSA2007Paper_vs_jmb.pdf. Acesso em: 15 fev. 2012.

SCHRODINGER, E. **O que é vida?** Aspecto físico da célula viva. São Paulo: Unesp, 1997. 196p.

SESSANNA, L.; FINNELL, D.; JEZEWSKI, M.A. Spirituality in Nursing and Health-Related Literature: A Concept Analysis. **J. Holist. Nurs.**, v.25, n.4, p.252-262, 2007.

SILVA NETTO, C.R. et al. Consumo de medicamentos por Universitários. **Rev. Fac. Odontol. Lins.**, v.4, n.1, p.18-22, 1991.

SOUSA, P.L.R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. **Psiq. Prat. Med.**, v.34, n.4, p.112-17, 2001.

SOUZA, M.F.M.; SILVA, G.R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, v.32, n.1, p.50-8, 1998.

SPAGNUOLO, R.S. **Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF: Gestão Municipal – órgãos formadores como componentes intervenientes.** 2010. 236f. Doutorado (Tese). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. Disponível em: http://www.athena-biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2010/spagnuolo_rs_dr_botfm.pdf. Acesso em: 01 jun. 2012

STERELNY, K. Addressing Complexity. **Science**, v.321, n.5887, p.344, 2008.

SUBBARAYAPPA, B.V. The roots of ancient medicine: An historical outline. **J. Biosci.**, v.26, n.2, p.135-43, jun. 2001.

TEIXEIRA, M.Z. Homeopatia: ciência, filosofia e arte de curar. **Rev. Med.** (São Paulo), v.85, n.2, p.30-43, abr.-jun. 2006.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciê. Saude Colet.**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Terapias complementares: percepção de profissionais ESF. **Rev. Saúde Pública.**, v.45, n.2, p.249-57, 2011.

TOSAR PÉREZ, M.A. et al. La deshabitación tabaquica con técnicas de medicina tradicional y natural. **Revhaban. Cienc. Méd.**, v.8, n.4, p.1-7, nov. 2009. Disponível em:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400004-&lng=es. Acesso em: 01 mar. 2012.

VALENTE, M.J.C. **A motivação dos pacientes no uso dos florais de Bach como prática complementar em tratamentos de saúde.** 2011. 34f. Trabalho de Conclusão de curso (Monografia). Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36665/000792231.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 fev. 2012.

VALVERDE, D.P. **Manual de terapia floral.** Lima: Essalud; Organización Panamericana de la Salud, 2000. Disponível em: <http://www.opsecu.org/bevestre/nuevos%20art%C3%ADculos/Libros/Terapia%20floral/terapia%20floral%201ra%20parte.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2010.

VASCONCELOS, E.M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 13-160.

VIDOR, I.D. et al. Diagnóstico de enfermagem ansiedade na hemodiálise e o uso de Florais de Bach. In: 10º Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem, 2010, Brasília. **Anais do 10º SINADen**; Brasil. Brasília, 2010 ago 4-7. p.391- 94.

VOLCAN, S.M.A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública.**, v.37, n.4, p.440-5, 2003.

WALDROP, M. **Complexity: The emerging science at the edge of order and chaos.** New York: Touchstone, 1993. 280p.

WEBB, J. T. **Misdiagnosis and dual diagnosis of gifted children.** Great Potential Press, 2000. Disponível em: http://www.sengifted.org/mis_diag.htm. Acesso em: 6 jul. 2012.

WEICH, H.S.; ARAYA, R. International and regional variation in the prevalence of common mental disorders: do we need more surveys. **Br. J. Psychiatry**, v.184, p.289-90, 2004.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. **BMJ**, v.317, n.7151, p.115-9, 1998.

WOLF, F.A. **Conexão entre mente e matéria**. São Paulo: Cultrix, 2003. 200p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of mental health, 1994. 81p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs**. Genève: WHO, 1998. Disponível em:< http://www.who.int/mental_health/evidence/-who_qol_user_manual_98.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health home**. 2010. Disponível em:< http://www.who.int/mental_health/en/>. Acesso em: 20 fev. 2010.

ZOHAR, D. **Sociedade quântica**: promessa revolucionária de uma liberdade verdadeira. Rio de Janeiro: Best Seller, 2006. 424p.

ANEXO I – Self-Report Questionnaire (SRQ)

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)

O(A) Sr(a). Poderia por favor responder as seguintes perguntas a respeito da sua saúde:

- | | |
|---|---------------|
| 01- Tem dores de cabeça frequentes? | 1- Sim 2- Não |
| 02- Tem falta de apetite? | 1- Sim 2- Não |
| 03- Dorme mal? | 1- Sim 2- Não |
| 04- Assusta-se com facilidade? | 1- Sim 2- Não |
| 05- Tem tremores de mão? | 1- Sim 2- Não |
| 06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | 1- Sim 2- Não |
| 07- Tem má digestão? | 1- Sim 2- Não |
| 08- Tem dificuldade de pensar com clareza? | 1- Sim 2- Não |
| 09- Tem se sentido triste ultimamente? | 1- Sim 2- Não |
| 10- Tem chorado mais do que de costume? | 1- Sim 2- Não |
| 11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 1- Sim 2- Não |
| 12- Tem dificuldades para tomar decisões? | 1- Sim 2- Não |
| 13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? | 1- Sim 2- Não |
| 14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | 1- Sim 2- Não |
| 15- Tem perdido o interesse pelas coisas? | 1- Sim 2- Não |
| 16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | 1- Sim 2- Não |
| 17- Tem tido a idéia de acabar com a vida? | 1- Sim 2- Não |
| 18- Sente-se cansado(a) o tempo todo? | 1- Sim 2- Não |
| 19- Tem sensações desagradáveis no estômago? | 1- Sim 2- Não |
| 20- Você se cansa com facilidade? | 1- Sim 2- Não |

TOTAL GERAL |__||__|

ANEXO II - Escala de Bem Estar Espiritual

Para cada uma das afirmações seguintes, faça um X na opção que melhor indica o quanto você concorda ou discorda da afirmação, enquanto descrição da sua experiência pessoal.

CT= Concordo Totalmente – DT= Discordo Totalmente CP= Concordo Parcialmente – DP= Discordo Parcialmente CD= Concordo mais que Discordo – DC= Discordo mais que concordo

	CT	CP	CD	DC	DP	DT
1. Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.						
2. Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou						
3. Creio que Deus me ama e se preocupa comigo						
4. Sinto que a vida é uma experiência positiva.						
5. Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas						
6. Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro						
7. Tenho uma relação pessoal significativa com Deus						
8. Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida.						
9. Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus						
10. Tenho uma sensação de bem-estar à respeito do rumo que minha vida está tomando						
11. Acredito que Deus se preocupa com meus problemas						
12. Não aprecio muito a vida						
13. Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus						
14. Sinto-me bem acerca de meu futuro						
15. Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho						
16. Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade						
17. Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus						
18. A vida não tem muito sentido						
19. Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar						
20. Acredito que existe algum verdadeiro propósito para minha vida						

ANEXO III – Autorização do CEP

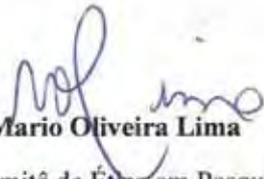


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA UNIVAP

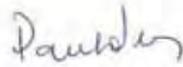
CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo n.º H124/CEP2010, sobre “**Relação entre tratamento com florais de Bach e bem estar espiritual de pessoas com transtorno mental comum**”, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Ivan Amaral Guerrini, foi avaliado em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Univap. Após análise, concluímos que o projeto foi considerado **aprovado** por este Comitê, de acordo com os Princípios Éticos definidos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

São José dos Campos, **14 de setembro de 2010.**


Prof Dr. Mario Oliveira Lima

Presidente - Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade do Vale do Paraíba – Univap


Prof Dr. Paula Vilhena Carnevale Vianna

Avaliador - Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade do Vale do Paraíba – Univap

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado "Relação entre tratamento com Florais de Bach e Bem Estar Espiritual de pessoas com Transtorno mental comum desenvolvida por Ana Paula C.C.B. Nappi Arruda. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientado por Prof. Dr. Ivan Guerrini (UNESP – Botucatu) e Profa. Dra. Ruth Turrini (USP – São Paulo), a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através dos telefones: (14) 3811-6254 e (11) 3061-7544 ou e-mail: guerrini@ibb.unesp.br ou rturrini@usp.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é "Avaliar a efetividade dos Florais de Bach sobre o bem estar espiritual de pessoas com transtorno mental comum". Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de questionários e em ensaio clínico com terapia floral a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seus orientadores.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

São José dos Campos, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____

