



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Thiago da Silva Domingos**

**Saúde Mental na Atenção Básica: agregando aromaterapia e  
terapia floral à relação terapêutica**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a  
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Mara Braga

**Botucatu  
2019**

Thiago da Silva Domingos

**Saúde Mental na Atenção Básica:** agregando aromaterapia e terapia floral à  
relação terapêutica

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a  
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.  
Área de Concentração: Cuidado em Saúde e  
Gestão de Sistemas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Mara Braga

Botucatu  
2019

## FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LUCIANA PIZZANI-CRB 8/6772

Domingos, Thiago da Silva.

Saúde Mental na Atenção Básica : agregando aromaterapia e terapia floral na relação terapêutica / Thiago da Silva Domingos. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga

Capes: 40400000

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Relações humanas. 4. Serviços de saúde mental. 5. Terapias alternativas.

Palavras-chave: Atenção Básica; Enfermagem; Práticas integrativas e complementares; Relações interpessoais; Saúde Mental.

Thiago da Silva Domingos

**Saúde Mental na Atenção Básica: agregando aromaterapia e terapia floral à  
relação terapêutica**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a  
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Mara Braga (Orientadora)  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Maria Casquel Monti Juliani  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof. Dr. Guilherme Correa Barbosa  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Rizzo Gnatta  
Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Franco da Rocha Tonhom  
Faculdade de Medicina de Marília

Botucatu, 26 de fevereiro de 2019.

## ***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais, Milton e Izaura,  
exemplos de doação incondicional  
e a quem atribuo a vida: a vocês, mil vezes!  
“Divago, quando o que quero  
é só dizer te amo.” (A. Prado)*

*À Professora Eliana,  
que me acolheu (como mãe) e me acompanhou!  
Com você, eu pude aprender coerência nas relações  
e na vida, levo o aprendizado de ser inteiro e intencional  
a cada passo. A você, ofereço esse trabalho e meu  
eterno agradecimento!*

*Ao Lucas,  
que, com o olhar generoso,  
desperta o meu melhor. A você,  
a realização desse projeto.  
A nós: novos sonhos!*

*A gratidão é um segundo prazer, que prolonga um primeiro, como um eco de alegria à alegria sentida, como uma felicidade a mais para um mais de felicidade.*

*André Comte-Esponville*

Muito eu tenho de agradecer:

A Deus, por ser meu sustento em todos os momentos;

Aos meus pais, Milton e Izaura, que compartilharam etapa a etapa o desenvolvimento desse estudo e dos dias em Botucatu, a quem agradeço por me aceitarem desde o dia em que nasci, formando-me com amor, respeito e dignidade;

À minha sobrinha Júlia e aos meus sobrinhos Caio e Gustavo que vieram à minha vida por meio da minha irmã Daniela e seu esposo Marco Antônio;

Ao Lucas Cardoso dos Santos com quem compartilho a vida em nosso cotidiano, tornando as conquistas mais alegres, os desafios mais leves e os projetos para o futuro mais reais;

Aos trabalhadores e aos usuários que participaram dessa pesquisa, agradeço por terem dividido comigo a aposta dessa pesquisa, por terem confiado nos objetivos dessa pesquisa e por oportunizarem tamanho aprendizado;

Às Professoras Carmem Juliani e Márcia Padovan Otani por aceitarem participar do Exame Geral de Qualificação e pelas contribuições que qualificaram os resultados e a organização desse manuscrito;

Às Professoras Juliana Gnatta, Rúbia Alencar, Ruth Turrini, Silvia Bocchi, Silvia Tonhom, e ao Professor Guilherme Barbosa pela disponibilidade de estarem na Banca de Defesa;

À Professora Maria Júlia Paes da Silva, uma inspiração no meu caminho;

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que, cada qual a sua maneira, contribuiu para minha formação acadêmica e de atuação do ensino superior;

Às Enfermeiras do Departamento de Enfermagem: Meire, Simone e Suzimar. A experiência de trabalhar com vocês trouxe um aprendizado para a vida, daí minha admiração.

À equipe técnica do Departamento de Enfermagem: Amanda Lourenção, Angela Martini, Fernando Alcarde, Regina Sacomani e Rosane de Oliveira, agradeço pela confiança e pela disponibilidade em ajudar;

Ao Cesar Guimarães, secretário da Seção Técnica de Pós-Graduação: obrigado pela atenção, presteza e gentileza com que lida conosco;

À equipe da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu, em nome da bibliotecária Rosemary Cristina, agradeço pelo trabalho zeloso de revisão de nossas referências;

À Suzimar Fusco pelo apoio durante o desenvolvimento da coleta de dados, pela doação dos frascos de floral e pela ajuda no preparo do *Rescue Remedy*;

À Aryadne, ao Marcus, Manuela e Olívia, cujo amor não cabe mais na amizade e a quem tenho como minha família;

Ao Evaldo e Gustavo por representarem a generosidade e por se fazerem e se manterem presentes, uma alegria de encontro que vigora;

A Fernanda e Aluísio por me acompanharem, também, durante esse percurso com muito carinho e respeito, uma amizade da residência e da enfermaria para vida;

Ao Guilherme, Tatiana e Bernardo por serem uma família em Botucatu compartilhando comigo a casa, as ideias, os ideais e as alegrias;

À Karyn, Débora, Cristiane, Nadja, Camélia e Juliane que me acolheram como amigo e como enfermeiro, grupo com quem os encontros são sempre permeados de risadas e alegrias;

À Fernanda, Filipi, Suelen, Iara, Ricardo, Patrícia, Rômulo, Mariana, Laiz e Marcela, presentes que Botucatu me deu e cuja amizade levarei para sempre;

À Maria Paula Pozatti (*in memoriam*) por ter me acolhido em sua casa nos primeiros dias em que estive em Botucatu;

Aos estudantes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, com vocês aprendo cada dia mais e desfruto da alegria de testemunhar a descoberta de mundo novo;

Aos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Botucatu e do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Faculdade de Medicina de Marília: a esperança de formar trabalhadores para o Sistema Único de Saúde comprometidos pelo cuidado em liberdade;

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico e Doutorado: concessão da Bolsa de Doutorado – Demanda Social que possibilitou a dedicação para o desenvolvimento dessa pesquisa, pelo aprendizado construído junto ao Conselho de Pós Graduação na representação discente e pela confiança junto à Comissão de Bolsas;

Secretaria Municipal de Saúde – Botucatu pela confiança no desenvolvimento dessa pesquisa e pela ajuda no início da coleta de dados;

Faculdade de Medicina de Marília, que sempre será uma morada, agradeço a oportunidade de poder trabalhar junto ao ensino e à assistência; nesse anos pude aprender sobre a potência de saber questionar;

Grupo de Estudos em Práticas Alternativas e Complementares da Universidade de São Paulo onde tive contato com pioneiras e referências da pesquisa em Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares.



*“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam e desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.”*

*[...]*

*“Diz-que-direi ao senhor que nem tanto é sabido: sempre que se começa a ter amor a alguém, no ramerrão, o amor pega e cresce é porque, de certo jeito, a gente quer que isso seja, e vai, na ideia, querendo e ajudando; mas, quando é destino dado, maior que o miúdo, a gente ama inteiriço fatal, carecendo de querer, e é um só facear com as surpresas. Amor desse, cresce primeiro; brota é depois.”*

*[...]*

*“Coração cresce de todo o lado. Coração vige feito riacho colominhando por entre serras e varjas, matas e campinas. Coração mistura amores. Tudo cabe”.*

*João Guimarães Rosa*

DOMINGOS, T.S. **Saúde Mental na Atenção Básica**: agregando aromaterapia e terapia floral à relação terapêutica. 2019. 210p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** O cuidado em saúde mental na Atenção Básica representa um desafio para o sistema de saúde em suas dimensões políticas, organizacionais e técnico-assistenciais. A transposição do modelo biomédico e da fragmentação do cuidado são condições fundamentais para reverter a lógica de atenção à saúde e compor novos arranjos de cuidado. Essa pesquisa procurou agregar dois recursos terapêuticos, Aromaterapia e Terapia Floral, ao Relacionamento Terapêutico para pluralizar o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Objetivos:** Compreender a dinâmica do cuidado formal e informal oferecido aos usuários em uso crônico de psicofármacos no contexto do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família e proporcionar o cuidado em saúde mental por meio da oferta de Aromaterapia e Terapia Floral associadas ao Relacionamento Terapêutico para usuários em uso crônico de psicofármacos. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo. Ocorreu em duas etapas inter-relacionadas, iniciando pelo referencial microssociológico que incorporou na coleta de dados a observação participante, o diário de campo, as conversas ocasionais, a entrevista etnográfica e a análise documental; foram participantes os trabalhadores de saúde da referida unidade. Na segunda etapa, guiada pelo referencial da pesquisa clínico-qualitativa, participaram usuários da unidade de saúde que faziam uso crônico de psicofármacos devido ao sofrimento psíquico, e consistiu da oferta de Terapia Floral (*Rescue Remedy*) e Aromaterapia (*Lavandula angustifolia* e *Pelargonium graveolens*), ambas associadas ao Relacionamento Terapêutico, desenvolvida por oito semanas. Os dados qualitativos foram tratados segundo a Análise de Conteúdo. **Resultados:** A fase exploratória desvelou o modelo biomédico operando sobre o processo de trabalho da Unidade Saúde da Família em suas dimensões organizativa e assistencial. Na primeira, a burocratização, a fragmentação, o cuidado individual indiferenciado e centralizado em ações programáticas foram elementos-chave que interferiram no acesso aos serviços que, por sua vez, subordinou-se a um complexo sistema de regulação. As repercussões assistenciais foram observadas na restrição do cardápio de ofertas, guiado pela clínica biomédica, medicalização e medicamentação, características atribuídas ao cuidado para o

usuário em sofrimento psíquico. Nesse contexto, Aromaterapia e Terapia Floral, associadas ao Relacionamento Terapêutico, foram ofertadas e possibilitaram um processo ampliado de autopercepção e autoconhecimento, favorecendo o reconhecimento da consciência corporal e dos padrões emocionais sobre as relações interpessoais dos participantes. Os benefícios comuns às duas modalidades foram resgatar a importância da relação interpessoal para o autodesenvolvimento, acessar um espaço de escuta e reduzir ou interromper o uso de psicofármacos. **Considerações Finais:** No processo de trabalho da saúde família há um predomínio do modelo biomédico repercutindo sobre as dimensões organizativas e assistenciais. Sob esse modelo, o cuidado em saúde mental para o usuário em sofrimento psíquico é influenciado de modo substancial pela medicalização e prescrição de psicofármacos. As terapia com aromas e florais oferecidas na relação interpessoal constituíram-se em recursos terapêuticos que contribuíram para a efetivação do cuidado em saúde mental baseado na autonomia, corresponsabilidade e vínculo.

**Descritores:** Saúde Mental. Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares. Relações Interpessoais. Aromaterapia. Terapia Floral. Enfermagem.

DOMINGOS, T.S. **Mental Health in Primary Health Care:** adding aromatherapy and Bach Flowers remedies to the therapeutic relationship. 2019. 210p. Thesis (Doctorate) – School of Medicine, Botucatu, São Paulo State University (Unesp) “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

## ABSTRACT

**Introduction:** The care in mental health in Primary Health care represents a challenge to the health system in its political, organizational and technical-supportive dimensions. The transposition of both the biomedical model and the care fragmentation is a fundamental condition to reverse the actual approach of health attention and set new arrangements for the service. This research aimed to aggregate two therapeutic resources, Aromatherapy and Bach Flowers remedies, to the Therapeutic Relationship in order to amplify the care offered to the users under psychological distress in the context of the Family Health Strategy. **Objective:** To understand the dynamics of formal and informal care provided to the users under chronic use of psychotropic drugs in the context of the working process of the Family Health Strategy and provide mental health care through Aromatherapy and Bach Flowers associated with the Therapeutic Relationship to users under chronic use of psychotropic drugs. **Method:** Qualitative Research carried out in a Family Health Unit in the countryside of São Paulo State. It was performed in two interrelated phases, beginning with the microsociological model which incorporated the participative observation, the health diary, the occasional talks, the ethnographic interview and the documental analysis in its data collecting; the health care workers of the referred unit took part in this phase. In the second moment, guided by the clinical qualitative research model, the patients of this unit who made chronic use of psychotropic drugs due to their psychological distress participated, and it consisted in the offering of Bach Flowers Therapy (*Rescue Remedy*) and Aromatherapy (*Lavandula angustifolia* and *Pelargonium graveolens*), both associated with the Therapeutic Relationship, developed during eight weeks. The qualitative data were treated under the Content Analysis. **Results:** The exploratory phase unveiled the biomedical model operating the working process of the Family Health Unit and its organization and assistance dimensions. In the first phase, the bureaucratization, the fragmentation, the non differential individual attention, also centered in programmatic actions were key elements interfering in the access to the service which, therefore, was subordinated to a complex system of regulations. The assistance repercussions were observed in the restriction

of the offering possibilities, guided by the biomedical practice, medicalization, characteristics of the attention granted to the patient under psychological distress. In this context, Aromatherapy and Bach Flowers Therapy, associated with the Therapeutic Relationship were offered and made it possible an expanded process of self-perception and self-knowledge, favoring the acknowledgment of their body awareness and the emotional standards under the interpersonal relationships of the participants. The benefits which were common to both modalities were the rescue of the importance of interpersonal relationship for self-development, the access to a space for listening as well as the decrease or interruption of psychotropic drugs use. **Final considerations:** In the working process of Family Health there is a predominance of the biomedical model affecting the operational and assistance dimensions. Under this model, the mental health care offered to the user under psychological distress is substantially influenced by the medicalization and prescription of psychotropic drugs. The therapy with aromas and flowers offered in the interpersonal relationship constituted therapeutic resources which contributed to an effective care in mental health based on the autonomy, co-responsibility and attachment.

**Descriptors:** Mental Health. Primary Health Care. Complementary Therapies. Interpersonal Relations. Aromatherapy. Bach Flowers Therapy. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Botucatu/SP. 2019 .....	36
<b>Figura 2.</b> Dos meios de administração à excreção dos óleos essenciais. Botucatu/SP. 2019. .....	50
<b>Figura 3.</b> Fluxograma metodológico. Botucatu/SP. 2019. ....	72
<b>Figura 4.</b> Planta do município de Botucatu. Botucatu/SP, 2019. ....	73
<b>Figura 5.</b> Área de adscrição e localização geográfica da USF Jardim Aeroporto. Botucatu/SP. 2019.....	74
<b>Figura 6.</b> Representação esquemática das ferramentas metodológicas aplicadas na produção de dados da fase exploratória. Botucatu/SP. 2019.....	84
<b>Figura 7.</b> Cartão postal Cherry Plum ( <i>Prunus cerasifera</i> ). Botucatu/SP. 2019.....	90
<b>Figura 8.</b> Cartão postal Clematis ( <i>Clematis vitalba</i> ). Botucatu/SP. 2019.....	90
<b>Figura 9.</b> Cartão postal Impatiens ( <i>Impatiens glandulifera</i> ). Botucatu/SP. 2019.....	91
<b>Figura 10.</b> Cartão postal Rock Rose ( <i>Helianthemum nummularium</i> ). Botucatu/SP. 2019 .....	91
<b>Figura 11.</b> Cartão postal Star of Bethlehem ( <i>Ornithogalum umbellatum</i> ). Botucatu/SP. 2019.....	91
<b>Figura 12.</b> Fluxograma analisador: entradas, processos e saídas do usuário na unidade de saúde. Botucatu/SP. 2019.....	99
<b>Figura 13.</b> Quadro teórico descritivo das categorias e subcategorias. Botucatu/SP. 2019.....	119

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1.</b> Redes Temáticas de Atenção à Saúde seus objetivos e equipamentos. Botucatu//SP. 2019 .....	29-30
<b>Quadro 2.</b> Principais características do modelo manicomial versus modo psicossocial. Botucatu/SP. 2019 .....	34
<b>Quadro 3.</b> Descrição botânica e terapêutica das cinco flores do <i>Rescue Remedy</i> . Botucatu/SP. 2019 .....	60-63
<b>Quadro 4.</b> Descrição dos trabalhadores da saúde participantes da pesquisa. Botucatu/SP. 2019 .....	76
<b>Quadro 5.</b> Características sociodemográficas dos participantes da intervenção com Aromaterapia (AT). Botucatu/SP. 2019.....	78
<b>Quadro 6.</b> Características sociodemográficas dos participantes da intervenção com Terapia Floral (TF). Botucatu/SP. 2019. ....	79-80
<b>Quadro 7.</b> O uso da Comunicação Terapêutica como técnica de produção de dados na fase clínico-qualitativa da investigação. Botucatu/SP. 2019.....	87
<b>Quadro 8.</b> Ilustração da agenda programática semanal de atendimentos. Botucatu/SP. 2019. ....	102
<b>Quadro 9.</b> Ilustração da agenda programática semanal de atendimentos. Botucatu/SP. 2019. ....	102
<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas e perfil farmacoterapêutico dos usuários em uso de psicofármacos (n=337). Botucatu/SP. 2019. ....	114-115

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABS** – Atenção Básica à Saúde
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- AP** – Atenção Psicossocial
- CAIS** – Centro de Atenção Integral à Saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CGD** – Carga Global de Doenças
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- DRS** – Departamento Regional de Saúde
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FAMEMA** – Faculdade de Medicina de Marília
- FMB** – Faculdade de Medicina de Botucatu
- IDATE** – Inventário da Ansiedade Traço-Estado
- MAC** – Medicina Alternativa e Complementar
- MS** – Ministério da Saúde
- MT** – Medicina Tradicional
- MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NCCAM** – National Center for Complementary and Alternative Medicine
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PACS** – Práticas Alternativas e Complementares em Saúde
- PICS** – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- PNPIC** – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RAS** – Rede de Atenção à Saúde
- RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial
- SAS** – Sistemas de Atenção à Saúde
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SES** – Secretaria do Estado da Saúde
- SIA** – Sistema de Informação Ambulatorial
- SUS** – Sistema Único de Saúde



**TALE** – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**USF** – Unidade Saúde da Família

**WHO** – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
Do Objeto de Estudo à Pergunta de Pesquisa.....	19
Relevância do Tema e Justificativa do Estudo .....	20
<b>REFERENCIAIS TEÓRICOS .....</b>	<b>24</b>
Atenção Básica à Saúde na estruturação do Sistema Único de Saúde.....	25
A interface Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde .....	31
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde .....	40
Aromaterapia como recurso terapêutico para o cuidado em saúde mental.....	46
Terapia Floral como recurso terapêutico para o cuidado em saúde mental .....	54
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>67</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>69</b>
Referencial metodológico .....	70
Local da pesquisa: o espaço geográfico .....	72
Procedimentos éticos .....	75
Participantes .....	75
Fase Exploratória: Inserção no Cenário e Procedimentos para Produção de Dados .	81
Fase clínico-qualitativa: oferta de Aromaterapia e Terapia Floral .....	84
Análise de dados.....	92
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>94</b>
<i>Estratégia Saúde da Família: a análise do Processo de Trabalho e a Produção de Cuidado para o usuário em sofrimento psíquico .....</i>	<i>95</i>

Categoria 1 – O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família sob análise: reconhecendo os processos microrregulatórios e a burocratização ....	95
Categoria 2 – Produção de Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família .....	108
<i>Aromaterapia e Terapia Floral: Recursos Terapêuticos para a Produção de Cuidado ao usuário em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família.....</i>	<i>118</i>
Categoria 1 – O sofrimento psíquico medicalizado: dos motivos para o consumo de psicofármacos às reflexões acerca de sua função .....	119
Categoria 2 – Aromaterapia e Relacionamento Interpessoal Terapêutico: da consciência corporal às relações interpessoais .....	123
Categoria 3 – Terapia Floral e Relacionamento Interpessoal Terapêutico: da relação intrapessoal à disponibilidade para o outro .....	126
Categoria 4 – Aromaterapia e Terapia Floral: dimensões comuns como recursos terapêuticos associados ao relacionamento interpessoal.....	130
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>135</b>
O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: as implicações do modelo biomédico na atenção à saúde .....	136
Uso de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: medicalização e medicamentação .....	144
As contribuições das Práticas Integrativas e Complementares para as dimensões organizativas e assistenciais .....	146
Aromaterapia associada à massagem para o alívio do sofrimento psíquico .....	151
Terapia Floral para o alívio do sofrimento psíquico .....	154
Contribuições para Saúde e Enfermagem: assistência, ensino e pesquisa .....	157
Limitação do estudo.....	158
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>160</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>165</b>
-------------------------	------------

<b>ANEXOS e APÊNDICES .....</b>	<b>195</b>
---------------------------------	------------

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....	196
--	-----

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Trabalhador .....	201
--	-----

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuário .....	202
--	-----

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido .....	203
---	-----

Questionário Sociodemográfico – Trabalhador.....	204
--	-----

Modelo de Convite para Oferta de Terapia Floral e Aromaterapia .....	206
--	-----

Questionário Sociodemográfico – Usuário .....	207
---	-----

## **APRESENTAÇÃO**

---

“O que vale são outras coisas. A lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos, cada um com seu signo e sentimento, uns com os outros acho que nem se misturam. Contar seguindo, alinhavado, só mesmo com as coisas de rasa importância. De cada vivimento que eu real tive, de alegria forte ou pesar, cada vez daquela hoje vejo que eu era como se fosse diferente pessoa. Sucedido desgovernado. Assim eu acho, assim é que eu conto. O senhor é bondoso de me ouvir.”

João Guimarães Rosa

A motivação para os estudos sempre esteve em mim. A inquietação para o aprendizado em profundidade sempre me colocou na busca de possibilidades para aprimorar minhas ações. Isso não foi diferente quando me inseri na graduação em Enfermagem, entre os anos de 2005 e 2008, na Universidade de Marília. Concomitante à formação profissional, atuei como escriturário do Laboratório Morfofuncional da Faculdade de Marília (FAMEMA) e a oportunidade de trabalhar nesse setor durante minha graduação foi decisiva para o rumo e para o aprofundamento nas questões da atenção e do ensino em saúde.

Dois anos após concluir a graduação (2010), o cuidado em saúde mental chegou à minha carreira profissional por meio da experiência como enfermeiro da Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital das Clínicas da FAMEMA. Por intermédio de um processo seletivo, de escriturário tornei-me enfermeiro na mesma instituição que me empregara durante a graduação. Nessa ocasião, uma terceira unidade estava sendo incorporada ao referido Complexo Assistencial – (HC3 - São Francisco). Nessa implementação, projeto institucional, a intenção e as pessoas com quem me coloquei em contato foram constitutivas: clínica ampliada e compartilhada, integralidade, equipe de referência e apoio matricial, cogestão e humanização foram assuntos estudados, debatidos, discutidos e praticados.

Inquieto pelo papel do enfermeiro na assistência em saúde mental ao usuário em quadro agudo procurei referências teóricas que pudessem transformar a prática subordinada ao modelo biomédico objetivando autonomia e cuidado por meio da ação da equipe de Enfermagem. O relacionamento terapêutico se inseri nessa ocasião, foi na experiência de relações genuínas com o usuário em quadros agudos de sofrimento psíquico que pude vivenciar a potencialidade da comunicação terapêutica e da escuta.

Por meio da atuação da Internação Psiquiátrica que fui convidado a compor o quadro de preceptor de núcleo (Enfermagem) junto ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental (FAMEMA). Com essa oportunidade, pude me inserir do circuito da formação em saúde, o que me instigou a observar a satisfação em trabalhar

nesse campo. Como consequência pude participar da especialização *lato sensu* “Educação em Saúde para Preceptores do SUS”, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Sírío Libanês. A experiência com a graduação em Medicina e Enfermagem da FAMEMA veio mais tarde, no ano de 2015, por meio da participação na Unidade de Prática Profissional.

O desejo de continuar a formação acadêmica levou-me, entre os anos de 2012 e 2014, ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e os saberes que decorreram desse campo em minha formação acadêmica e profissional devo ao encontro com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Mara Braga que, pela via da disponibilidade, acolheu-me como orientado. As oportunidades que vieram dessa relação, como a participação no Grupo de Pesquisas em Práticas Alternativas e Complementares na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, acarretaram em mais aprendizado sobre o desenvolvimento de pesquisas com PICS.

Com a dissertação de mestrado, encontramos resultados positivos no alívio da ansiedade em um contexto de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral com o uso de Aromaterapia (Domingos, 2014), por meio de óleos essenciais de lavanda e gerânio. Incitados pela arguição realizada pelas Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Júlia Paes da Silva e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alice Ornellas Pereira naquela ocasião e animados pelos resultados obtidos, iniciamos a reflexão e o desejo de ampliar o acesso desses recursos terapêuticos para espaços de cuidado no território.

O ingresso no doutorado ocorreu em 2015, fruto da parceria com a Prof.<sup>a</sup> Eliana com o projeto de utilizar as PICS para o cuidado do usuário em sofrimento psíquico na Atenção Básica à Saúde (ABS). No ano de 2016, por concessão da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, tornei-me bolsista e pude desfrutar da dedicação exclusiva para a efetivação desse projeto. Nesses últimos anos, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem tem oportunizado extenso aprendizado por meio da Representação Discente no Conselho do Programa e na Comissão de Bolsas.

Finalizo a apresentação do percurso profissional e acadêmico utilizando-me da *Postura do Não Saber*: “receber com reverência (e gratidão todas as oportunidades que me foram dadas), oferecer com generosidade (os resultados da pesquisa desenvolvida durante o doutorado)”.

## **INTRODUÇÃO**

---



## Do Objeto de Estudo à Pergunta de Pesquisa

“Todo ponto de vista é a vista de um ponto.”

Leonardo Boff.

Essa pesquisa se concretiza na intersecção de três fenômenos sociais e institucionais complexos do campo da saúde - ABS, Atenção Psicossocial (AP) e PICS, cujas discussões e operacionalização vêm ganhando espaço na academia e no cotidiano do trabalho em saúde. Contudo, concordamos com um ensaio reflexivo ao defender a incipiente relevância social, cultural, tecnológica e institucional da referida tríade para a construção de rede sócio-técnicas e práticas partilhadas (Tesser; Sousa, 2012).

Em uma análise de suas características sinérgicas, a ABS, a AP e as PICS possuem diversas intersecções que sustentam a aposta desse estudo. Nesse sentido, reservam em comum: críticas ao modelo de cuidado baseado na clínica anátomo-patológica, caráter contra-hegemônico e desmedicalizante, o objeto de trabalho centrado na pessoa inserida no território, os meios do trabalho marcados pela heterogeneidade e pela multiplicidade de ações e estratégias, os objetivos com enfoque no cuidado com vistas à autonomia e emancipação, o relacionamento guiado pela horizontalidade, corresponsabilidade e vínculo (Tesser; Sousa, 2012). Sob essa perspectiva, a potencialidade para o cuidado em saúde de um objeto de estudo com essa composição é inquestionável.

O contorno que se observa na prática dos serviços, todavia, é outro: relações entre trabalhadores e usuários verticalizadas e atravessada pela incorporação da tecnologia material, longas filas de espera para atendimento seja nos serviços da ABS ou na atenção hospitalar, a efetividade das ações não corresponde à satisfação do usuário, trabalhadores com altas taxas de adoecimento devido causas ocupacionais, entre outros inúmeros fatores negativos que fazem parte da realidade do cuidado oferecido aos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscar uma causa que justifique tantas fragilidades seria assumir um equívoco de simplificação e diante do pensamento complexo seria imaturo errar por metonímia. Para o escopo desse estudo, enfoca-se uma perspectiva mais pragmática: o modelo de atenção à saúde. Diversos modelos coexistem para organizar a atenção à saúde, contudo, a predominância do modelo biomédico é consenso e tem sustentado uma crise no setor saúde. A referida tríade se propõe ir de encontro ao modelo biomédico hegemônico para avançar na implementação de modos e arranjos de organizar a assistência que retome como finalidade a produção de saúde e sujeitos, co-construtores do cuidado.

Nesse horizonte normativo, a ABS é o alicerce, propondo um modelo contra-hegemônico, guiado pela vigilância à saúde dos usuários, garantindo o cuidado capilarizado, ordenado e coordenado; guiado pela humanização, integralidade e longitudinalidade. Em consonância, a AP propõe a seu modo desconstruir o saber e o cuidado psiquiátrico-manicomial, devolvendo o usuário que recebeu diagnóstico psiquiátrico (aqui colocado sob questionamento) ao território e que, em última instância, será cuidado na ABS de maneira compartilhada, não necessariamente, com serviços especializados de base territorial e comunitários. Na desconstrução de modelos, as PICS inseridas sobretudo na ABS representam modalidades terapêuticas que fogem à ordem da ciência positivista e cartesiana, propondo autonomia, horizontalidade e múltiplos saberes ao cuidado (Starfield, 2004; Tesser; Sousa, 2012).

Esse estudo tem a proposição de desenvolver uma proposta de cuidado sob o arranjo da AP operacionalizando recursos das PICS no território da ABS para responder às necessidades de saúde do usuário em sofrimento psíquico. A esse crescente fenômeno, tomamos por definição a proposta do Caderno da Atenção Básica – Saúde Mental: trata-se de uma vivência de ameaça ou de ruptura da identidade/unidade da pessoa, compreendida em um sistema aberto de dimensões interdependentes relativamente estáveis, mas dinâmicas em busca de transformações (Brasil, 2013).

Assim, configuramos uma intersecção entre três campos convergentes de atuação do SUS que representa nosso *ponto de vista*, desse lugar, questionamos: “*De que modo a oferta de Terapia Floral e Aromaterapia, associadas ao Relacionamento Terapêutico, pode subsidiar uma ampliação do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no contexto da ABS?*”

### **Relevância do Tema e a Justificativa do Estudo**

As PICS foram institucionalizadas no SUS no ano de 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), contudo desde a década de 80, há registros de experiências brasileiras na esfera pública. O aumento significativo de ações, programas e políticas a nível estadual e municipal ocorreram após a aprovação da Portaria GM/MS 971, de três de maio de 2006 (Brasil, 2018a, 2006).

Uma análise entre os anos de 2008 e 2016 permitem afirmar que houve um intenso movimento de expansão das PICS dos serviços públicos. Numericamente, em dezembro de 2008 havia 1.226 serviços cadastrado distribuídos em 147 municípios, já no ano de 2016, essa

cifra aumentou em 569%, atingindo 6.081 serviços em 1.057 municípios que representou um aumento percentual de 719% (Amado et al., 2017).

As PICS no SUS vêm ampliando a atuação brasileira no âmbito internacional devido a implantação majoritária nos serviços da ABS de maneira complementar e integrada à medicina convencional (Amado et al, 2017). Isso representa que 78% da oferta de PICS está concentrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 16,7% está no contexto da atenção de média complexidade e 3,4%, na atenção hospitalar e alta complexidade (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018).

Mesmo com o cenário de ampliação das PICS do SUS, o diagnóstico situacional aponta oferta insuficiente, pois, o número de serviços e o quantitativo de ações são irrisórias para a dimensão do sistema público de saúde brasileiro (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018). Devem ser consideradas como uma forma de promover saúde e sua oferta representa uma garantia de direitos ao usuário ao ter uma escolha entre diferentes abordagens de cuidado às suas necessidades de saúde (Amado et al., 2017). Nesse sentido a Carta Atualizada de Direitos e Deveres da Pessoa Usuária do SUS dispõe “*o direito à escolha de tratamento, quando houver, inclusive as práticas integrativas e complementares de saúde, e à consideração da recusa de tratamento proposto*” (Brasil, 2017a).

Além do desafio de ampliar o acesso, compreende-se que a concepção dos trabalhadores e dos gestores são fatores que influenciam nas ações oferecidas para o cuidado à pessoa, desse modo, a formação em PICS corresponde a um segundo desafio, determinante para a ampliação da oferta dessas modalidades no SUS, uma vez que a implantação em locais onde os gestores estão sensibilizados no tema delimita a institucionalização e torna a oferta pontual (Amado et al., 2017).

No contexto do cuidado em saúde mental, a magnitude da problemática que justifica esse estudo será feita de modo quantitativo devido à ausência de estudos que observassem o impacto do sofrimento psíquico em suas diversas expressões seja sob a ótica do usuário ou do trabalhador. Assim, aspectos epidemiológicos evidenciam concretamente a gravidade dos problemas de saúde relacionada aos transtornos mentais no Brasil. No mais recente estudo investigando a Carga Global de Doenças (CGD), verificou-se que 9,5% do total da carga de doenças decorre desses transtornos, sendo os depressivos e ansiosos os maiores responsáveis por essa taxa. Além de responder por, aproximadamente, um décimo da carga de doenças, os transtornos mentais subiram da sexta para a terceira posição no ranking da CGD, sendo antecedidos por doenças cardiovasculares e oncológicas (Bonadiman et al., 2017).

O cenário, no entanto, não é recente. Desde 1990, os transtornos mentais representam a principal causa de incapacidade da população brasileira. A situação que chama a atenção na pesquisa de 2015, refere-se ao aumento nos índices dos transtornos depressivos e ansiosos que contribuíram para a taxa de anos vividos com incapacidade, respectivamente, 37% e 30%, com pico nas faixas etárias dos 30 aos 34 anos, e 40 aos 44 anos (Bonadiman et al., 2017).

Entre as mulheres, verificou-se que há um predomínio de depressão maior, ansiedade e as dores lombares como as principais causas de anos vividos com incapacidade. Para homens, a depressão maior ocupou o segundo lugar e a ansiedade, oitavo. Atenta-se que o abuso de substâncias (álcool e outras drogas) representou a quarta e a quinta causa de anos vividos com incapacidade. Mesmo diante de uma ampla transição demográfica no país, os transtornos mentais são problemas centrais a serem incluídos nas agendas do planejamento das políticas públicas de saúde (Marinho; Passos; França, 2016).

A demanda de saúde mental na ABS foi qualificada pelos trabalhadores como grande e diversificada, sendo motivo de angústia por exigir um caráter compreensivo que escapa às condutas mecanizadas e às abordagens de tipo queixa-conduta. Outro fator que contribuiu para a complexidade desse tipo de demanda foram as características do território muitas vezes demarcado pela precariedade e vulnerabilidade social (Campos et al., 2011).

Foi observado a articulação entre saúde mental e ABS, o distanciamento da corresponsabilização visto pela lógica do encaminhamento e pela escassa utilização de projetos compartilhados, são as principais características dessa situação. Em uma análise dos serviços que possuem equipes de saúde mental inseridas na ABS, foi observado um estranhamento marcado por uma dupla defesa: a equipe da ABS procura delegar os casos de sofrimento psíquico para a equipe especializada; em contrapartida, a equipe especializada pressionando a ABS para se responsabilizar pelos casos de sofrimento psíquico. Na periferia dessa fragilidade, encontra-se o usuário sem saber a quem ou a qual equipamento recorrer para o atendimento de suas necessidades de saúde (Campos et al., 2011).

Na angústia de responder aos problemas de sofrimento psíquico e às necessidades do usuário, os trabalhadores da ABS, com baixas taxas de qualificação, recorrem à prescrição de psicofármacos. As altas taxas de entrega dessa classe de fármacos, o longo período de utilização, a ausência de acompanhamento e carências de outras alternativas terapêuticas são motivos que configuram a prescrição indiscriminada de psicofármacos na ABS (Campos et al., 2011; Rocha et al, 2018).

Pelo prisma do usuário, o uso de psicofármacos é permeado por um conhecimento leigo que ganha controle à medida que alteram a dose prescrita de acordo com seu nível de bem estar. Desconhecimento acerca do motivo do tratamento e sua duração estão estritamente atrelado à dificuldade de comunicação estabelecida com o trabalhador da saúde cuja habilidade de traduzir o conhecimento especializado ao nível de compreensão do usuário que possui distintos níveis socioeconômicos e culturais (Campos et al., 2011).

Desde o início da trajetória dessa pesquisa, vivenciamos diversas modificações nas políticas públicas de saúde. No campo das PICS, observamos uma ampliação nos últimos dois anos. Contudo, o acontecimento mais evidente para essa investigação ocorreu em março de 2018, momento em que o Ministério da Saúde (MS), com mais uma ampliação no conjunto dos recursos terapêuticos, incluiu explicitamente as duas práticas complementares que selecionamos para esse estudo: Aromaterapia e Terapia Floral. Dessa forma, compreendemos que, explicitamente instituídas nas PICS, seja o momento oportuno de sistematizar e discutir experiências de aplicação efetiva no cuidado (Brasil, 2017b, 2018b).

## **REFERENCIAIS TEÓRICOS**

---

## Atenção Básica à Saúde na estruturação do Sistema Único de Saúde

Com fundamentação em diretrizes internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a ABS tem sido o espaço protagonista nos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde e representa a aposta central para produzir a transformação e a regulação dos Sistemas de Atenção à Saúde (SAS), buscar o acesso universal e a proteção social em saúde (Almeida, 2018; Cecílio; Reis, 2018).

A definição política de compor para o Brasil um sistema de saúde público remonta as décadas de 1970 e 1980, constituindo um movimento social complexo, a Reforma Sanitária. Nesse período, o país imerso em intensa movimentação social, política e cultural lutava pela redemocratização e pela reconquista de seus direitos cidadãos (Pennaftort et al., 2012). A construção do SUS representou a garantia de direitos dos cidadãos brasileiros instituindo o direito à saúde como dever do Estado (Brasil, 1990).

Associado a isso, os referidos órgãos internacionais promoviam encontros que discutiam o destino e as ações prioritárias para a saúde no contexto mundial. São exemplos dessas discussões, a Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978, e a Carta de Ottawa, no Canadá em 1986, escrita a partir da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Brasil, 2002). À primeira são atribuídos os elementos que, posteriormente, seriam incorporados na ABS:

“a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a *valorização das práticas complementares*.” (Mendes, 2015. p. 30. Grifo do autor).

Antes disso, no ano de 1920, o Relatório Dawson elaborado pelo governo inglês com o intuito de contrapor o modelo americano flexneriano, constitui-se o primeiro documento que sinaliza a regionalização no âmbito da saúde comunitária, distinguindo-se três níveis de atenção à saúde: Centro de Saúde Primário, Centro de Saúde Secundário e Hospitais-Escolas. Ainda na Inglaterra, no ano de 1948, como repercussão desse documento houve a criação do National Health Service garantindo acesso universal, gratuito e integral aos serviços (Ministry of Health, 1920; Conill, 2008).

Sete ciclos históricos podem ser identificados no movimento brasileiro de implantação de serviços caracterizados como ABS estando sob grande influência das recomendações internacionais. O primeiro ciclo correspondeu à implantação dos Centros de Saúde criados pela Universidade de São Paulo na lógica do modelo dawsoniano quando da década de 1920. A implantação do Serviço Especial de Saúde Pública, na década de 1940, consolidou o segundo ciclo. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) organizadas no ano de 1965, marcaram o terceiro ciclo da ABS no Brasil e se caracterizaram pelos programas verticalizados voltados à saúde materno-infantil e doenças infecciosas. Em 1970, ocorreu o movimento de extensão da cobertura, por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento Básico, primeiramente, concentrado na região nordeste e em seguida, no país. Crise da Previdência Social e a instituição das Ações Integradas de Saúde, na década de 80, impactaram no quinto ciclo de implantação, caracterizado pela incorporação da cultura médica nos serviços comunitários. O penúltimo ciclo ocorreu com a institucionalização do SUS e do direito à saúde. O final desse histórico se deu no ano de 1994, pelo Programa Saúde da Família (PSF), e se estende ao contexto contemporâneo (Mendes, 2015).

Anterior à implantação do SUS, enquanto um sistema público e universal de saúde, o modelo de atenção aos brasileiros correspondia a um conjunto de ações programáticas indiscriminadas e universais com ênfase para a prevenção de doenças infecciosas, as campanhas vacinais e o controle de endemias são as duas ações mais características. No âmbito da recuperação da saúde, atenção hospitalar especializada privada representava o principal serviço que atendia aos beneficiários do sistema previdenciário e seus dependentes, à população sem contribuição restavam os hospitais de caráter filantrópico. Ressalta-se o caráter não universal, vinculação entre desenvolvimento econômico do Estado e disponibilidade de serviços saúde (Souza, 2002).

As primeiras experiências que hoje são identificadas sob a denominação da ABS foram iniciadas por ações pontuais e isoladas dispersas em algumas regiões do Brasil. Uma delas, no ano de 1974, no Rio Grande do Sul, com o objetivo de implantar um programa de residência médica em saúde comunitária. Houve uma pequena expansão com o surgimento de dois outros programas em Recife e no Rio de Janeiro. Concomitante à Conferência de Alma-Ata, assistia-se uma expansão de ações desarticuladas pelo Brasil, sendo que muitas desertaram por escassez de recursos financeiros e dificuldades políticas - marcas da década de 1980 (Conill, 2008).



O PSF surge como instrumento para ampliação do acesso ao SUS, e por isso, sua implantação estava atrelada a áreas de risco e vulnerabilidade social. Mesmo após um período de críticas provenientes de órgãos financiadores internacionais de vertente econômica neoliberal, o PSF se consolidou, inaugurando no país mais uma etapa do movimento de reforma sanitária (Mendes, 2011). Assim, no ano de 2010, tendo como desafio atender com maior resolubilidade os problemas mais prevalentes da população e de ampliar suas fronteiras de atuação, tornou-se o eixo estruturante para o modelo de atenção à saúde sendo denominada como ESF (Brasil, 2017c).

No percurso de implantação e consolidação da ABS e da ESF, são identificadas três interpretações na prática social desses serviços. Uma delas, refere-se à atenção primária seletiva e consiste em um programa específico com uso de tecnologias simples, de baixo custo, ofertas por meio de profissionais de baixa qualificação e pouco referência com níveis de maior densidade tecnológica. O nível primário do SAS, muito comum em países desenvolvidos, corresponde a uma segunda interpretação que está vinculada à ideia de porta de entrada do sistema, respondendo com resolubilidade às principais formas de adoecimento da população. A última interpretação, relaciona-se com a atual intencionalidade política e sanitária no Brasil que é a ABS como parte e também organizadora do SAS, ou seja, um arranjo que pretende apropriar, reorganizar e recombina todos os recursos de saúde para atender as demandas, as necessidades e as representações da população (Mendes, 2015).

Sob essa égide, a razão de ser dos SAS está em dar deliberadamente respostas às necessidades de saúde dos cidadãos operando em coerência com as reais condições de saúde. Nesse sentido, uma descrição superficial da realidade brasileira evidencia uma rápida transição demográfica e uma tripla carga de doenças representada por condição agudas e infecciosas não superada, uma parcela importante de condições atreladas à causas externas e uma presença maciça de condições crônicas. Com isso, a realidade brasileira indicou a necessidade de superar a fragmentação representada pela organização hierárquica piramidal que modelava o SUS, abrindo a discussão em torno das modelagens poliárquicas que caracterizam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011).

Esse modo de organizar o SUS, foi estabelecido institucionalmente por meio da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que dispõe as diretrizes de composição das RAS e as define como: *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*. Com isso, a ABS passa a ser considerada

coordenadora e ordenadora do cuidado aos usuários em uma organização horizontal, centrada nas necessidades de saúde ofertando atenção integral e longitudinal, para isso, interligando os diversos serviços e as ações em saúde (Brasil, 2010a).

Nesse cenário, são mapeados os sete atributos e as três funções da ABS na operacionalização de sua função junto à RAS. Entre os atributos, quatro são considerados essenciais: (1) constituir-se como primeiro contato: discute-se acesso e uso dos serviços para cada novo problema ou novo episódio para os quais se procura atenção à saúde; (2) longitudinalidade, corresponde ao aporte regular de cuidado e uso consistente durante o tempo, marcado por um relacionamento de confiança mútua e humanização entre equipe e usuários; (3) integralidade tem três sentidos, atender às necessidades da população no que se refere à promoção, prevenção, reabilitação, cura, cuidado e palição; ser capaz de ofertar serviços em outros pontos de atenção à saúde, em geral, entre aqueles com maior densidade tecnológica; e reconhecer o adoecimento como um processo multidimensional; e (4) coordenação, enquanto capacidade de garantir continuidade da atenção identificando problemas que requerem acompanhamento e exercer o papel de centro de comunicação da RAS (Starfield, 2004; Mendes, 2011, 2015).

Entre os atributos derivados, relaciona-se o foco na família que deve ser considerada como unidade social pela equipe de saúde para que suas intervenções ocorram de forma singular conhecendo seus problemas de maneira integral. O segundo atributo derivado discute sobre a orientação comunitária da ABS, reconhecendo as necessidades da família inseridas em um contexto físico, econômico e social, para isso, a equipe de saúde utiliza a análise situacional das necessidades da população adscrita propondo ações na perspectiva populacional integradas às ações intersetoriais. Por fim, a competência cultural como atributo que respeita as singularidades culturais da população exercitando em uma relação horizontal (Starfield, 2004; Mendes, 2011, 2015).

Resolubilidade é a primeira das três funções da ABS na RAS, define-se como a capacidade de atender a 90% das necessidades da população adscrita de forma resolutiva e capacitada, aspecto subsidiado pela capacidade cognitiva e tecnológica das equipes de saúde. Uma segunda função é constituir-se o centro de comunicação da RAS operando na ordenação de fluxos e contra-fluxos de pessoas, produtos e informações entre os diferentes equipamentos da RAS. A responsabilização, terceira função, corresponde ao conhecimento e relacionamento íntimo com a população adscrita que ocorre por meio da territorialização e gestão de base populacional (Starfield, 2004; Mendes, 2011, 2015).

A partir do Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/90, ocorreu a definição de acesso universal dos serviços dos SUS, de modo igualitário ordenando às ações e serviços de saúde consolidados em uma rede regionalizada e hierarquizada. Associado a esse arcabouço, uma análise das condições de saúde da população brasileira identificou o que se chama de tripla carga tripla de doenças, ou seja, a junção de uma agenda não concluída de problemas de desnutrição, infecções e problemas de saúde reprodutivos, ao qual se sobrepõe os desafios das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, e o crescimento de problemas de saúde relacionados causas externas e situações de violências. Diante disso, foram priorizadas a implementação e implantação de cinco Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS (Brasil, 2011a, 2014), conforme o Quadro 1, a seguir:

**Quadro 1.** Redes Temáticas de Atenção à Saúde, seus objetivos e equipamentos. Botucatu/SP. 2019.

Rede de Atenção à Saúde	Objetivo	Equipamentos
<b>Rede Cegonha</b>	Assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis	Pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação
<b>Rede de Atenção à Urgência e Emergência</b>	Articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.	Promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitalar-dia
<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>	Criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS	Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Ações de prevenção e de redução de danos e Operacionalização da rede

<b>Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</b>	Criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.	Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência.
<b>Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas</b>	Estabelecer diretrizes para a organização de linhas de cuidado, considerando doenças crônicas as que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo.	Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação

Fonte: Brasil, 2011a, 2014.

Como pode ser observado no Quadro 1, no modelo de atenção saúde que organiza a RAS no Brasil, a ABS é onipresente nas redes. Considerando que a ESF é a unidade funcional prioritária para a organização dos serviços do SUS, espera-se que impulse a mudança no modo de produção do cuidado e seja capaz de abordar as condições de saúde dos indivíduos na articulação entre singularidade no âmbito familiar e comunitário. Há mais de vinte anos que a ESF, em seu grau máximo de capilaridade, tem representado a aposta para a operacionalização dos princípios e diretrizes que regem a ABS e o SUS (Brasil, 1990, 2017c).

Contudo, os desafios que o SUS e, por consequência a ESF, precisam transpor são inúmeros e perpassam as dimensões político-institucional, organizacional e técnico-assistencial de maneira isoladas e inter-relacionadas (Teixeira, 2003). De interesse a esse estudo, nessa última dimensão, observa-se a coexistência de dois modelos de atenção que ora se complementam e ora se opõem: o modelo biomédico hegemônico, caracterizado, em geral, pela dissociação do contexto social, econômico e cultural sobre as condições de saúde, pelo enfoque na doença, na dimensão biológica, na intervenção médico-hospitalar com alta densidade tecnológica material. Em antítese, o modelo contra-hegemônico, voltado para a lógica da vigilância à saúde, tomado como horizonte normativo para o SUS por meio da ESF (Fertonani et al., 2015; Esmeraldo et al., 2017).

Com a implantação das RAS, inquestionáveis avanços foram observados para as duas primeiras dimensões dispostas anteriormente, todavia, os desafios inseridos na dimensão técnico-assistencial têm sido tanto maiores quanto. Na intersecção desse objeto de estudos, é

possível apontar duas interfaces que serão discutidos posteriormente, a interface saúde mental e ABS, e a incorporação das PICS.

### **A interface Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde**

Antes de abordar os desafios na micropolítica dessa interface, optou-se por compor uma breve narrativa histórica que elucide a defesa pelo cuidado em liberdade e pela AP, compreendida aqui, como cuidado à pessoa em sofrimento psíquico no território. Pretende-se ainda avançar no entendimento das convergências entre essas duas políticas, principalmente, no que concerne às características contra-hegemônicas da AP e ABS.

No que se refere às políticas de saúde mental, foi também no final da década de 80 e início da década de 90, que a OMS, comprometida com lema da Conferência de Alma-Ata - *Saúde para todos no ano 2000*, elaborou um dos primeiros documentos tratando sobre a inserção da saúde mental na ABS, relacionando-a à questão do impacto direto aos custos e efetividade dos serviços de saúde, e da sua utilidade, uma vez que a saúde mental e emocional dos usuários não pode ser fragmentada de outras esferas da vida (Organização Mundial da Saúde, 1990a; Brasil, 2002).

A importância da referida interface está atrelada às melhorias no funcionamento dos serviços, no desenvolvimento socioeconômico, na promoção da qualidade de vida e da saúde mental e emocional das populações adscritas. Ações que atuam sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico não devem ser interpretadas como mais uma atribuição profissional dentro de uma agenda túrgida de responsabilidades, mas, um componente que carrega o potencial de conferir maior resolubilidade aos serviços que compõem a ABS (Organização Mundial da Saúde, 1990a; Brasil, 2002).

Nessa mesma década, ao reconhecer a ABS como um modelo de reorganização da atenção à saúde, a OMS intervém diretamente sobre as políticas de atenção à saúde mental por meio da Declaração de Caracas. Primeiro, identificando que o modelo hospitalocêntrico predominantemente vigente na época, promove o isolamento da pessoa o que impede seu desenvolvimento no convívio social e abarca a maior parcela dos recursos humanos e financeiros destinados à saúde mental, desse modo, dificultando a implementação de uma política de atenção convergente para os propósitos da Conferência de Alma-Ata (OMS, 1990b; Brasil, 2004; Hirdes, 2009).

Por conseguinte e diante dessa problemática, os governos e os programas na área de saúde mental e psiquiatria foram orientados a reestruturar sua organização, inserindo seu equipamentos na ABS e, concomitantemente, desencorajando o enfoque centralizador dado ao hospital psiquiátrico. Nesse momento as políticas de formação de recursos humanos começaram a se voltar à capacitação em torno de serviços comunitários abertos e internações em hospitais gerais (OMS, 1990b; Hirdes, 2009).

O modelo assistencial prestado no Brasil à pessoa em sofrimento psíquico passou a ser enfaticamente criticado a partir da década de 1970, sob influência do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana e imbricado em um cenário social, político, econômico e cultural determinante para a redemocratização do país (Brasil, 2005; Alves; Guljor, 2008; Barroso; Silva, 2011).

Nesse contexto, diversos atores sociais diretamente envolvidos e organizado no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) apresentaram suas denúncias às formas desumanas de cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico. Assim, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira começa a ser discutido publicamente, repercutindo em mudanças na organização dos serviços de saúde mental e psiquiatria (Brasil, 2005; Barroso; Silva, 2011).

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental houve a proposta de elaborar comissões que se propunham a discutir o rumo da assistência às pessoas em sofrimento psíquico no país, período em que o modelo comunitário e a desinstitucionalização ganharam força (Alves; Guljor, 2008; Barroso; Silva, 2011).

Avançando em sua compreensão, toma-se a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo ainda contemporâneo, ou seja, constitui-se de dimensões simultâneas e inter-relacionadas nem sempre convergindo para um mesmo posicionamento. Costuma-se atribuir a esse movimento social quatro dimensões definidoras (Amarante, 2007):

(1) *teórico-conceitual*: ou epistêmica, pois, refere-se aos questionamentos dos saberes hegemônicos que sustentam as concepções em torno da doença mental, do transtorno psiquiátrico, do louco, entre outros e que estão relacionados ao saber psiquiátrico e à racionalidade científica positivista;

(2) *técnico-assistencial*: está relacionada às práticas, uma vez que as concepções dos trabalhadores e gestores mobilizam seus fazeres, essa dimensão está intimamente ligada à anterior, pois, compreende o modo de produzir cuidados

em saúde mental. As críticas estão em torno da reprodução da assistência baseada no modelo manicomial pelos serviços e pelos trabalhadores;

(3) *político-jurídica*: constitui um grande desafio da Reforma Psiquiátrica, pois, pretende avançar no arcabouço legal que possibilite autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, vai ao encontro do regaste dos direitos humanos uma vez que o aparato teórico-conceitual pela via da alienação, esvaziou a noção de sujeito de direitos. A Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, é sua principal representante (Brasil, 2004); e

(4) *sócio-cultural*: tem como objeto de ação a sociedade e os objetivos de mobilizar o lugar do louco no território, provocar o imaginário social no entorno da loucura que tem sido responsável pela perpetuação do estigma e do preconceito. Uma das conquistas mais simbólicas nessa dimensão é o Dia da Luta Antimanicomial, 18 de maio, que faz alusão ao Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental que ocorreu no ano de 1987 na cidade de Bauru/SP.

Dessa forma, a transformação do tratamento e da assistência em saúde mental tem por base uma revisão em profundidade do aparato do saber psiquiátrico que implica, diretamente, na ressignificação do cuidado que opera a partir de premissas como a liberdade em negação ao isolamento, integralidade em substituição à seleção e à fragmentação, enfrentamento do risco social em contraposição ao modelo nosológico e ao diagnóstico, conceito de direito sobre a noção de reparo, cuidado sobreposto à cura e exercer o papel de agenciador ao invés de referenciar (Alves; Guljor, 2008).

Diante de permanentes transformações, a AP vai ao encontro da construção de um campo multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. E ainda se constitui inserido e transcendente ao campo da saúde atingindo os direitos humanos, a assistência social, a educação, a justiça, o trabalho, a economia solidária, a habitação, a cultura, o lazer, os esportes etc (Brasil, 2010b). Do mesmo modo que observado nos aspectos da ABS, a AP conta com modelos contrapostos, denominados, modelo manicomial e modelo de AP, cujas características foram sintetizadas na Quadro 2 (Yasui, 2010):

**Quadro 2.** Principais características do modelo manicomial versus modo psicossocial. Botucatu/SP. 2019.

<b>Modelo Manicomial</b>	<b>◀Atributos▶</b>	<b>Modo Psicossocial</b>
Doença Mental	<b>◀Objeto▶</b>	Existência-sofrimento
Neurociências	<b>◀Pressuposto Teórico▶</b>	Transdisciplinaridade
Isolamento	<b>◀Ações▶</b>	Diversidade
Biologicista	<b>◀Estratégias▶</b>	Multiplicidade de Saberes
Médico no Hospital	<b>◀Agentes e Locais▶</b>	Coletivos em Rede
Exclusão e Violência	<b>◀Práticas Sociais▶</b>	Inclusão e Solidariedade

Fonte: Yasui, 2010.

Um dos marcos políticos importantes desse movimento da Reforma Psiquiátrica para consolidação do modo de AP, é representado pelo Projeto de Lei n.º 3.657/1989, elaborado pelo deputado Paulo Delgado e que dispunha sobre a extinção gradual dos manicômios associada à substituição por outros recursos assistenciais comunitários. No entanto, só após doze anos de tramitação, esse referido projeto foi promulgado na Lei n.º 10.216/2001. Esse tempo leva à reflexão de como a Reforma Psiquiátrica brasileira se constitui na atualidade, um complexo processo sócio-político e intersetorial, trazendo à sociedade discussões e uma multiplicidade de ações, atores e instituições (Brasil, 2005; Hirdes, 2009; Barroso; Silva, 2011).

A Portaria n.º 224, publicada pelo MS em janeiro de 1992, dividiu o atendimento em saúde mental em dois blocos, hospitalar e comunitário. No primeiro bloco, inseriam-se a internação hospitalar e a internação-dia, como recurso intermediário da internação integral com prazo estipulado de 45 dias. No bloco hospitalar houve o primeiro avanço nos serviços comunitários regulando os Centros de Atenção Psicossociais (diferem dos moldes da Portaria n.º 336/2002) e Núcleos de Atenção Psicossociais. A instituição de equipes multiprofissionais e ações psicossociais de caráter individual e grupal (Brasil, 2004).

A década de 1990 foi um período de ampliação e consolidação das quatro dimensões que compõem a Reforma Psiquiátrica brasileira. Houve um movimento político de incentivo para ampliação dos serviços extra-hospitalares para subsidiar a remuneração aos serviços alternativos à internação, concomitante, ao enrijecimento das regras para funcionamento dos hospitais psiquiátricos de caráter manicomial que desencadeou fechamento de algumas dezenas e redução de milhares de leitos (Tenório, 2002).



No ano de 2002, a Portaria n.º 336 publicada em 19 de fevereiro, estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), suas tipologias e seus recursos humanos. Um panorama nacional mostrou que esse serviço passou por uma expansão levando ao aumento da cobertura em cidades de pequeno porte, o que sinaliza um processo de interiorização. No ano de 2014, o Brasil contava com 2.209 CAPS implantados perfazendo uma proporção de 0,86CAPS/100.000 habitantes, considerada muito boa (melhor menção) (Brasil, 2015).

No entanto, além de discutir a implantação desses serviços, que foram considerados a alma da Reforma Psiquiátrica brasileira e atualmente correspondem à Atenção Estratégica da RAPS; a qualidade e a efetividade dos serviços precisam ser seriamente pensadas. É necessário olhar criticamente para a estrutura, a gestão, o processo e a organização do trabalho, a qualidade da clínica na atenção às crises, a inserção no território, a ação intersetorial, a articulação dinâmica com a ABS. Nesse movimento, reforça-se a construção diária por meio da elaboração de novas perspectivas, discussão e ação que incluam a participação ativa dos usuários e familiares representando a garantia do aperfeiçoamento, da expansão e da permanência desses serviços (Brasil, 2010b).

Entre 2007 e 2010, a Portaria GM 154/08, recomendando a inclusão de profissionais de saúde mental junto às equipes do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), foi a ação que mais representou avanço na interface AP e ABS, e por isso há a necessidade de um monitoramento crítico. Em 2014, contava-se com 3.898 equipes de NASF distribuídos entre 39.228 equipes de ESF. Vale considerar ainda que, dos 8.712 municípios abaixo de 15.000 habitantes que não possuem população para CAPS, encontra-se 1.671 equipes de NASF, situação está que aponta para a necessidade de ampliação da cobertura em municípios de pequeno porte (Brasil, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída como uma das redes temáticas prioritárias por meio da Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, destinada para o cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS. Reorganizou a assistência por meio da incorporação de serviços relacionados entre si de forma horizontal e propôs como objetivos: ampliação do acesso à AP, promover vinculação das pessoas em sofrimento psíquico nos serviços e garantir a articulação e a integração entre os equipamentos. A Figura 1 dispõe os serviços que constituem a RAPS (Brasil, 2011b).

<b>Atenção Básica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades Básicas, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centros de Convivência, Equipes de Consultórios na Rua</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades</li> </ul>
<b>Atenção às Urgências e Emergências</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU, UPA, PS, UBS</li> <li>• Salas de Estabilização</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidades Terapêuticas, Serviços de Atenção em Regime Domiciliar, Unidades de Acolhimento</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermarias em Hospitais Gerais e Hospitais de Referência</li> </ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos</li> </ul>
<b>Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperativas sociais, Geração de Trabalho e Renda e Economia Solidária</li> </ul>

**Figura 1.** Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Botucatu/SP. 2019. Fonte: Brasil, 2011b.

Desse modo, identifica-se que há um esforço dedicado à expansão e ao fortalecimento dos serviços da AP. É notório que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira repercutiu em uma reconfiguração da demanda no âmbito da ABS que passou a incorporar ações de cuidado em saúde mental. Uma lacuna pode ser observada na formação dos trabalhadores diante dessa nova necessidade de saúde que se constrói. A responsabilização pelo cuidado em saúde mental na ABS não foi acompanhada por ações educativas e formativas, necessidade que só recentemente vem sendo contemplada com a atuação do NASF.

Em quatro grandes capitais brasileiras - Fortaleza, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo, foi rastreada, entre usuários da ESF, uma alta proporção na prevalência de Transtorno Mental Comum, Ansiedade e Depressão (respectivamente 53,3%, 39,5% e 25,3% em São Paulo) associada à população feminina, desempregada com baixos níveis de escolaridade e renda. Mesmo considerando as limitações desse estudo, cerca de 50% da população estudada têm fatores de risco para o desenvolvimento de algum transtorno mental, situação que deve ser interpretada como prioridade nas políticas de saúde do país. Diante dessa problemática, é importante que as equipes da ESF estejam conscientes da extensão dos problemas psicossociais e atuem no sentido de construir ações que vão ao encontro dessas necessidades (GONÇALVES et al., 2014).

Considerando ainda aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais no âmbito da ABS, em um estudo de coorte transversal com 712 gestantes distribuídas entre dezoito Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região sul do Brasil foi observado a prevalência de 41,7% de prováveis transtornos psiquiátricos, dentre eles citam-se depressão maior, ansiedade generalizada e pânico. Além disso, as condições de não trabalhar ou estudar, não morar com companheiro e ter dois filhos ou mais estiveram associadas ao aumento do risco (Almeida et al., 2012).

A situação não é diferente na população pediátrica em que, por meio de um questionário de rastreamento, foi encontrada uma porcentagem de 25,3% de escore indicativo de problemas de saúde mental na faixa etária de cinco a 11 anos de idade. No contexto da ABS, foi observado ainda que os pediatras possuem baixa sensibilidade diagnóstica indicando limitações na atuação de trabalhadores dessa especialidade. Isso se evidenciou ao analisar as hipóteses diagnósticas que se concentraram nos transtornos específicos do desenvolvimento ou área somática e quando a alta sensibilidade dos pais não se constituiu um fator de modificação da postura investigativa por parte do profissional. Reforça-se a consulta médica centrada na queixa e a resolução configurada por orientações e encaminhamentos (Tanaka; Ribeiro, 2009).

As intervenções de acolhimento e as orientações são menos valorizadas, no entanto, as mais praticadas e quando associadas à visita domiciliar promovem o vínculo e a acessibilidade da família e do usuário inseridos em seu contexto de vida, o que representa a territorialização no seu contexto mais capilar (Arce; Sousa; Lima, 2011).

Trabalhadores da equipe da ESF centralizam no acolhimento a ação de cuidado aos usuários com transtornos mentais. Mesmo com a especificidade do núcleo de cada profissão em relação à clínica, são comuns a escuta ativa e a comunicação efetiva importando a atuação profissional para o terreno das tecnologias leves. Esse movimento gera uma alteração na lógica da produção de cuidado que passa a ser marcada pela subjetividade que por sua vez valoriza a linguagem, os sentimentos, os sentidos e os espaços para o diálogo e para a escuta qualificada. A construção do cuidado deixa de ser para o outro e passa a ser com o outro, baseada em projetos de vida comprometidos com a realidade das pessoas (Magalhães et al., 2012).

O encaminhamento de casos a locais da rede de cuidados que ofereçam especialista em saúde mental continua sendo a atuação mais representativa de eficácia para os profissionais e para a população atendida nos equipamentos da ABS. Além de essa ação representar um esforço dos profissionais em inserir os usuários nos diferentes equipamentos da sociedade,

evidencia ainda a abrangência do campo social intrínseco à saúde mental (Tanaka; Ribeiro, 2009; Arce; Sousa; Lima, 2011; Pinto et al., 2012).

Atividades em grupo, para as pessoas em sofrimento psíquico, têm sido um instrumento explorado no âmbito da ABS por possibilitar a troca de experiências de vida e conhecimentos, local de produção de subjetividades e subsídios para o processo de inclusão e de reabilitação social dos indivíduos em sofrimento psíquico. No entanto, esse resultado está subordinado à competência de o profissional coordenar grupos e utilizar-se, durante o planejamento, dos interesses das pessoas participantes (Magalhães et al., 2012).

As dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da ABS em relação à demanda de saúde mental gira em torno da ausência de redes de cuidados articuladas nos territórios, incluindo número restrito de CAPS. Em relação ao encaminhamento, uma das ações mais praticadas pelos profissionais, o número de vagas oferecido aos serviços especializados em Saúde Mental é marcadamente menor que a demanda identificada pelas equipes; essa realidade leva a equipe vivenciar frequentemente um conflito que infringe princípios éticos profissionais e do SUS (Arce; Sousa; Lima, 2011).

Essa realidade foi observada em um estudo avaliativo com profissionais da ABS que atribuem à demanda de saúde mental sentimentos de angústia que estão associados à complexidade dos casos que em sua maioria tange à vulnerabilidade social. Nesse contexto, as limitações na resolubilidade de uma abordagem clínica tradicional, tipo queixa-conduta, ficam ainda mais evidentes (Campos et al., 2011).

A desinstitucionalização, uma das repercussões da Reforma Psiquiátrica brasileira, acarretou em um incremento na demanda de saúde mental nos serviços comunitários, a qualidade do cuidado prestado a essa população, entretanto, não acompanhou esse crescimento. Essa realidade desencadeia uma lógica de encaminhamentos para serviços especializados, organizando um contra-fluxo ao proposto nas políticas de saúde mental e distorcendo a função dos dispositivos da AP, além de reforçar uma lógica irresponsável de encaminhamentos na RAS (Machado; Camatta, 2013).

A centralização da figura do médico nas ações de Saúde Mental na ABS desvaloriza a importância das ações de outros profissionais e gera incertezas relacionadas às intervenções executadas. Esse reducionismo dos profissionais que dificulta o compartilhamento de ações reforça o processo de medicalização social (Arce; Sousa; Lima, 2011; Magalhães et al., 2012).

Em relação à formação dos profissionais da ABS em Saúde Mental, um estudo demonstra que treinamentos bem estruturados com utilização de metodologias ativas têm

eficácia comprometida devido à influência das ações programáticas e das demandas que surgem considerando o perfil epidemiológico do país (Gonçalves et al., 2014). Essas ações também foram apontadas como fatores que dificultam a concretização de abordagens mais integralizadas, pois, cerceiam a possibilidades de os trabalhadores atuarem considerando a exploração dos recursos da comunidade (Pinto et al., 2012).

A falta de capacitação, juntamente com a precariedade da estrutura física e insuficiente número de profissionais são fatores que também estão relacionados à desorganização da prestação de assistência de saúde mental. Os profissionais da ABS responsabilizam a equipe do CAPS ou NASF quanto à capacitação no que se refere à saúde mental (Pereira et al., 2012).

A concepção dos trabalhadores da ESF, da pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares em torno do matriciamento opera práticas inovadoras em focos multidisciplinares de atuação. Demonstam-se melhorias na articulação do cuidado dinamizando a comunicação entre CAPS e ESF, e permite a elaboração de abordagens clínicas que se constituíssem horizontais possibilitando a subjetivação do usuário. Há também, apontamentos que caracterizam dificuldades de operacionalização, como a formação e a concepção dos trabalhadores em relação à demanda de saúde mental. Nota-se uma carência de conhecimentos básicos nos aspectos subjetivos do cuidado, manejo das crises, relacionamento interpessoal e no instrumental terapêutico (Pinto et al., 2012; Machado; Camatta, 2013).

O matriciamento tem sido um arranjo de organização dos serviços de saúde em que duas equipes colocam-se em apoio em relação às demandas do trabalho em saúde. Desse modo, uma equipe conhecida por equipe de apoio matricial oferece retaguarda especializada, suporte técnico, vínculo interpessoal e apoio institucional na construção de projetos terapêuticos que estão sob responsabilidade de outra equipe, que se denomina equipe de referência. Esse tipo de organização corresponde a uma tecnologia em saúde que aproxima as equipes do modelo ampliado de saúde, servindo de orientação entre as ações integradas do NASF e equipes da ESF (Chiaverini, 2011).

Após ter apresentado o resgate histórico e o arcabouço político que sustentam a interface entre SM e ABS, pode-se identificar, por meio das pesquisas realizadas na ABS investigando o desenvolvimento do cuidado psicossocial, avanços quanto à organização das equipes e na implementação de tecnologias relacionais. Mas também é possível, discutir fragilidades que estão em torno das concepções e das ferramentas utilizadas no processo de trabalho ainda atreladas ao modelo biomédico, bem como, afirmar que há uma distância entre

o desenvolvimento e implantação de políticas e sua real efetivação da dimensão assistencial. Nesse sentido, parte-se para a apresentação do último referencial teórico: as PICS reafirmando a aposta de que sua implementação nos serviços da ESF podem favorecer a reversão do modelo de atenção e auxiliar as ações no desempenho e no exercício do cuidado psicossocial.

### **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**

Retomando a discussão na década de 1970, resgata-se um movimento iniciado pela OMS em nível mundial para o desenvolvimento das Práticas Alternativas e Complementares em Saúde (PACS) por meio do Programa de Medicina Tradicional em que incentivou seus países-membros a organizar e a inserir em seus sistemas de saúde o uso racional das Medicinas Tradicionais (MT) e Medicina Alternativa e Complementar (MAC). Posteriormente, em 2005 esse posicionamento foi reforçado com a publicação do documento intitulado *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005* (World Health Organization, 1978, 2002, 2004, Brasil, 2006).

No Brasil, uma análise da introdução de outras racionalidades médicas aponta para três fatores que se iniciaram entre as décadas de 60 e 70. O primeiro, um amplo contexto social, reconhecido como movimento contracultural, liderado pela juventude da época na busca de novas possibilidades terapêuticas, o que desencadeou a importação de sistemas exógenos de crenças e orientações, principalmente, de origem oriental (Souza; Luz, 2009).

Um segundo fator se refere à crise na saúde, cenário que ainda na atualidade tem sido interpretado como um fenômeno que modifica as práticas de cuidado. Naquele momento têm suas origens em questões sociais, como a epidemiologia do mal-estar, e econômicas – internacionalização capitalista agravando as desigualdades. O terceiro fator, mais circunscrito, relaciona-se à crise da medicina, resumidamente ilustrada pela ineficácia de formação de profissionais resolutivos, pela competição da hegemonia no campo da saúde, pelas relações conflituosas entre médico e paciente, e pelas rupturas epistemológicas na construção histórica do saber e da prática da biomedicina (Souza; Luz, 2009; Pinheiro; Luz, 2010).

Ao observar mais detalhadamente, é possível reconhecer diversas situações comuns que impulsionaram, na década de 60, as referidas crises do setor saúde e médico, dentre elas: mudança no perfil de morbimortalidade, diminuição da incidência de doenças infectocontagiosas, aumento das doenças crônico-degenerativas, aumento da expectativa de

vida, crítica à assimetria da relação médico-paciente, maior orientação quanto aos limites da medicina tradicional, insatisfação com o funcionamento dos sistemas de saúde e maior esclarecimento quanto aos efeitos colaterais e intervenções cirúrgicas (Otani; Barros, 2011).

A década de 80 contou com ações pontuais que contribuíram para o avanço de algumas racionalidades médicas no Brasil, bem como, sua institucionalização. A homeopatia foi a primeira, em 1985, por meio de um convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Instituto Hahnemaniano do Brasil. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi deliberada introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida. Dois anos mais tarde, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação fixou normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (Brasil, 2006; Pennafort et al., 2012).

Posteriormente, a partir de 1995 outras ações foram instituídas, como o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), foi aprovada a incorporação ao SUS de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares. Em seguida, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, recomendou-se a introdução na ABS de práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia. Foi no ano de 2003 que conformou-se o Grupo de Trabalho no MS, com o objetivo de discutir a formulação de uma política de práticas não convencionais para o SUS (Brasil, 2006).

Assim, inúmeros movimentos e iniciativas foram se acumulando no Brasil e culminaram, em última instância, na PNPIC publicada no ano de 2006. Com isso, há uma delimitação sobre o campo das PICS envolvido em sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos voltados para estimular a inserção de mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, utilizando tecnologias eficazes e seguras, tendo como fundamentos: a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o ambiente e a sociedade. Propõe ainda a ampliação da compreensão do processo saúde-doença e a promoção do cuidado humano enfatizando a autonomia (Brasil, 2006).

A nível federal, o SUS instituiu o apoio e o incentivo para a oferta desses recursos terapêuticos à população e tem na ABS a ênfase de sua implantação, sendo majoritária na tímida oferta das PICS, situação que representa um acerto na priorização desse local por parte da

PNPIC, considerando as diretrizes da longitudinalidade, do acesso facilitado e da proximidade territorial, em tese, permitidos pela ABS (Tesser, 2010a).

Ademais, é o ambiente esperado para sua operacionalização, com o intuito de concretizar a ideia de pluralismo nos cuidados de saúde a partir da ampliação e facilitação do acesso às PICS. A sua inserção na ABS é reforçada por proporcionar práticas de promoção da saúde e utilizar abordagens para lidar com o cuidado de sofrimentos difusos ou localizados para os quais a biomedicina apresenta severos limites e problemas (Helman, 2009; Souza; Luz, 2009; Tesser 2010a).

Os desafios para a consolidação e gradativo avanço da inserção das PICS na ABS giram em torno da disponibilidade de profissionais especializados nas equipes de ESF, da organização de serviços de referência dessas racionalidades, da sistematização de experiências exitosas enfatizando a contribuição dessas medicinas para a humanização e integralidade do cuidado, do fornecimento de insumos por parte dos órgãos públicos e da disponibilidade dos profissionais articularem-se na prática dos serviços de saúde alcançando um processo de cuidado híbrido e sincrético (Tesser, 2009, 2010a).

Nesse sentido, a PNPIC propõe-se ao fortalecimento das iniciativas já existentes, pois, sua institucionalização no SUS, publicada posteriormente, vem ao encontro de favorecer ações pontuais já implantadas nas comunidades otimizando seus recursos sejam humanos ou técnicos (Brasil, 2006). Isso reforça a importância e a convergência das PICS serem implantadas junto à ABS, e conseqüentemente, demanda apoio institucional e dos gestores no comprometimento da expansão social destas, influenciando a cultura dos usuários e profissionais em um movimento que desconstrói uma visão unificada de medicina que reduz as possibilidades de cuidado comunitário à saúde (Tesser; Sousa, 2012).

A Medicina Convencional ou Alopática tem sido fonte crescente de insatisfação populacional, pois, dicotomiza o cuidado com a especialização, tecnificação e padronização da medicina, evidenciando uma lacuna em relação à integralidade da assistência prestada. Diante disso, discute-se uma crise no âmbito da saúde – sanitária e médica, que vem alterando as relações tradicionalmente fundamentadas na clínica baseada na racionalidade médica ocidental (Otani; Barros, 2011; Pennafort et al., 2012).

Nesse movimento, atenta-se para a tendência de objetificar os problemas de saúde, assim como, a história trazida pelos usuários, mesmo reconhecendo a existência de uma vertente psicossomática ou psicogênica nas etiologias. Essa característica reforça a ruptura e a desarmonia na relação médico-paciente e imprime a marca biológica sobre as representações



sociais do adoecimento e sua causa, e do processo de saúde, cuidado e recuperação (Silva; Tesser, 2013).

Em contrapartida, as PICS concebem a doença amplamente, resgatando dimensões socioculturais e emocionais, de forma que há um distúrbio no equilíbrio energético do sujeito antecedendo as alterações a nível orgânico. Essa característica pode ser acessada quando se analisaram as concepções e os saberes de enfermeiros que aplicam esses recursos terapêuticos no contexto hospitalar, observando na prática a ampliação da compreensão sobre o usuário hospitalizado, assim como, sobre o problema de saúde enfrentado por meio da utilização de conceitos como energia vital e cosmos conferindo maior dinamismo e complexidade ao adoecimento (Melo et al., 2012; Pennafort et al., 2012).

Além de tencionar os limites da compreensão sobre o processo de adoecimento, as PICS reservam convergências com a promoção à saúde. A utilização de recursos terapêuticos voltados para o cuidado às pessoas e às suas relações procura realizar o humano enquanto tal, por meio de um processo de transformação religando-o com o cosmos, com o mundo e com os outros. Essa prática tangencia o *empowerment* comunitário, ou seja, o fomento do cidadão mais atuante, a sociabilidade e a construção de redes de apoio comunitárias. Outro ponto de interligação com a promoção à saúde reside no âmbito pedagógico, primeiro pelo fato de que os recursos terapêuticos das PICS estruturarem uma visão mais positiva da saúde, implicando em aprendizado disciplinado e organizado para a prática das técnicas. Consequentemente, possibilita o autoconhecimento e crescimento das pessoas, ao ressignificar experiências advindas com o adoecimento, sofrimento e cura. (Tesser, 2009).

Desse modo, considera-se que os praticantes e terapeutas em contato com esses recursos terapêuticos podem viver em si mesmos experiências que os possibilitem desenvolver razoável grau de sabedoria, prática, ética e solidariedade. Isso reforça com maior sustentação do *empowerment* comunitário e marca as relações profissionais, contando com uma inserção colaborativa e de apoio, suscitando menos corporativismo (Tesser, 2009).

As PICS têm como características definidoras a relação terapêutica entre profissional e usuário como fundamento, a abordagem do usuário como um todo, práticas e técnicas orientadas para a cura, participação ativa do paciente no tratamento exploração de meios terapêuticos simples, construção da autonomia do usuário como princípio e avançando o conceito de complementaridade entre as racionalidades médicas (Otani; Barros, 2011; Pennafort et al., 2012).

Reforçando a proposta complementar, o termo Medicina Integrativa propõe uma combinação da medicina convencional e alternativa com uso de evidências, mantendo o objetivo de pluralizar as formas de tratamento aos pacientes. Em seus pressupostos, esse conceito guarda afinidade com temas importantes na saúde brasileira como integralidade, humanização, construção de evidências científicas e mudanças na educação em saúde. De forma que seu maior desenvolvimento carrega a potencialidade de impulsionar mudanças no sistema de saúde a longo prazo, favorecendo a criação de serviços integrados, com diminuição de custos, aumento das ações de prevenção e promoção à saúde (Otani; Barros, 2011).

O desenvolvimento das PICS no âmbito mundial permite uma análise aprofundada quanto aos fatores que limitam sua maior utilização, dos quais: escassas evidências científicas associadas a maiores investigações quanto à prática segura, indicações específicas para determinadas condições de saúde e a comparação de seus resultados junto aos padrões biomédicos, hegemonia da racionalidade biomédica na formação, na concepção e nas práticas organizacionais e institucionais (Sousa et al., 2012). Contudo, nota-se um aumento no número de publicação de estudos sobre as práticas alternativas e complementares entre os anos de 2000 e 2005, com maior concentração nos Estados Unidos, tendo como primeiros autores médicos realizando, principalmente, revisões de literatura (Otani; Barros, 2011).

Em um estudo com enfermeiros da atenção hospitalar, a formação marcada pelo modelo biomédico se constituiu um desafio frente à aplicação das PICS. Diante das limitações observadas pelo modelo biomédico durante a prática profissional, procuram por uma perspectiva do cuidado que possibilite a interligação de métodos e tecnologias que reposicionem o usuário resgatando o comprometimento e a corresponsabilidade (Melo et al., 2012).

Uma análise em municípios que ofertam atendimentos alinhados às práticas dispostas na PNPIC nos serviços do SUS demonstrou que os bancos de dados, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), possibilitam visualizar quais recursos terapêuticos são oferecidos, no entanto, sem detalhamento, devido às suas inconsistências e das portarias que os fundamentam. Aponta-se que a oferta cadastrada nesses bancos de dados é maior que a capacidade operacional dos profissionais cadastrados sugerindo que há profissionais exercendo as PICS sem registro no sistema (Sousa et al., 2012; Amado et al., 2018).

Observa-se, com base nos bancos de dados, uma característica brasileira peculiar que se refere à predominância da oferta de práticas corporais nos sistemas públicos, porém a

produção de estudos brasileiros que enfatizam essas atividades no âmbito da ABS é escassa. Em relação à acupuntura foi percebido um aumento da oferta a partir da abertura da licença profissional (Sousa et al., 2012; Amado et al., 2018). Ainda assim, limitações delineiam a oferta desse atendimento ao usuário no SUS, como demora nas filas e tratamento determinado por número de sessões (Silva; Tesser, 2013).

Um estudo realizado na ABS e no nível secundário do SUS apontou para um importante resultado em relação à eficácia da acupuntura, pois, mais da metade da população de estudo relata diminuição da dor em um índice entre 60 a 100%. Nota-se ainda a melhora em outros aspectos, diferentes das queixas principais que os levaram ao tratamento com acupuntura. Mesmo diante desses resultados, a constituição da acupuntura como um procedimento substitutivo e alternativo ao uso de medicamentos continua sendo uma questão a ser abordada, uma vez que pode manter intacta a questão de autocuidado e autonomia (Silva; Tesser, 2013).

A ação da acupuntura sobre a medicalização do social e da autonomia tem sido acessada apenas nos índices de efetividade da técnica, havendo a necessidade de estudos que se debrucem sobre essa potencialidade. Observar os resultados da acupuntura por um viés reduutivo e centrado no alívio de sintomas vai de encontro à afirmação de que a técnica, assim como qualquer outro recurso terapêutico, pode ser interpretada pelos usuários como mais uma especialidade médica sem que repercutam ações diretas sobre a heteronomia do usuário sobre o processo saúde-doença. Diante disso, o profissional representa o elemento que sustenta a postura e a intenção em uma abordagem vitalista e de cuidado ampliado (Silva; Tesser, 2013).

Aponta-se para a necessidade de iniciar um debate da Medicina Integrativa nas escolas médicas com um incremento no desenvolvimento e investimento em pesquisas e na validação de tipos de evidências específicas para a Medicina Integrativa, fortalecendo a avaliação da eficácia e do custo-efetividade. A inserção na graduação pode agir no sentido de resgatar valores no núcleo das profissões médicas acrescentando novas ferramentas para o cuidado, como a comunicação, o trabalho em equipe e a autonomia do paciente (Otani; Barros, 2011).

Especificamente para a Enfermagem, é notória a possível ampliação de seu campo de atuação com a apropriação das PICS enquanto componentes do cuidado a serem prestados aos usuários. Legalmente, a profissão foi pioneira quando, por meio da Resolução n.º 197 de 1997 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), reconheceu as práticas alternativas e complementares como especialidades da profissão. Contudo, em 15 de dezembro de 2015, a

Resolução n.º 500 revogou a anterior e conseqüentemente, impossibilitou a sustentação legal e ética da prática do Enfermeiro no exercício dos referidos recursos terapêuticos (Conselho Federal de Enfermagem, 1997, 2015).

No ano de 2018, por meio da Resolução n.º 570, retomou as PICS como a especialidade do Enfermeiro mediante a realização de cursos de pós-graduação lato sensu, denominando-a como Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares. Posteriormente, no mesmo ano, a Resolução n.º 581, de 18 de julho, afirmou a especialidade inserindo-a na Área I, onde se incluiu especialidades no campo da Saúde Coletiva, Saúde do Adulto e Saúde da Criança e do Adolescente (COFEN, 2018a, 2018b).

É ímpar a necessidade de inserção de disciplinas teórico-práticas estimulando o interesse dos estudantes por novas áreas de atuação. É diante da construção do conhecimento em saúde que haverá novas formas de implicação sobre a atuação profissional e com isso, possibilitar a capacidade de o enfermeiro executar e decidir sobre a utilização das PICS no cuidado individual e coletivo (Pennafort et al., 2012; Carvalho, Nogueira, 2017).

Essa abertura no escopo de atuação da Enfermagem em utilização das PICS, foi acompanhada, como apresentado anteriormente, da ampliação das modalidades ou recursos terapêuticos institucionalizados pelo SUS. No ano de 2006, a PNPIC dispunha a oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, observatório de medicina antroposófica e de termalismo social/crenoterapia. Onze anos depois, a PNPIC incorporou mais 14 práticas: arteterapia, ayuverda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Um ano depois, quando do Congresso Internacional de PICS no Rio de Janeiro, houve o anúncio da inclusão de mais dez recursos, entre eles aromaterapia e terapia floral sobre os quais será realizado um aprofundamento teórico, uma vez que representam os dois recursos terapêuticos selecionados para a intervenção nessa pesquisa (Brasil, 2006, 2017b, 2018b).

### **Aromaterapia como recurso terapêutico para o cuidado em saúde mental**

De acordo com a classificação do *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), principal centro dos Estados Unidos que regulamentam e pesquisam MAC, a Aromaterapia está inserida na categoria das terapias de bases biológicas que utilizam ervas, óleos e medicina ortomolecular (National Center of Complementary and Alternative Medicine, 2016). No Brasil, a PNPIC inclui a Aromaterapia como um recurso

terapêutico na ampliação que ocorreu em março de 2018, por meio da Portaria n.º 702/2018 do MS (Brasil, 2018b).

Em termos de definição, aromaterapia tem sido considerada uma ciência e uma arte que utiliza das propriedades químicas de óleos essenciais extraídos de plantas aromáticas, a fim de promover saúde e bem-estar, assim como, tratar e recuperar problemas de saúde em suas interfaces físicas e psíquicas (D'Angelo, 2002; Brasil, 2018a). A partir da inclusão como recurso terapêutico na PNPIC, o Brasil adotou definições distintas para outros dois termos: (1) Aromacologia: estudo das inter-relações entre os aromas (fragrâncias naturais e sintéticas) e a psicologia sobre o bem-estar físico, mental e emocional; e (2) Aromatologia: ciência que investiga o potencial terapêutico das propriedades físico-químicas dos óleos essenciais e seus derivados (Brasil, 2018a), definição esta que se alinha aos propósitos dessa pesquisa.

O início das discussões em torno da Aromaterapia Clínica ocorreu na França e seu desenvolvimento contou com três classes profissionais distintas: um bioquímico (René-Maurice Gattefossé), um médico cirurgião (Jean Valnet) e uma enfermeira (Marguerite Maury) (Buckle, 2015). Dito isso, é importante ressaltar duas características importantes ainda na origem da clínica aromaterapêutica: compartilhar uma prática multiprofissional e contar com a contribuição da Enfermagem.

Considerando os diferentes métodos de aplicação de óleo essencial praticados ao redor do mundo, é possível identificar três escolas predominantes: alemã, inglesa e francesa. A primeira defende a inalação como a melhor maneira de explorar os benefícios terapêuticos dos óleos essenciais, pois, suas moléculas atingem o sistema circulatório atravessando os alvéolos pulmonares, e concomitantemente, o sistema nervoso central, por meio dos nervos olfatórios. A escola inglesa defende a utilização dos óleos essenciais diluídos em carreadores na concentração de 2-5%, pois, compreende que a pele é o órgão primário de absorção. Diferentemente, a escola francesa enfatiza a administração oral, embora utilize também os métodos inalatório e tópico (pele e mucosas) (Stewart, 2006).

Essas particularidades geram, ainda na atualidade, comparações entre as escolas francesa e inglesa, cujas explicações se enraízam nesse desenvolvimento histórico. Cronologicamente, a França representa o berço da aromaterapia científica ou moderna, com relatos dos primeiros resultados na década de 20 (séc. XX), os principais envolvidos eram médicos que se interessavam pelos efeitos terapêuticos e de manutenção da saúde atribuídos aos óleos essenciais. Essa característica, fez com que o desenrolar da prática da aromaterapia

se concentrasse mais em sua exploração terapêutica (*therapy*) que aromática (*aroma*) (Stewart, 2006).

Por outro lado, na década de 50 (séc. XX), o desenvolvimento da aromaterapia da escola inglesa foi iniciado na Grã-Bretanha pela enfermeira e bioquímica Marguerite Maury, formada pelos pioneiros franceses da aromaterapia. Por sua formação não médica, enfocou o estabelecimento de um método de diluição de óleos essenciais para aplicação em massagem e estética. Nesse sentido, a prática inglesa se concentrou na exploração aromática (*aroma*) que terapêutica (*therapy*) (Stewart, 2006).

Mais do que apontar diferenças, essas digressões históricas permitem evidenciar a potencialidade da aromaterapia como recurso terapêutico considerando suas diferentes vias de administração e aplicações, atributo que possibilita o estabelecimento de uma intervenção que se alinhe às preferências do usuário reforçando a propriedade da prática do cuidado singularizado e plural que caracteriza as PICS.

Além disso, também tornam possível iniciar uma explicação relacionada à dificuldade de discussão dos resultados obtidos em pesquisas utilizando aromaterapia. Por serem diversos os métodos de aplicação, vias de administração e óleos essenciais que cada pesquisa pode aplicar na investigação em respeito ao seu objeto de estudo, a generalização e a comparação entre os resultados das investigações se fragilizam e precisam considerar os detalhes do delineamento metodológico das investigações.

A ampla possibilidade de inter-relações foi observada no núcleo específico de atuação da Enfermagem. Para o exercício do cuidado na profissão, diversas são as teorias que embasam o raciocínio e a ação assistencial do Enfermeiro, além disso, essas teorias devem estar aliadas ao contexto da prática, sendo selecionadas de acordo com o campo de atuação e o objetivo do cuidado. Um artigo discute a aplicabilidade das intervenções com aromaterapia para diversos referenciais teóricos da Enfermagem possibilitando a compreensão da amplitude de usos possíveis com a prática da aromaterapia e óleos essenciais (Gnatta et al., 2016).

Dada sua centralidade na prática da aromaterapia, uma conceituação e explicação sucintas precisam ser elaboradas sobre os óleos essenciais: são lipídios altamente voláteis e quimicamente complexos contendo compostos odoríferos extraídos por meio de processos físicos, químicos ou físico-químicos de diversas partes da matéria vegetal, como, hastes, ramos, frutos, flores, sementes, raízes, casca, agulhas, folhas (Tisserand, 1996; Stewart, 2002; Buckle, 2015; Manion; Widder, 2017). Neles estão contidos centenas de compostos com princípios ativos que atuam nos sistemas biológicos e efetivam o resultado esperado da aromaterapia, por

exemplo, o óleo essencial de *Lavandula angustifolia* possui cerca de sete tipos de compostos alcoólicos, quatro ésteres, oito terpênicos, seis aldeídos, três óxidos e cinco cumarínicos (Stewart, 2002).

Independentemente do método de extração, sempre haverá perdas de constituintes químicos intrínsecos ao óleo essencial em relação à planta *in natura*. Processos físicos que envolvem alta temperatura e pressão são os mais prejudiciais para a composição do óleo essencial, por isso, há uma discussão na área da aromaterapia acerca das grades, classificando os óleos essenciais como de grade terapêutica ou não-terapêutica, estes utilizados em especial pela indústria da perfumaria e da culinária (Stewart, 2002; Manion; Widder, 2017).

Outra discussão, está no fato de que para alguns teóricos da aromaterapia, o conceito óleo essencial deve ser atribuído estritamente para aquelas matérias-primas que foram submetidas ao tipo de extração chamado destilação a vapor. Isso amplia os tipos de óleos aromáticos aplicados na aromaterapia, para outros dois tipos: absolutos, quando os são extraídos com a aplicação de substâncias solventes; e expressões, em geral cítricos que são obtidos pela expressão da casca (Stewart, 2002; Manion; Widder, 2017).

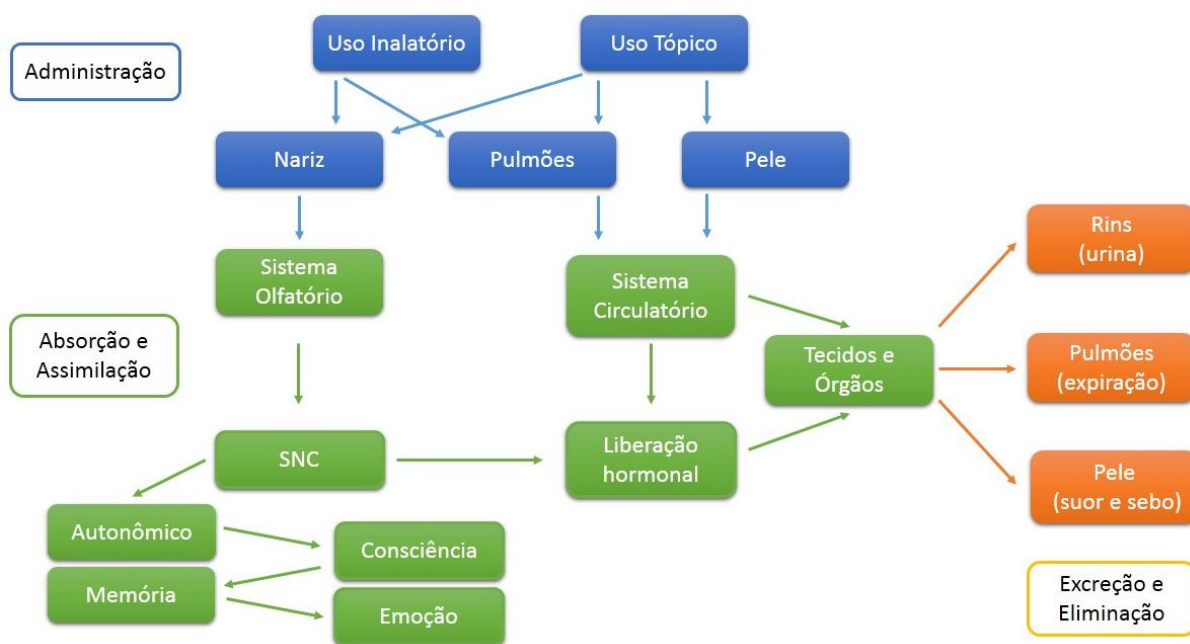
Para a aromaterapia clínica, que trata de condições de saúde e adoecimento, a compreensão sobre o método de extração do óleo essencial e suas consequências para a constituição química, que resulta na grade terapêutica, é de fundamental importância e faz parte de um conjunto de investigações que abordam produção e utilização seguras do óleo essencial (Tisserand, 1996; Manion; Widder, 2017). Sendo essa uma parte do estudo da aromaterapia de aprofundamentos teórico e científico que extrapolam a abordagem dessa investigação, mas que são fundamentais para profissionais de saúde que a utilizam em sua prática clínica (Manion; Widder, 2017).

A farmacognosia dos óleos essenciais e a elucidação acerca dos seus constituintes químicos como princípios ativos nos sistemas biológicos são conhecimentos que também sustentam a compreensão sob a ótica da abordagem biomédica, bem como, sua ampla aceitação como prática na área da saúde. Nesse sentido, o estudo da absorção e excreção dos óleos essenciais, conhecido como farmacocinética, auxilia na explicação dos efeitos atribuídos à aromaterapia. A Figura 2 ilustra o mecanismo dos óleos essenciais no organismo humano por meio da aplicação inalatória e tópica.

Sua análise permite verificar que o uso tópico da aromaterapia perpassa por três estruturas do corpo (nariz, pulmões e pele) que é possível pela volatilidade dos óleos essenciais, uma vez que os constituintes químicos atingem o sistema respiratório por meio do nariz e

pulmões, ocasionando um efeito secundário e indireto que se associa ao efeito primário e direto que se dá na absorção dos princípios ativos através da pele para atingir o sistema circulatório (Price; Price, 2012; Buckle, 2015).

Estudo prévio apontou a detecção dos componentes linalol e acetato de linalil em níveis séricos humanos provenientes da aplicação tópica por meio de massagem com óleo essencial de lavanda. Traços dessas substâncias foram identificadas cinco minutos a partir do término da exposição, atingiram a concentração máxima em 19 minutos e a eliminação foi observada em 90 minutos, considerando a concentração sérica mínima (Jager et al., 1992).



**Figura 2.** Dos meios de administração à excreção dos óleos essenciais. Botucatu/SP. 2019. (Modificado: Buckle, 2015. Cap. 2. p.31).

Os óleos essenciais utilizados para essa investigação foram a lavanda (*Lavandula angustifolia*) e o gerânio (*Pelargonium graveolens*). Os referenciais teóricos da aromaterapia têm defendido suas indicações para o enfrentamento de situações ansiogênicas e de questões envolvendo a saúde mental (Price; Price, 2012; Buckle, 2015). Nesse intento, as experiências prévias no campo de pesquisas com o uso da aromaterapia para promoção de saúde mental, esses dois óleos têm sido repetidamente aplicados em diferentes contextos e concentrações com resultados efetivos e seguros (Domingos; Braga, 2014b, 2015; Montibeler et al., 2018;).

O óleo essencial de lavanda (*Lavandula angustifolia*) tem sido o mais explorado em seu potencial terapêutico por suas mais variadas indicações, bem como, o fato de ser o único



óleo essencial com possibilidade de aplicação tópica sem diluição (Price; Price, 2012; Buckle, 2015; Barbosa; Silva, 2018). Quanto à sua composição química, os princípios terapêuticos de importância para a aromaterapia são linalol, acetato de linalil, 1,8-cineole e  $\beta$ -ocimeno. A concentração de cada substância pode variar conforme subespécie, métodos de cultivo e extração da planta e do óleo essencial. Dentre os constituintes citados, os dois primeiros possuem maior grau de importância clínica e podem atingir, respectivamente, até 51% e 35% de concentração (Stewart, 2006; Kouvalind; Ghadiri; Gorji, 2013; Ali et al., 2015).

Por sua vez, o óleo essencial de gerânio (*Pelargonium graveolens*) possui uma concentração de substâncias pertencentes ao grupo funcional éster que promove ação reguladora, atuando tanto em situações de irritabilidade, quanto de desânimo. Seus princípios ativos variam de conforme as mesmas condições descritas anteriormente, sendo majoritários: citronelol (22% - 42%), geraniol (17% - 25%), citronelil-formato (9% - 15%) e geranil-formato (1% - 6%) que promovem os efeitos esperados para sua aplicação terapêutica na aromaterapia (Stewart, 2006; Nejad; Ismaili, 2013; Ali et al., 2015).

A discussão em torno dos princípios ativos identificados como constituintes dos óleos essenciais tem sido um fator importante para a ampliação do uso da aromaterapia, aumentando sua aceitação no meio acadêmico pela via da ciência biomédica, considerada aqui como uma racionalidade médica. Vale ressaltar, entretanto, que a aromaterapia e o uso dos óleos essenciais tratam-se de práticas que estão inseridas em outras racionalidades, como, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa e medicina antroposófica. O aprofundamento teórico e as pesquisas atualmente publicadas no âmbito da aromaterapia têm apontado que a racionalidade biomédica é a mais explorada.

Um estudo piloto realizado em uma sala de espera com 57 usuários e acompanhantes de um centro de saúde mental, utilizou o óleo essencial de bergamota (*Citrus bergamia*) por dispersão aérea para verificar os efeitos sobre os afetos positivos e negativos dos usuários enquanto aguardavam por atendimento. Os resultados não foram conclusivos, pois, houve aumento tanto de respostas afetivas positivas quanto negativas no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle (Han et al., 2017).

A efetividade da massagem com aromaterapia foi verificada em uma investigação utilizando os óleos essenciais de limão (*Citrus lemon*), nardo-verde (*Nardostachys jatamansi*) e ládano (*Cistus ladanifer*) diluídos em óleo carreador de jojoba (*Simmondsia chinensis*), e aplicados em uma massagem realizada na mão direita de vinte mulheres saudáveis recrutadas em uma universidade. Os resultados confirmam uma maior redução na resposta ao estresse

induzido no procedimento que envolveu o uso de óleos essenciais aplicados topicamente quando comparados aos procedimentos que utilizaram apenas óleo carreador ou a via inalatória (Komori et al., 2018).

O estresse foi a variável de desfecho investigada entre os profissionais de Enfermagem de um centro cirúrgico do interior do estado de São Paulo. Nesse estudo, os participantes foram submetidos a seis sessões de massagem com aromaterapia com os óleos essenciais de lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Pelargonium graveolens*) na concentração de 1% cada, diluídos em creme neutro. Os resultados indicaram redução do estresse por meio dos parâmetros biofisiológicos, como frequência cardíaca e pressão arterial. Os parâmetros psicológicos verificados por meio de escalas autoaplicáveis não demonstraram o mesmo comportamento (Montibeler et al., 2018).

O uso da lavanda (*Lavandula angustifolia*) para a diminuição dos índices de estresse de enfermeiros foi objeto de investigação em um ensaio clínico controlado que identificou diminuição, com significância estatística, a partir do terceiro dia de exposição inalatória ao óleo essencial na concentração de 3% durante o processo de trabalho quando os participantes portavam um colar, onde o óleo essencial foi instilado (Chen; Fang; Fang, 2015).

Numa pesquisa sobre os efeitos da aplicação tópica da aromaterapia no estresse de enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, foram utilizados os óleos essenciais de lavanda (*Lavandula angustifolia*) na concentração de 3% e de clary sage (*Salvia sclarea*) a 2%, ambos diluídos em óleo carreador de amêndoa doce (*Prunus amygdalus var. dulcis*). O procedimento baseou-se em duas semanas com seis sessões de exposição aos óleos essenciais, ocorrendo durante plantões noturnos em que os participantes autoaplicavam as formulações em três momentos. Utilizando uma escala numérica para mensuração da autopercepção do estresse, foi possível identificar no grupo intervenção uma redução de 57% versus 21% no grupo controle (Pemberton; Turpin, 2008).

A ação da aromaterapia para a saúde dos trabalhadores de Enfermagem foi objeto de outra pesquisa, delimitada como estudo piloto. Dessa vez, o óleo essencial aplicado foi ylang-ylang (*Cananga odorata*) na concentração de 2% diluído em gel, uso tópico por meio de automassagem e comparado com grupo que utilizou essência sintética diluída em gel (placebo) e outro que recebeu aromatizador pessoal (comparação). A pressão arterial não apresentou diferença entre os três grupos da intervenção ou na comparação intragrupo; a autoestima apresentou redução nos três grupos. Estes resultados dificultam o esboço de uma afirmação

acerca de qual via é mais efetiva para aplicação da aromaterapia na saúde do trabalhador de Enfermagem (Gnatta et al., 2014).

A aromaterapia tem sido associada a outros recursos terapêuticos, como a meditação *mindfulness*. Um estudo verificou diminuição do índice de ansiedade em adultos com uso dos óleos essenciais de *Satureja breviculix* e *Satureja boliviana* na concentração de 2%, por via inalatória, em dozes semanais distribuídas de segunda à sábado (duas semanas) por 30 minutos. Entre os grupos que compuseram a amostra dessa pesquisa, observou-se que a diminuição da ansiedade antes e após a intervenção foi maior no grupo que associou aromaterapia e *mindfulness*, quando comparado àqueles que foram submetidos à aromaterapia ou *mindfulness* isoladamente (Soto-Vásquez; Alvarado-García, 2017).

Em um estudo brasileiro, os efeitos da aromaterapia por via inalatória com uso do óleo essencial de laranja amarga (*Citrus aurantium L*) foram estudados em uma amostra de participantes com história de uso de crack, durante uma internação em comunidade terapêutica. Identificou-se que esses participantes possuem um nível de ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado [IDATE]– Subescala Estado) maior que os grupos comparação quando expostos a uma modelo de indução ao estresse. O uso da aromaterapia inalatória com óleo essencial de laranja amarga (0,1mL) por cinco minutos resultou em uma diminuição do nível de ansiedade após serem expostos ao modelo indutor, representando uma forma complementar de auxiliar essa população no controle da ansiedade (Chaves-Neto et al., 2018).

Usuários em internação psiquiátrica em um hospital geral foram sujeitos de uma investigação que associou massagem com aromaterapia. Foram utilizados os óleos essenciais de lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Perlagonium graveolens*) ambos na concentração de 0,5% diluído em gel neutro e aplicados topicamente na região cervical e torácica posteriores durante 20 minutos. Os resultados apontam diminuição da ansiedade considerando a pontuação do IDATE – Subescala Estado após seis sessões de massagem em dias alternados. A pressão arterial e a frequência cardíaca apontaram diminuição com significância estatística antes e depois de cada uma das seis sessões de massagem (Domingos; Braga, 2014a, 2015).

Nessa intervenção, a experiência dos usuários apontou os benefícios da massagem com aromaterapia, durante a internação psiquiátrica, percebidos na promoção do bem-estar físico e psicológico, em melhorias no padrão de sono, no comprometimento entre terapeuta e usuário e na comparação entre as terapias medicamentosa e complementar. O tempo que os usuários foram submetidos à intervenção (20 minutos) possibilitou autoconhecimento, por meio

da autorreflexão e na compreensão do entorno promovendo o controle dos sintomas (Domingos; Braga. 2014a, b).

Os efeitos modulatórios da massagem associada à aromaterapia foram verificados por meio de indicadores psicológicos e neurobiológicos (cortisol salivar, eletroencefalograma, fator neutrófico plasmático). Em um estudo que se utilizou dos óleos essenciais de lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Pelargonium graveolens*) ambos na concentração de 2% cada, sobre uma amostra de participantes saudáveis. Diferentemente do estudo anterior, os resultados das avaliações psicológicas foram favoráveis, com significância estatística para as escalas de ansiedade (IDATE), depressão (Escala de Depressão de Beck) e bem-estar subjetivo (Psychosocial Wellbeing Index) (Wu et al., 2014).

Pelo exposto, a revisão de literatura aponta para algumas fragilidades no que se refere ao uso da aromaterapia, dentre essas: não foram identificados estudos em âmbito nacional ou internacional que utilizassem como contextos serviços da ABS, escassez de pesquisas que investiguem os efeitos desse recurso terapêutico no contexto da saúde mental envolvendo usuários que possuam demandas de sofrimento psíquico configurados enquanto transtornos mentais graves ou sofrimento difuso. Por fim, todos os estudos inseridos nessa seção utilizam a racionalidade biomédica para discutir os resultados obtidos em seus experimentos.

### **Terapia Floral como recurso terapêutico para o cuidado em saúde mental**

Indubitavelmente, na história do desenvolvimento da Terapia Floral, a contribuição do médico Edward Bach, no século XX, foi fundamental. Mas, sabe-se que as essências florais foram exploradas muito antes, estando incluídas na história de povos do antigo Egito, na Austrália e no Peru. Há registros escritos de Paracelso que datam do século XV acerca do recolhimento do orvalho das plantas em floração para tratamento de desequilíbrios emocionais (Valverde, 2000; Kaminski; Kaminski, 2003).

Os diversos sistemas florais originários de várias regiões do mundo, inclusive do Brasil, foram sucessores daquele desenvolvido pelo médico Edward Bach entre o final do século XIX e início do século XX. O referido médico nasceu no dia 24 de setembro de 1886 em Moseley, na Inglaterra. Formou-se médico no ano de 1912 e se especializou em Bacteriologia, Imunologia e Saúde Pública (Valverde, 2000; Wei et al., 2011; Chammas, 2016).

Ao trabalhar como médico, no decorrer da I Guerra Mundial, foi responsável pelo cuidado de 400 feridos e nessa oportunidade compreendeu, por meio de um intenso processo de observação, que esses pacientes apresentavam uma gama de respostas distintas mesmo

diante de diagnósticos e terapêuticas semelhantes. Sendo essas umas das experiências que, posteriormente, iriam sustentar sua hipótese acerca do adoecimento humano. Antes do término da primeira grande guerra, Dr. Bach foi impedido de manter seus trabalhos enquanto médico devido a um grave sangramento que o levou a um procedimento cirúrgico. Nessa ocasião, foi diagnosticado com câncer (Chammas, 2016).

Dr. Bach retomou seu trabalho como médico 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. Essas substâncias denominadas Nosódios de Bach foram reconhecidas, na época, por toda a Grã-Bretanha, rendendo-lhe uma atividade rendosa (Valverde, 2000)

Durante esse período, viajou para o País de Gales (1920), momento e local onde desenvolveu três medicamentos homeopáticos com plantas silvestres cuja aplicação em seus pacientes lhe chamou a atenção pelos efeitos positivos. Essas plantas correspondem à *Impatiens*, *Mimulus* e *Clematis*, e representam o início do desenvolvimento de um novo sistema de tratamento médico (Valverde, 2000; Chammas, 2016).

Durante o período dos próximos dez anos, Dr. Bach comprometido com um intenso trabalho pessoal de intuição e sensibilidade começou a desenvolver as bases de seu sistema de cura. No ano de 1930, abandonou suas atividades médicas em Londres e mudou-se para o País de Gales, onde, em meio à natureza ele se dedicou exclusivamente à busca das mais eficazes flores silvestres. A descoberta do método solar de preparação dos florais é um exemplo de como seu sistema foi desenvolvido a partir de suas reflexões e intuições: ao caminhar pela manhã no campo, observou a gota de orvalho. Observou que ao ser aquecida pela luz solar, a gota de orvalho poderia adquirir as propriedades curativas da planta onde se depositava (Scheffer, 2008).

Os últimos anos de sua vida foram dedicados ao desenvolvimento de seu sistema floral que inclui: a elaboração e publicação do clássico livro “*Cura-te a ti mesmo*” e as 38 essências que compõem seu sistema agrupadas em sete emoções básicas que estão envolvidas nos processos de autoconhecimento, autopercepção e adoecimento humanos. Vale considerar

que sua obra, fundamento para qualquer estudioso ou interessado no uso da terapia floral, vem sendo reeditada continuamente desde sua publicação, em 1931 (Valverde, 2000).

Em 1934, mudou-se para Mount Vernon em uma casa onde ainda hoje funciona o Centro do Dr. Edward Bach, nessa 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. No ano de 1936, Dr. Bach faleceu, devido a uma parada cardíaca, deixando seu legado de cura para ser explorado pela humanidade (Valverde, 2000).

Nos fundamentos da prática da terapia floral, a doença não pode ser curada ou 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 estágio final de um distúrbio profundo 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 síntese, a doença seria o resultado do conflito entre a alma e a mente, e ela só poderia ser enfrentada por meio de esforços mentais e espirituais do próprio indivíduo (Bach 2006; Wei et al., 2011). Segundo Bach (2014. p.12): *“Esse sistema de cura [...] mostra que são os nossos medos, nossas preocupações, nossas ansiedades e tais coisas que abrem caminho para a invasão da enfermidade.”*

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 ou Ser. 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, 2014).

No extremo oposto da clínica anátomo-patológica que procura alterações celulares, histológicas ou fisiológicas para fundamentação das doenças e diagnósticos, os fundamentos de Dr. Bach defendem que os padrões mentais das pessoas mostram o começo e o curso das doenças de forma muito mais definidas do que o corpo, pois, é a parte mais delicada e sensível do Ser. Com isso, a partir desse sistema de recuperação, manutenção e promoção da saúde há

um efeito que é duplo: liberta-se das características e padrões negativos, ao mesmo tempo, em que se recupera da enfermidade (Kaminski; Kaminski, 2003; Bach, 2014).

Nesse sentido, a doença atua como uma mensagem que indica a desconexão de nossa consciência de si, de nossa consciência com o outro e da nossa consciência de propósito de vida. A tomada de consciência proposta pelo uso das essências florais se dá alicerçada nessa tríade e promove o caminho da autopercepção e do autoconhecimento para que se amplie o compressão sobre as imperfeições e desconexões (Kaminski; Kaminski, 2003; Bach, 2014).

Essa reflexão remete a outro postulado de Dr. Bach: *“Precisamos muito voltar a ter a sabedoria para perceber que dentro de nós está toda a verdade. Precisamos lembrar que não necessitamos de conselhos ou ensinamentos, exceto aqueles que já estão dentro de nós”* (Barnard, 2016. p.10). A busca da autodescoberta proposta pelo uso das essências florais auxilia a pessoa a encontrar o caminho do autoconhecimento, por isso, o percurso pela terapia floral, como uma prática integrativa e complementar, resgata a autonomia do sujeito na relação de cuidado.

Além disso, tais como algumas PICS, os florais exercem o seu efeito tratando o indivíduo e não a doença ou seus sintomas. Atuam diretamente no aspecto emocional e psíquico. 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).

Nesse sentido, as essências florais são extratos líquidos sutis, geralmente, ingeridos por via oral usadas para tratar profundas questões do bem-estar emocional, do desenvolvimento da alma e da saúde do corpo-mente. São preparadas a partir de uma infusão solar de flores silvestres e inatas (*in situ*) de jardins em um recipiente com água, que é posteriormente diluída, potencializada e conservada em conhaque (Kaminski; Kaminski, 2003; Wei et al.,2011).

Esses extratos líquidos agem devido às energias vitais provenientes da planta e contidas na matriz à base de água, portanto, tem natureza vibracional. Sob o ponto de vista físico, são altamente diluídas, porem possuem um poder sutil enquanto substâncias potencializadoras por incorporarem os padrões energéticos específicos de cada flor. Atuam como catalisadoras no despertar das virtudes e qualidades proporcionando ao indivíduo processos de transformação pela tomada de consciência (Kaminski; Kaminski, 2003; Chammas, 2016).

A ação das essências florais não advém de qualquer interação bioquímica direta na fisiologia do corpo humano, mas age atuando através de diversos campos da energia humana. Pode ser comparada aos efeitos ressonantes que uma música desencadeia em cada um, produzindo, também por ressonância, uma ação de bem-estar emocional, mental e físico (Wei et al., 2011).

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 estabilizar 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 duas a sete horas, dependendo da flor e da força do sol. Posteriormente, retiram-se as flores com cuidado e despeja-se essa água em vidros, até a metade, na outra metade se insere o conhaque. Entre as 38 essências florais, 20 são preparadas desse modo, conhecido como método solar (Valverde, 2000).

As demais essências são preparadas pelo método da fervura, conforme segue: são utilizadas flores em conjunto com pequenos pedaços do caule e se possível, folhas novas, e fervidos durante meia hora em água pura e limpa proveniente de nascente próxima ao habitat da planta. O líquido então é coado, colocado em frascos até a metade e preenchidos com conhaque. Estes frascos representam as matrizes ou essência-mãe e não devem ser utilizados para administrar as doses. A partir dessa essência-mãe, os produtores de essências florais preparam os frascos de estoque concentrado, numa proporção de 400 partes de conhaque (conservante) para uma parte da tintura-mãe, onde são comercializados com validade de 10 anos (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 provoca uma determinada 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 (Valverde, 2000).



Esses campos bioenergéticos contêm 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 e emocional mais positiva. A terapia floral 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 (Valverde, 2000).

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 físico-químicos. Um experimento desenvolvido evidenciou 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 (Porto, 1998; Arruda, 2012).

As 38 essências florais foram agrupadas de acordo com o estado mental de cada indivíduo, dividindo-as em sete emoções básicas ou sete grupos emocionais que cobririam toda a complexidade do mundo emocional, cada uma com sua especificidade (Valverde, 2000; Bach, 2014; Barnard, 2016):

(I) *Para aqueles que sentem medo:* Aspen, Cherry Plum, Mimulus, Red Chestnut e Rock Rose;

(II) *Para aqueles suscetíveis a influências e ideias alheias:* Agrimony, Centaury, Holly e Walnut;

(III) *Para aqueles que se preocupam excessivamente pelo bem-estar alheio:* Beech, Chicory, Rock Water, Vervain e Vine;

(IV) *Para aqueles que sentem solidão:* Cerato, Gentian, Gorse, Hornbeam, Scleranthus, Wild Oat;


(V) *Para o desinteresse nas circunstâncias atuais:* Chestnut Bud, Clematis, Honeysuckle, Mustard, Olive, White Chestnut e Wild Rose;

(VI) *Para aqueles que sentem desânimo ou desespero*: Crab Apple, Elm, Larch, Oak, Pine, Star of Bethlehem, Sweet Chestnut e Willow;

(VII) *Para aqueles que sofrem de solidão*: Heather, Impatiens, Water Violet

O *Rescue Remedy* foi a única fórmula padronizada deixada pelo Dr. Bach em seus escritos. É indicado para qualquer tipo de emergências, traumas ou circunstâncias quando se necessita de uma ajuda imediata, antes ou depois de grandes dificuldades. Sua influência calmante ajuda a restaurar a paz e o equilíbrio, sendo essa sua qualidade. O uso para sofrimentos de longo prazo também tem sido uma indicação e pelo fato de não se tratar de um medicamento, os florais não interagem com qualquer tratamento, independentemente, da racionalidade médica (Valverde; 2000). O Quadro 3 apresenta a descrição botânica e as indicações das cinco flores que compõem o floral de resgate:

**Quadro 3.** Descrição botânica e terapêutica das cinco flores do *Rescue Remedy*. Botucatu/SP. 2019.

	<p style="text-align: center;"><b>Rock Rose (<i>Helianthemum nummularium</i>)</b></p> <p><i>Descrição botânica:</i> arbusto perenifólio de altura entre dez e 15 cm. Folhas pequenas e oblíquas de cor acinzentada. No verão produz flores amarelas de centro alaranjando e pétalas dispostas em buquês.</p> <p><i>Palavra-chave:</i> terror, pânico</p> <p><i>Qualidade positiva:</i> coragem para transcender, paz interna e tranquilidade para enfrentar grandes desafios.</p> <p><i>Padrões de desequilíbrio:</i> medo profundo, temor e pânico. Deve ser utilizada quando houver medo paralisante, pavor decorrentes de experiências súbitas e graves que ocorreram na vida. Quando não houver mais esperanças ou em casos que o terror e pânico desencadeiam sequelas psicológicas ou físicas agudas.</p>
---	---

	<p style="text-align: center;"><b>Cherry Plum (<i>Prunus cerasifera</i>)</b></p> <p><i>Descrição botânica:</i> planta nativa da Rússia e da Pérsia, da família das <i>Rosaceae</i>. Árvore de copa arredondada que atinge uma altura de três a quatro metros. Suas flores são brancas.</p> <p><i>Palavras-chave:</i> desesperança; medo de perder o controle e fazer coisas terríveis.</p> <p><i>Qualidades positivas:</i> confiança e entrega espiritual, sentimento de ser guiado por um poder superior, equilíbrio apesar do estresse extremo.</p> <p><i>Padrões de desequilíbrio:</i> Medo de perder o controle, acompanhado de impulsos para cometer atos terríveis e espantosos. Ruptura mental e emocional. Desesperança. Impulsos destrutivos.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Star of Bethlehem (<i>Ornithogalum umbellatum</i>)</b></p> <p><i>Descrição botânica:</i> planta herbácea, bulbosa. Sua altura varia de 10 a 30 cm, com folhas estreitas e lineares, formando um tufo onde surgem. As flores são brancas, em forma de estrela, têm seis pétalas e medem até dois centímetros de diâmetro. No sistema Bach de essências florais é a única com essa característica.</p> <p><i>Palavra-chave:</i> choque e suas repercussões</p> <p><i>Qualidades positivas:</i> oferecer calma por meio do resgate com a divindade interna</p> <p><i>Padrões de desequilíbrio:</i> para aqueles que foram vítima traumas físicos ou emocionais, recentes ou passados e que, por isso, buscam consolo e alívio espiritual.</p>



*Impatiens (Impatiens grandulifera)*

*Descrição botânica:* um herbário grosseiro anual, com hastes anguladas em hexágonos cuja altura pode atingir dois metros. As folhas são lanceoladas a serradas em suas margens e medem cinco a 15 cm As flores vão de cor-de-rosa a arroxeadas (às vezes, quase brancas) são geralmente em grupos de três e são carregadas em longos cachos pedunculados. Eles são mais numerosos em direção ao topo da planta, aparecem entre os meses de julho e setembro.

*Palavras-chave:* impaciência; irritabilidade.

*Qualidades positivas:* paciência e aceitação para fluir com paz a própria vida e de quem está ao redor.

*Padrões de desequilíbrio:* impaciência, irritação e intolerâncias. Para pessoas rápidas no raciocínio e nas ações, desejam que todos se decidam sem hesitação ou demora. Preferem trabalhar sozinhas, no seu ritmo, por isso, são solitárias e apresentam dificuldade para aceitar o ritmo do outro.



*Clematis (Clematis vitalba)*

*Descrição botânica:* planta perene, pertencente à família das *Ranunculacea*. Pode atingir até 30 metros e são tóxicas, contêm óleos essenciais e compostos extremamente irritantes para a pele e membranas mucosas, quando se faz a poda é conveniente usar luvas. A florada se estende por todo verão, com intensa fragrância.

*Palavras-chave:* sonhadores; falta de interesse no presente.

*Qualidades positivas:* despertar com presença focalizada, inspiração que se manifesta na vida prática, habitar no corpo.

*Padrões de desequilíbrio:* para aqueles que esperam tempos mais felizes, quando seus ideais se realizarem.

	<p>Procuram evadir-se do presente, sonhando acordado com ideais não realizáveis. Quando adoecidos pouco se esforçam para recuperação, são solitários, mas porque toleram pouco a invasão de terceiros em seus sonhos. Distraem-se com facilidade e possuem dificuldade para focalizar a atenção.</p>
--	--

Fonte: Valverde, 2000. Unidade III. p.45-78.

A efetividade da terapia floral sobre a ansiedade de adultos com sobrepeso ou obesidade foi investigada em um estudo com 81 participantes, por meio, de um ensaio clínico randomizado, paralelo, com dois braços, duplo cego, placebo-controlado, com duração de quatro semanas em uso da Terapia Floral com as essências *Impatiens*, *White Chestnut*, *Cherry Plum*, *Chicory*, *Crab Apple* e *Pine*. Ao término da intervenção, foram observados como resultados a redução de sintomas ansiosos e dos sintomas de compulsão alimentar, melhora no padrão de sono e diminuição na frequência cardíaca de repouso. A obtenção desses resultados mediante um estudo clínico, permite afirmar a efetividade da Terapia Floral (Fusco, 2018).

Associado a essa investigação, um estudo qualitativo sobre o sentido e o efeito da Terapia Floral possibilitou apreender que o benefício dessa terapia complementar ocorreu para o próprio participante e para os indivíduos do seu círculo de relações. Verificou-se que houve maior compreensão de si, dada a percepção ampliada de pequenas alterações que os participantes observaram na qualidade do sono e compulsão alimentar. O equilíbrio das emoções e dos sintomas ansiosos relatados demonstra que os participantes foram capazes de enfrentar suas decepções passadas que causavam sofrimento, fortalecendo e enriquecendo o detalhamento da efetividade da Terapia Floral para essa população (Pancieri et al., 2018; Pancieri, 2018).

Uma pesquisa realizada com mulheres saudáveis taiwanesas, utilizou o ensaio clínico controlado para verificar a influência do uso de florais de Bach sobre as respostas autonômicas. Seus resultados observaram um aumento, significativamente estatístico, da atividade parassimpática no grupo que estava em uso de *Rescue Remedy*. É sabido que a capacidade de concentração mental tem uma relação indireta com os índices de estresse que por sua vez desencadeiam aumento da atividade simpática. Dessa forma, a terapia floral demonstrou resultados efetivos para potencializar, por meio da diminuição da atividade simpática, condições mentais para o autoconhecimento (Yang; Koo; Wang, 2015).

Em outro estudo clínico controlado utilizando as flores *Impatiens*, *Cherry Plum*, *White Chestnut* e *Beech*, com uma amostra de enfermeiras docentes, verificou a diminuição da ansiedade por meio da aplicação do IDATE. Em seus achados foi verificado uma diminuição da ansiedade nos dois grupos, controle e experimental; ao realizar a diferença da média obtida na aplicação anterior e posterior da escala, foi verificada uma diminuição com diferença estatística no segundo grupo que ao ser comparado ao primeiro (Salles; Silva, 2012).

Os trabalhadores da Enfermagem foram participantes de uma pesquisa piloto analisando os efeitos da terapia floral para o estresse ocupacional. Os resultados encontraram nível de estresse moderado ou intenso na totalidade da população que foram beneficiadas com uma diminuição em 20% no nível de estresse daqueles em uso da terapia floral. As limitações do estudo se observaram na diminuição em 10% no nível de estresse do grupo controle, ausência de análise estatística comparativa, a variabilidade de sistemas na fórmula floral utilizados e o tempo de uso e coleta de dados que não foram informados (Daniel et al., 2013).

O estresse foi a variável de desfecho utilizada em um estudo clínico-terapêutico, prospectivo e comparativo realizado em um serviço de saúde para militares em Cuba. Nessa investigação, foi aplicado o sistema floral da Califórnia para o grupo de estudo e o grupo comparação foi submetido ao tratamento alopático com clordiazepóxido e trifluperazina, ambos foram acompanhados por dois meses, com consultas aos 7º, 15º, 30º e 60º dia de tratamento. Os resultados evidenciaram que o índice de cura foi maior para o grupo de estudo quando comparado ao grupo comparação (80% *versus* 40%), e a proporção de melhoria clínica, o contrário (20% *versus* 60%) (Zamora et al., 2006).

Por meio de um ensaio clínico duplo-cego controlado, investigou-se a efetividade da essência floral *White Chestnut* para pensamentos intrusos de 70 estudantes de pós-graduação, foi possível apreender resultados estatisticamente favoráveis na diminuição dos pensamentos intrusivos no grupo intervenção (n=35) quando comparado ao grupo controle (n=35), por um período de uso de 14 dias (Martín, 2012).

Outra pesquisa utilizou a população de estudantes e verificou que o uso da terapia floral diminuiu o nível de estresse acadêmico quando comparado ao grupo controle. Embora os resultados desse estudo sejam favoráveis, por meio da leitura do manuscrito, não foi possível identificar a intervenção a que foram submetidos os participantes, devido ausência de informações como sistema floral e essências florais utilizadas, bem como, o período de utilização da terapia floral (Palacio et al., 2013).

A população de estudantes de Enfermagem foi a amostra de um ensaio clínico controlado e duplo-cego realizado na Universidade de Miami. Um total de 111 estudantes foram expostos a uma situação pontual relacionada ao desempenho acadêmico como fator desencadeante de ansiedade. Após, verificou-se o nível de ansiedade por meio do IDATE-Estado e oferecido o tratamento placebo ou intervenção, contendo *Rescue Remedy*. Por um período de três horas foram administradas cinco doses de ambas as substâncias e o mesmo instrumento foi aplicado novamente após 20 minutos. Os resultados apontaram efetividade para a parcela da população com alto nível de ansiedade e efetividade limitada para os níveis médio e baixo (Halberstein et al., 2007).

Ainda com estudantes do ensino superior, foi realizado um ensaio clínico randomizado e controlado com 70 estudantes, tendo como desfechos o Transtorno Mental Comum e a Escala de Bem Estar Espiritual. Foi oferecido para o grupo placebo e intervenção acompanhamento por seis meses, sendo que as essências florais do sistema Bach foram escolhidas de maneira individualizada (não protocolar). Não foram identificados resultados com significância estatística entre os grupos placebo e intervenção, mas a avaliação intragrupo apontou melhoria nos desfechos (Arruda, 2012). Dentre os estudos dessa revisão, esse foi o período mais extenso de acompanhamento e que ofereceu tratamento individualizado utilizando-se da metodologia de ensaios clínicos.

Também com um período maior da oferta de terapia floral individualizada, uma pesquisa com três meses de acompanhamento objetivou verificar os efeitos sobre a autoestima de idosos, por meio de um ensaio clínico triplo-cego e randomizado 67 idosos foram alocados entre os grupos placebo e intervenção. Os resultados indicaram que não houve diferença estatística entre os grupos, contudo, no grupo intervenção identificou-se uma tendência progressiva de melhora enquanto que no grupo controle a autoestima sofreu melhora imediata e manteve-se inalterada (Cozin, 2009).

O contexto da atenção primária à saúde foi utilizado em uma pesquisa que investigou os efeitos da terapia floral (Florais de Bach e Sistema de Orquídeas Europeias) para usuários com critérios diagnósticos (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV) para transtornos depressivos sem uso de psicofármacos. Foi verificado, por meio de um estudo quase-experimental do tipo antes-e-depois, que a oferta de terapia floral por oito semanas levou a remissão total dos sintomas em 82,2% da população estudada (Calvo Sanz et al., 2006).

As práticas complementares foram objeto de estudo em uma pesquisa que investigou a efetividade da auriculoterapia, terapia floral e terapia em grupo como estratégia de

cessação do tabagismo. Participaram desse estudo longitudinal, realizado em Cuba, 1080 pacientes divididos entre os três grupos de tratamento, sendo que auriculoterapia e terapia floral tiveram duração de 10 semanas e terapia em grupo 12 semanas. Dentre os resultados, observou-se que a terapia floral com *Rescue Remedy* obteve a maior proporção de cessação com 73% dos pacientes, versus 72% dos pacientes em uso de auriculoterapia e 49,4%, da terapia em grupo (Tosar Pérez et al., 2009).

De acordo com os estudos pesquisados para essa revisão, é possível apontar para a escassez de publicações científicas que abordem a terapia floral enquanto um recurso terapêutico inserido no escopo das PICS. Os resultados dessas pesquisas apontam para alguns benefícios que essa terapia pode agregar para os sistemas de saúde e para os usuários exercendo a função de terapia complementar compatível com os alicerces da medicina alopática. Da mesma forma que observada na revisão de literatura da aromaterapia, a variabilidade de possibilidades terapêuticas dificulta a generalização dos resultados das pesquisas realizadas com terapia floral.



## **OBJETIVOS**

---

“Abelha fazendo o mel  
vale o tempo que não voou.”

Beto Guedes

Compreender a dinâmica do cuidado formal e informal oferecido aos usuários em uso crônico de psicofármacos no contexto do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Proporcionar o cuidado de saúde mental por meio da oferta de Aromaterapia e Terapia Floral associadas ao Relacionamento Terapêutico para usuários em uso crônico de psicofármacos.

## **MÉTODO**

---

## Referencial metodológico

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar a aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

A pesquisa qualitativa foi tomada como opção metodológica por situar uma atividade que localiza o observador no mundo estando ele guiado pela abordagem interpretativa e naturalista, ou seja, por meio de um conjunto de práticas e materiais interpretativos estuda fenômenos e processos em seus ambientes naturais, na tentativa de tornar visível e compreender ou interpretar fenômenos em termos de significados que as pessoas trazem consigo (Denzin; Lincoln, 2000).

Experiências semelhantes a essa pesquisa defendem o uso dos métodos qualitativos por privilegiarem o enfoque indutivo da realidade, apresentarem caráter aberto e circular, tornando possível redesenhar objetivos, métodos de análise e seleção de sujeitos. Essas características foram fundamentais, pois, tornaram possível a apreensão da experiência como efeito da investigação, incluindo aqui o “espontâneo” e o intuitivo no ato de colher e analisar o material empírico (Cecílio; Carapineiro; Andrezza, 2014; Gomes; Merhy, 2014). Foi desse modo que essas experiências efetivaram:

“a descoberta de outras racionalidades ou lógicas que contribuíssem para o entendimento e para a teorização do frequente desencontro entre os serviços de saúde – seus profissionais, suas lógicas, normas, regras, tempos e criações – e aqueles que os procuram para realizar o seu cuidado à saúde.” (Cecílio; Carapineiro; Andrezza, 2014, p.24.).

Ademais, autores da Atenção Psicossocial têm discutido que a produção de pesquisas e saberes implica uma postura e uma perspectiva teórico-metodológica que denominam humildade epistêmica. Em seu bojo reconhece *a priori* a impossibilidade de o objeto de estudo desse campo, tomado a partir da “*vida em suas infinitas manifestações*”, ser abarcado por uma redução disciplinar de qualquer área do saber. Há uma defesa em torno da complexidade do objeto, pois, ao deixar de se centrar na doença, a tarefa da produção de saberes inverteu-se: de objeto para sujeito do saber (Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Duas consequências imediatas emergem a partir dessa perspectiva, uma delas se refere à construção do campo dos saberes e outra, à relação entre pesquisador e objeto de estudo. Nesta última, a presente investigação reconheceu a importância da produção de conhecimento

como intrínseca e intercessora, em que pesquisador e objeto não se diferenciam no fazer investigativo. Essa postura implica diretamente nos efeitos da pesquisa, tradicionalmente reconhecidos como resultados, por serem incorporados no seu processo: a experiência<sup>1</sup>, como citada anteriormente, toma o centro da investigação (Gomes; Merhy, 2014).

Mediante a isso e retomando a primeira consequência, o conhecimento provém da experiência como processo em produção que se dá no encontro – um interstício: entre o saber e o fazer na dobra do intersubjetivo: garantindo processos de subjetivação que provocam modificações no mundo do trabalho em saúde. Nesse contexto, insere-se o pesquisador como sujeito epistêmico e implicado, bem como, o usuário como produtor de saber fundamental para promover outros arranjos nas tecnologias leves da produção de cuidado (Gomes; Merhy, 2014).

Ainda sobre as implicações para o conhecimento tomado na ótica da humildade epistêmica, diante da complexidade do objeto de estudo deve-se propor um campo diverso que possibilite diálogos entre as diferentes racionalidades que tratam do humano, redirecionando a relação teoria-prática que vai ao encontro do conceito de transdisciplinaridade: “*subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos*” (Passos; Santos, 2000. p.76).

Outras duas condições foram consideradas previamente para o delineamento metodológico dessa investigação. A primeira se refere ao posicionamento do pesquisador frente ao campo selecionado para o estudo (ESF), uma vez que a experiência prévia de trabalho inseria-o na atenção hospitalar em uma Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral. Dessa forma, a transição de uma prática hospitalar para o cuidado no território tratou-se de um processo intencionalmente incorporado aos procedimentos metodológicos - *à experiência*.

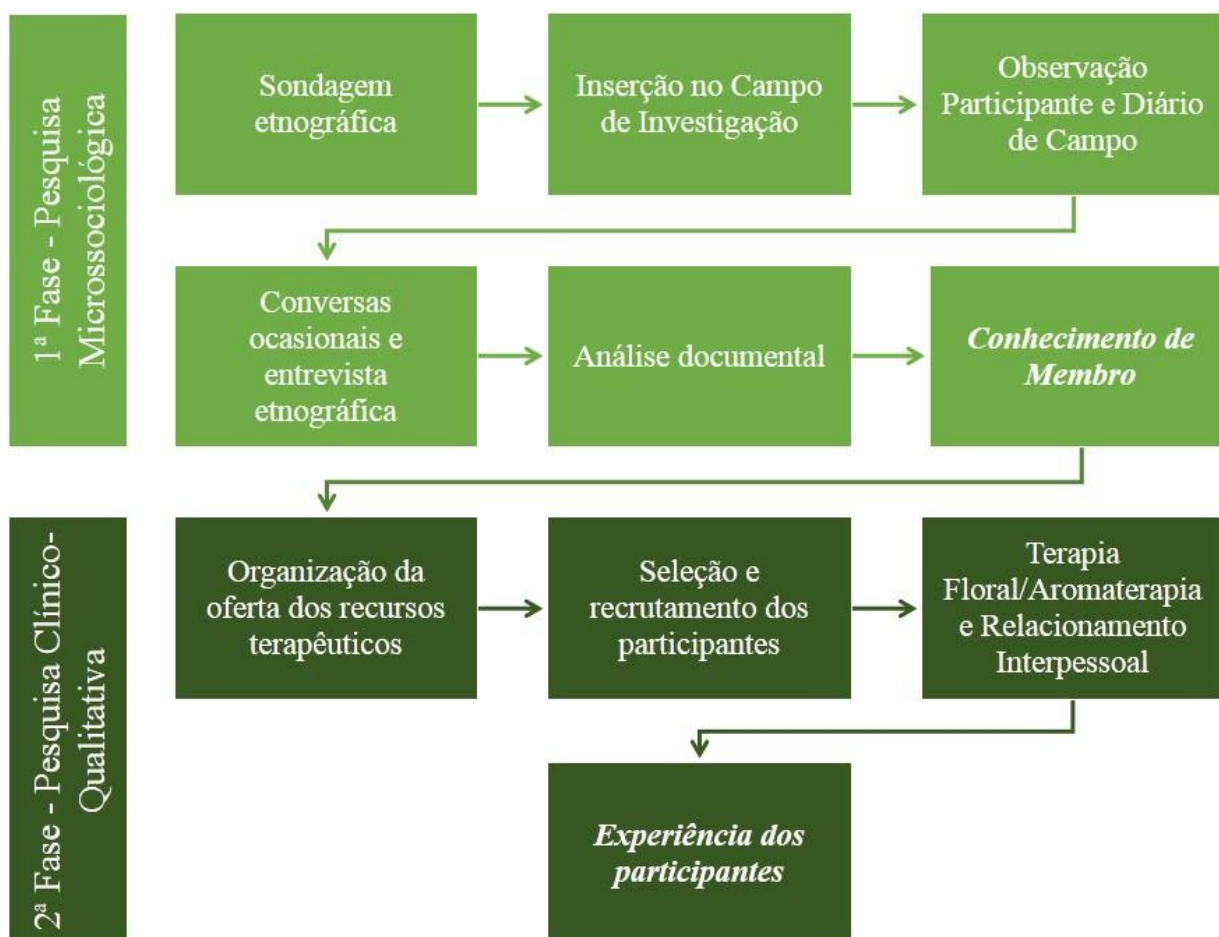
A segunda condição baseou-se nas características do objeto de estudo (PICS para o Cuidado em Saúde Mental na ABS). O aprofundamento teórico e a realidade local possibilitaram a percepção de fragilidades para operacionalização do Cuidado em Saúde Mental na ABS, entendido também como um processo em construção e influenciado por inúmero

---

<sup>1</sup> [...]O conceito de experiência é tomado a partir de Heidegger (1987): “fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo.” (Heidegger M. La esencia del habla. In: \_\_\_\_\_. De camino al habla. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1987. p. 143).

fatores decorrentes da macro e micropolítica. Do mesmo modo, a oferta de PICS observada em sua incipiente inserção na ABS da realidade local.

Por fim, essa pesquisa foi organizada em duas fases contínuas e interdependentes, mas com estratégias metodológicas distintas, conforme ilustra a Figura 3. A primeira, de caráter exploratório compreendeu a inserção do pesquisador no campo, guiou-se pelo referencial da pesquisa microssociológica ao colocar em práticas os dispositivos da observação participante (Lapassade, 2005). Em subseqüente, iniciou-se o segunda fase, utilizando o referencial metodológico da pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2013) e envolveu a oferta de aromaterapia e terapia floral estruturadas segundo uma intervenção de oito semanas e a experiência do usuário em sofrimento psíquico em uso crônico de psicofármacos.

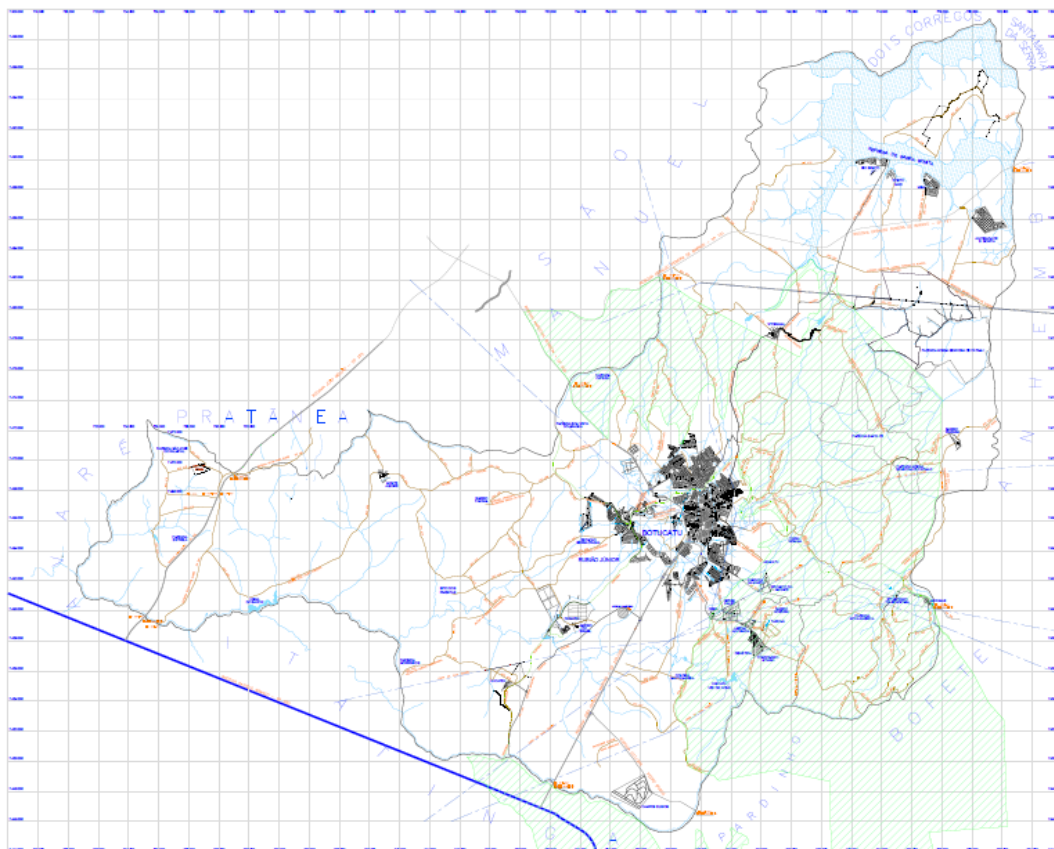


**Figura 3.** Fluxograma metodológico. Botucatu/SP. 2019.

**Local da pesquisa:** o espaço geográfico

O município de Botucatu está situado cerca de 240Km da capital do estado de São Paulo, possui 1.468Km<sup>2</sup>, conforme disposto na Figura 4, e uma população de 141.302 mil

habitantes, com discreto predomínio do sexo feminino (46,49%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).



**Figura 4.** Planta do município de Botucatu. Botucatu/SP, 2019. Fonte: <http://www.botucatu.sp.gov.br/images/file/mapas/MUNICIPIO.pdf>

Encontra-se circunscrito ao Departamento Regional de Saúde VI de Bauru (DRS VI – Bauru), dentre 68 municípios do estado. A ABS do município é composta de 21 serviços, dos quais: Centro Saúde Escola – Unidade Vila dos Lavradores e Unidade Vila Ferroviária (Unidades Auxiliares da Faculdade de Medicina de Botucatu), 12 Unidades de Saúde da Família (USF) e sete UBS.

A RAPS conta com os serviços da ABS, somados aos serviços especializados: Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) “Prof. Cantídio de Moura Campos” ao qual estão vinculados o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD Renascer), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II – Espaço Vivo), Residenciais Terapêuticos, Oficina Terapêutica Estação Girassol e Unidade de Internação (InterAgir). Além desse complexo assistencial, citam-se: Associação Arte Convívio, Unidade de Internação em Hospital Geral – Hospital-Dia do Hospital das Clínicas da FMB, Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I –

Rede Viva), Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas e Ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os serviços da Rede de Urgência e Emergência que integram a RAPS no município são: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Pronto-Socorro Adulto, Pronto-Socorro Infantil, Pronto-Socorro Referenciado e Ambulatório Médico de Especialidades

Nesse contexto, foi selecionada intencionalmente uma USF como cenário da investigação por estar entre as primeiras que foram construídas nos moldes do PSF - inaugurada em dezembro de 2004. Desde então, foi composta por duas equipes mínimas de saúde da família dividindo a mesma estrutura física: agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem, auxiliar de farmácia, assistente de saúde bucal, dentista, enfermeiro e médico. Cada equipe é responsável por uma área de abrangência e representada por uma cor (Equipe Azul e Equipe Roxa).

No período da coleta de dados, a USF selecionada respondia aos bairros: Jardim Aeroporto, Parque Residencial 24 de Maio, Conjunto Habitacional Engenheiro Francisco Blasi, Jardim Santa Mônica, Jardim do Bosque e Portal das Brisas. A Figura 5 indica os referidos bairros, bem como, a localização da unidade de saúde.



**Figura 5.** Área de adscrição e localização geográfica da USF. Botucatu/SP. 2019. Fonte: Google Maps.



### **Procedimentos éticos**

A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, recebendo a aprovação em 1º de fevereiro de 2016 sob Parecer n.º: 1.339.648 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 52515116.6.0000.5411 (Anexo 1). A todos os participantes foram esclarecidos os objetivos do estudo e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices 1 e 2) e quando necessário, aos responsáveis foi solicitado a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice 3). Os referidos procedimentos estão de acordo com a Resolução n.º 466/2012 e n.º 510/2016 (Brasil 2012, 2016).

### **Participantes**

Conformou-se uma amostra constituída de forma não-probabilística, isto é, os participantes foram deliberadamente selecionados por refletirem características particulares de interesse para o objeto de estudo que se pretendeu investigar. Ademais, a amostra não se propôs ser estatisticamente representativa de modo que as chances de seleção dos participantes são desconhecidas, em contrapartida, as características da população são usadas como base de seleção (Ritchie; Lewis, 2007; Sampieri; Collado; Lúcio, 2013).

Utilizou-se da amostragem intencional para conduzir a seleção dos participantes, ou seja, foram selecionados de acordo com um propósito que se relaciona ao critério de inclusão e aos objetivos do estudo. Para esse tipo de amostragem, os critérios de inclusão relacionaram-se a dois fins: garantir que os principais grupos de relevância para o assunto sejam contemplados e assegurar que, dentro de cada um dos critérios-chave, seja incluída alguma diversidade para que o impacto da característica em questão possa ser explorado (Ritchie; Lewis, 2007).

Para a fase exploratória, foram considerados participantes os trabalhadores da ESF, de acordo com seguintes critérios de inclusão: estar inserido na USF e na equipe da ESF há no mínimo um ano, e demonstrar interesse em participar da pesquisa. No Quadro 4, apresenta-se o perfil dos 24 trabalhadores que constituíram a amostra desta primeira fase. Nessa amostra, a atribuição profissional é um dado que induz ao reconhecimento do participante, por isso, com o objetivo de preservar suas identidades na apresentação dos resultados foi adotada como denominação genérica “trabalhador” seguida do nível de formação (médio, técnico ou superior) correspondente à atribuição exercida (por exemplo: trabalhador de nível médio).

Ainda nessa primeira fase, observou-se que os participantes das categorias de trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares de Enfermagem e Médicos

foram flutuantes devido a saída do cenário do estudo por motivos de transferências ou licenças médicas. Esses participantes, contudo, foram mantidos na amostra considerando que suas contribuições não foram excluídas do processamento dos dados e dos resultados. Conseqüentemente, ocorreram reposições das categorias médicas e auxiliares de enfermagem que não foram incluídos na amostra por não contemplarem o critério de estarem inseridos ao menos um ano no cenário da pesquisa.

**Quadro 4.** Descrição dos trabalhadores da saúde participantes da pesquisa. Botucatu/SP. 2019.

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Cargo</b>	<b>Tempo na ESF (anos)</b>	<b>Formação</b>
F	32	Agente Comunitário de Saúde	8	Ensino Médio
F	33	Agente Comunitário de Saúde	2	Ensino Médio
F	37	Agente Comunitário de Saúde	15	Ensino Médio
F	38	Agente Comunitário de Saúde	16	Ensino Médio
F	44	Agente Comunitário de Saúde	2	Ensino Médio
F	37	Agente Comunitário de Saúde	5	Graduação
F	39	Auxiliar Administrativo	5	Ensino Médio
F	44	Auxiliar Administrativo	3	Ensino Técnico
F	27	Auxiliar de Enfermagem	3	Ensino Técnico
F	30	Auxiliar de Enfermagem	9	Ensino Técnico
F	34	Auxiliar de Enfermagem	11	Ensino Técnico
F	40	Auxiliar de Enfermagem	3	Ensino Técnico
F	44	Auxiliar de Enfermagem	4	Ensino Técnico
F	32	Auxiliar de Enfermagem	3	Ensino Técnico
F	35	Auxiliar de Enfermagem	7	Ensino Técnico
F	27	Auxiliar de Farmácia	5	Ensino Técnico
F	46	Auxiliar de Saúde Bucal	8	Ensino Médio
F	46	Auxiliar de Serviços Gerais	4	Ensino Médio
F	39	Auxiliar de Serviços Gerais	12	Ensino Médio
M	41	Dentista	4	Residência
F	33	Enfermeira	4	Mestrado
F	34	Enfermeira	8	Mestrado
M	37	Médico	7	Graduação
F	28	Médica	2	Graduação

Para a fase clínico-qualitativa, a definição da amostra foi construída após a fase exploratória, pois, dessa forma o pesquisador, imerso no contexto da investigação e conduzido pelo processo indutivo, pode identificar o grupo de usuários que poderia se beneficiar com a implantação dos recursos terapêuticos no território e no processo de trabalho da USF. Além disso, é sabido que a constituição das amostras nos estudos qualitativos não se guia pela intenção da representação do universo ou do cálculo amostral, mas pela consideração de três fatores: (i) capacidade operacional da coleta e análise, (ii) entendimento do fenômeno e (iii) natureza do fenômeno (Sampieri; Collado; Lúcio, 2013).

Fundamentada nesses três fatores, a amostra dessa segunda fase contou com a participação de 36 usuários divididos proporcionalmente em dois grupos, de acordo com o recurso terapêutico particularmente escolhido. Vale ressaltar que o total de participantes da amostra atende à estrutura de referência proposta por estudiosos da metodologia de pesquisa, indicando que estudos etnográficos, baseados em entrevistas e observações contêm com um tamanho mínimo de amostra entre 30 e 50 casos (Sampieri; Collado; Lúcio, 2013).

Como critério para seleção dos participantes na segunda fase, foram considerados: ser usuário da demanda de saúde mental, fazer uso contínuo de medicamentos psicotrópicos ou ansiolíticos, procurar pelos serviços de saúde da USF ao menos três vezes nos últimos seis meses e estar adscrito na área pelo menos por um ano. Foram estabelecidos critérios de exclusão (gestação, alteração na posologia do tratamento medicamentos com substâncias psicoativas e utilização de alguma técnica considerada prática integrativa e complementar), mas não houve ocorrências entre os participantes. O Quadro 5 ilustra as características sociodemográficas dos dezoito participantes que compuseram a amostra do grupo aromaterapia, do mesmo modo, o Quadro 6, para o grupo terapia floral.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> As descrições dos participantes foram inseridas nesta seção em consideração às orientações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ* (Tong A, Sainsburg P, Craig J. Consolidates criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 citado 22 Abr 2019];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>)

**Quadro 5.** Características sociodemográficas dos participantes da intervenção com uso de Aromaterapia (AT). Botucatu/SP. 2019.

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Anos de estudo	Ocupação	Religião	Queixa inicial	Serviços da RAPS	Psicofármacos	Tempo de uso (anos)
AT1	F	47	Casada	4	Diarista	Católica	Depressão	ESF	Sertralina/Diazepam	6
AT2	F	83	Divorciada	6	Aposentada	Evangélica	Insônia	ESF/Particular	Clonazepam	20
AT3	F	52	Casada	3	Do lar	Católica	Depressão	ESF/UBS	Quetiapina/Diazepam/ Carbamazepina	17
AT4	F	63	Casada	11	Aposentada	Evangélica	Ansiedade	ESF/CAPS	Sertralina	12
AT5	F	62	Divorciada	8	Aposentada	Católica	Depressão	ESF/Particular	Amitriptilina	6
AT6	F	51	Casada	7	Diarista	Católica	Depressão	ESF/Particular	Amitriptilina	13
AT7	F	57	Divorciada	2	Desempregada	Evangélica	Gastrite	ESF	Paroxetina	5
AT8	F	61	Casada	11	Agente Escolar	Católica	Depressão	ESF/Convênio	Paroxetina	10
AT9	F	24	Divorciada	11	Desempregada	Evangélica	Estresse	ESF	Fluoxetina	5
AT10	F	60	Viúva	4	Pensionista	Evangélica	Luto	ESF	Fluoxetina/Diazepam	28
AT11	F	47	Casada	11	Autônoma	Evangélica	Ansiedade	ESF/Particular	Fluoxetina	9
AT12	M	63	Viúvo	2	Aposentado	Evangélico	Insônia	ESF	Amitriptilina	6
AT13	F	42	Casada	9	Secretaria	Católica	Depressão	ESF	Fluoxetina	7
AT14	F	55	Casada	11	Do lar	Evangélica	Insônia	ESF	Clonazepam	11
AT15	F	30	Divorciada	12	Vendedora	Católica	Depressão	ESF/Particular	Fluoxetina/Clonazepam	7
AT16	F	44	Solteira	14	Cabeleireira	Espírita	Ansiedade	ESF/Particular	Sertralina	6
AT17	M	63	Casado	7	Pedreiro	Evangélico	Estresse	ESF	Clonazepam	8
AT18	F	52	Casada	11	Do lar	Católica	Ansiedade	ESF	Sertralina/Amitriptilina	13

**Legenda:** F – Sexo feminino. M – Sexo masculino. ESF – Estratégia Saúde da família. UBS – Unidade Básica de Saúde. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. **Nota:** Para preservar a identidade dos participantes foi atribuído um código alfanumérico, cujas letras correspondem ao grupo de aromaterapia (AT) e os algarismos, à ordem de recrutamento do participante.

**Quadro 6.** Características sociodemográficas dos participantes da intervenção com uso de Terapia Floral (TF). Botucatu/SP. 2019.

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Anos de estudo	Ocupação	Religião	Queixa inicial	Serviços da RAPS	Psicofármacos	Tempo de uso (anos)
TF1	F	52	Casada	7	Do lar	Evangélica	Convulsão	ESF/ Ambulatório	Amitriptilina/Clonazepam/ Carbamazepina	32
TF2	F	65	Relação Estável	14	Gestão administrativa	Católica	Depressão	ESF/CAPS/ Ambulatório	Clonazepam/ Levompromazina	14
TF3	F	39	Solteira	10	Pensionista	Católica	Depressão	ESF/CAPS	Setralina/Venlafaxina/ Sulpirida/Clonazepam/ Levomepromazina	8
TF4	M	76	Divorciado	4	Aposentado	Testemunha de Jeová	Tentativa de suicídio	ESF/ Ambulatório	Sertralina	20
TF5	F	62	Casada	11	Do lar	Evangélica	Depressão	ESF/ Ambulatório	Sertralina	19
TF6	F	54	Casada	7	Do lar	Evangélica	Insônia	ESF	Amitriptilina/Clonazepam	33
TF7	F	48	Casada	11	Cuidadora	Evangélica	Depressão	ESF	Sertralina/Clonazepam	7
TF8	F	18	Solteira	14	Estudante	Evangélica	Ansiedade	ESF	Sertralina	1
TF9	F	25	Solteira	10	Familiar cuidadora	Evangélica	Estresse/ Insônia	ESF	Clonazepam	2
TF10	F	62	Solteira	1	Desempregada	Evangélica	Depressão	ESF	Fluoxetina/Diazepam	15
TF11	M	57	Casado	10	Autônomo	Evangélico	Depressão	ESF	Escitalopram/Risperidona/ Clonazepam	6
TF12	M	52	Solteiro	4	Caseiro	Evangélico	Depressão	ESF/CAPS	Clonazepam	4
TF13	F	44	Relação Estável	4	Desempregada	Evangélica	Etilismo	ESF	Diazepam	4
TF14	F	68	Casada	6	Aposentada	Evangélica	Depressão	ESF	Sertralina	4

TF15	F	60	Casada	8	Diarista	Católica	Estresse	ESF	Sulpirida	12
TF16	F	34	Casada	15	Do lar	Evangélica	Ansiedade	ESF/ Convênio	Sertralina/Alprazolam	4
TF17	F	64	Casada	4	Do lar	Evangélica	Ansiedade	ESF	Sertralina	15
TF18	F	58	Casada	8	Desempregada	Evangélica	Depressão	ESF	Clonazepam/Amitriptilina	8

**Legenda:** F – Sexo feminino. M – Sexo masculino. ESF – Estratégia Saúde da família. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. **Nota:** Para preservar a identidade dos participantes foi atribuído um código alfanumérico, cujas letras correspondem ao grupo de terapia floral (TF) e os algarismos, à ordem de recrutamento do participante.

### **Fase Exploratória:** Inserção no Cenário e Procedimentos para Produção de Dados

O início da fase exploratória ocorreu em consideração aos preceitos da etnografia enquanto uma das teorias microssociológicas e foi denominada como sondagem etnográfica – representa a negociação do acesso ao campo de investigação (Lapassade, 2005). Assim, após aprovação ética, o primeiro contato com o campo foi realizado junto à enfermeira responsável técnica da USF quando em reunião particular onde foi apresentado o projeto de pesquisa e seus objetivos. Dessa primeira aproximação, agendou-se uma data em que o pesquisador pudesse comparecer a uma reunião de equipe da USF para proceder com a apresentação do projeto de pesquisa para os demais trabalhadores.

O primeiro contato entre pesquisador e trabalhadores da USF ocorreu no dia 17 de março de 2016 na ocasião de uma reunião de equipe. Conforme explicitado anteriormente, foi a oportunidade de o pesquisador apresentar o projeto de pesquisa e os objetivos para todos os trabalhadores esclarecendo dúvidas sobre as etapas da investigação.

Os procedimentos para produção de dados começaram a ser sistematizados pelo pesquisador após a assinatura do TCLE pelos participantes que ocorreu em um segundo contato, também em uma reunião de equipe, no dia 24 de março de 2016. Nesse momento, a leitura do TCLE foi realizada e aqueles que aceitaram participar da pesquisa procederam com a assinatura. Nessa ocasião, disponibilizou-se para os trabalhadores um instrumento de coleta de dados sociodemográficos (Apêndice 4), cujas informações compuseram o Quadro 4, disposto na página 76.

Vale ressaltar que nessa oportunidade, não houve dúvidas quanto aos procedimentos de coleta de dados, mas evidenciou a curiosidade por parte dos participantes sobre as PICS, bem como, interesse no atendimento de usuários identificados com demandas de saúde mental. Por fim, o início dos procedimentos de coleta de dados da fase exploratória ocorreu em 30 de março de 2016, data em que começaram a ser sistematizadas a observação participante e o registro do diário de campo. Os primeiros seis meses de inserção no campo da pesquisa foram destinados exclusivamente para a Observação Participante, portanto, ocorreu até o término do mês de setembro do mesmo ano totalizando 176 dias ou 1280 horas.

Essa técnica é considerada uma ferramenta central no campo das pesquisas etnográficas, caracterizada por um período de *interações sociais* em profundidade e com o propósito de imersão pessoal na vida das pessoas, para que, com isso o observador participante adquira um “*conhecimento de membro*” que alicerce sua compreensão que, por sua vez, implica empatia: “*capacidade de ver as ‘coisas’ desde dentro*”. Embora seja considerada uma técnica ou ferramenta metodológica em si mesma, pode incluir em seu processo outras maneiras de

apreender os dados, chamadas de técnicas anexas e representadas pelas conversas ocasionais do campo, de documentos envolvendo o campo e os sujeitos, e a entrevista etnográfica (Lapassade, 2005).

A relação do pesquisador com o trabalho de campo pode ser analisada segundo duas classificações que possibilitam reconhecer o modo como conformou-se a observação participante. Nesse sentido, vale considerar que o pesquisador atuou como *observador participante externo*, por não fazer parte do grupo pesquisado, no exercício da *observação declarada* e da *implicação ativa*. Esta é definida pela intencionalidade em desempenhar um papel que possibilite participação ativa como membro do grupo que investiga. Enquanto a primeira, refere-se à *estratégia entrista* e se caracteriza pela apresentação da identificação-função do pesquisador (Lapassade, 2005).

Para a produção de dados originadas com a Observação Participante, o pesquisador utilizou como dispositivo o Diário de Campo, como um lugar onde há registro dos movimentos, da leitura, dos tempo, dos espaços e das observações que ocorrem no ato vivo do cuidado e da pesquisa tendo como condição para atender a esse objetivo, a densidade do registro (Oliveira, 2014; Geertz, 2008).

A prática do Diário de Campo como instrumento de registro da pesquisa científica é recente. Sua existência, entretanto, é anterior ao uso científico. Historicamente, sua utilização foi possível após o desenvolvimento do papel, da tinta e da escrita, mas a exploração data do século XIX, no mesmo período do crescimento e surgimento de muitas 'ciências'. Nos séculos XX e XXI, pesquisas na área das humanidades concentraram sua utilização (Oliveira, 2014).

Tem-se observado que o emprego do Diário de Campo para diversas etapas da investigação, influenciando a apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e representa um esforço intencional de compreendê-las. Auxilia o pesquisador na retratação dos procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos pesquisadores e decisões na condução do estudo, portanto, o Diário de Campo evidencia os acontecimentos da investigação do delineamento inicial ao seu término (Araújo et al., 2013).

Dentre as técnicas anexas, as *conversas ocasionais* são consideradas constitutivas para a observação participante e se dão no encontro entre pesquisador e participante imbricados no trabalho, oportunizando o aprofundamento das preocupações que o pesquisador tem interesse de identificar, reconhecer ou esclarecer (Lapassade, 2005).

Diferente da conversação ditada pelas circunstâncias, a *entrevista etnográfica* coloca face a face pesquisador e participantes para que estes falem sobre si, desse modo, pode ser conceituada como uma conversação com propósito. Nessa pesquisa teve o objetivo de

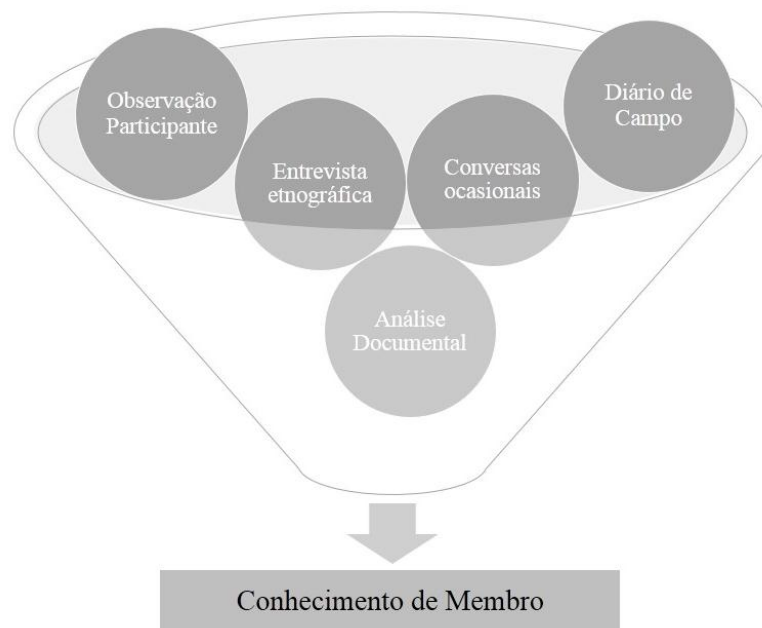


acessar acontecimentos e atividades que não são diretamente observáveis e corroborar a apreensão que o pesquisador construiu a partir da observação reflexiva da prática. Esses procedimentos concentraram-se entre os meses de fevereiro e maio de 2017, foram realizadas com 14 participantes da amostra de trabalhadores, guiando-se pela saturação teórica, tiveram a duração média de 51 minutos (43 – 62 minutos), foram audiogravados e transcritos na íntegra (Lapassade, 2005).

Encerrando a etapa exploratória, a utilização de documentos está incluída como uma técnica anexa à observação participante, pois, considera como uma oportunidade de reconhecer o ponto de vista dos participantes a partir de suas linguagens (Lapassade, 2005). Embora a Análise Documental represente um método em si para determinados estudos, nesse estudo foi aplicado como técnica complementar objetivando contextualizar o cuidado de saúde mental no território da USF para ampliar a compreensão de sua construção histórica (Souza; Kantorski; Luís, 2011).

Nesse sentido, durante os meses de julho e agosto de 2017 foram identificados 354 prontuários a partir dos usuários em uso de psicofármacos no território da USF. Desse montante, 17 foram excluídos por extravio, óbito ou falta de registro na USF. Assim, 337 prontuários foram analisados nos meses subsequentes com o intuito de verificar os registros que se referem ao cuidado de saúde mental, queixa disparadora da prescrição do psicofármacos e as datas de início e de término do uso. Esses dados levaram à produção das características históricas e contextuais do modo como o cuidado de saúde mental foi e tem sido realizado no contexto na ABS.

Em síntese, a fase exploratória guiou-se pelas ferramentas metodológicas Observação Participante, Diário de Campo, Conversas Ocasionais, Entrevista etnográfica e Análise Documental. Em conjunto, possibilitaram a inserção e a compreensão em profundidade do pesquisador acerca do processo de trabalho do campo da pesquisa, conceituado pela microsociologia como *conhecimento de membro*. A Figura 6 esquematiza a primeira fase da investigação:



**Figura 6.** Representação esquemática das ferramentas metodológicas aplicadas para a produção de dados da fase exploratória. Botucatu/SP. 2019.

#### **Fase Clínico-Qualitativa:** oferta de aromaterapia e terapia floral

As pesquisas clínico-qualitativas estão baseadas em três características conceituais que demarcam fortemente sua implementação nos espaços de cuidado partilhado pela Enfermagem e pelas PICS: (1) clínica, por voltar o olhar a quem porta dor, (2) psicanalítica, por inclinar a escuta a quem vivencia conflitos emocionais e (3) existencialista, no que se refere à reflexão sobre as angústias humanas (Turato, 2013). Essas atitudes são suportadas na forma de método científico, segundo a definição:

“[...] estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo, particularizado em *settings* de saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos nesse campo” (Turato, 2013. p.)

A escolha por esse referencial para guiar o desenvolvimento da oferta dos recursos terapêuticos se deu pela aproximação de suas características junto à intencionalidade epistêmica dessa investigação, expressa em seus objetivos. Pelo fato de que os sentidos e os significados são tomados como centrais e representam a característica naturalística intrínseca à pesquisa qualitativa, bem como, o desenvolvimento dos dados descritivos e a preocupação focalizada no processo de construção dos dados. Outra característica se refere à defesa do ambiente natural

como local necessário, pois, tais espaços estão impressos de incontáveis características dos sujeitos que se misturam ao contexto físico-estrutural e ao cotidiano da prestação de cuidados (Turato, 2000, 2013).

Em suas características definidoras, as angústias e as ansiedades atuam como pivô não apenas como matéria-prima para ser compreendida, mas elemento fundamental que provoca o pesquisador à postura do acolhimento. Dessa forma, o pesquisador se configura como instrumento no processo de investigação uma vez que a relação interpessoal se estabelece no desenvolvimento da escuta que ocorreu durante a oferta de aromaterapia e terapia floral (Turato, 2000, 2013).

Ao refletir sobre as particularidades do referencial da pesquisa clínico-qualitativa compreende-se a importância de sua contribuição e operacionalização nessa fase da investigação. Em síntese, torna possível atender ao objeto de estudo por sua interface com a epistemologia do Cuidado em Saúde e das PICS, pois, ambos resgatam a relação horizontal, guiada pela escuta, acolhimento e vínculo. Além disso, essa tríade alicerça, também, os saberes defendidos pela Clínica da AP (Tesser; Sousa, 2012).

#### *Estratégia de seleção dos usuários e a distribuição entre os recursos terapêuticos*

O período de recrutamento dos participantes para a oferta de Terapia Floral e Aromaterapia ocorreu entre os meses de março e maio de 2018 e como estratégia para convidar os usuários em uso de psicofármacos foi elaborado um convite (Apêndice 5) contendo informações sobre a proposta da intervenção, data e horário. Os convites foram entregues pessoalmente pelo pesquisador, estando acompanhado do ACS da microárea, nessa oportunidade a intenção da proposta era reforçada, bem como, data e horário do primeiro encontro.

Foram entregues 123 convites para usuários em uso de psicofármacos identificados a partir do levantamento de dispensação de psicotrópicos emitido pela farmácia da USF, da solicitação de renovação de receitas de psicofármacos entregue na recepção e também de usuários identificados pelos ACS. Para os usuários que não responderam ao primeiro convite, foram realizados outros dois dias de recrutamento, nos mesmos moldes, mas com datas e horários diferentes para contemplar, possivelmente, participantes com restrição de horários.

Os usuários que não responderam à segunda e terceira distribuição de convites foram considerados como recusas. Posteriormente, no decorrer da intervenção, o contato com os participantes da intervenção e com os ACS foram identificadas duas justificativas que

levaram os usuários a não comparecerem no primeiro encontro da intervenção: resistência em participar de grupos e receio de que os psicofármacos fossem retirados da prescrição médica.

O primeiro encontro da fase clínico-qualitativa ocorreu em três datas 26 de abril de 2018, 8 e 20 de maio de 2018 contou, no total, com a participação de 42 participantes. Nessa oportunidade, o pesquisador apresentou a proposta da intervenção e os termos da pesquisa, explicando a intenção de oferecer aromaterapia ou terapia floral como recursos terapêuticos complementares ao tratamento medicamentoso. Ainda nesse momento, possibilitou a experimentação do creme aromático e apresentou o frasco de floral, detalhando em que consistia cada recurso terapêutico. As dúvidas dos participantes foram elencadas e respondidas nesse encontro e conteúdos versavam sobre a organização das intervenções com terapia floral e aromaterapia (qual a frequência de encontros, o uso diário do creme aromático e da fórmula floral, e sobre a constituição do creme aromático) e sobre a possibilidade de continuar o uso de psicofármacos em associação com a terapia floral e aromaterapia.

Antes do término desse primeiro encontro, foi solicitado aos 42 usuários que concordaram com a participação na pesquisa que escolhessem qual recurso terapêutico gostariam de utilizar. Garantir aos participantes a possibilidade de escolher o recurso terapêutico preferido foi fundamental para a permanência dos mesmos, bem como, favoreceu seu engajamento para a utilização diária do terapia floral ou da autoaplicação do creme aromático. Além disso, a aceitação pessoal ao creme aromático pode ser levada em consideração nessa escolha, conforme foi observado com dois participantes que optaram pela terapia floral por não aceitarem olfativamente o creme.

Observou-se que possibilitar, no primeiro encontro, um espaço aberto para as impressões deu oportunidade aos participantes de contribuírem com suas experiências prévias em temas como uso de fitoterápicos e plantas medicinais, bem como, a insatisfação com o uso de psicofármacos, especialmente, no que se refere aos resultados dessas medicações para as demandas pessoais. Ao término do primeiro encontro de recrutamento, o pesquisador apresentava uma síntese dos conteúdos que os participantes elencaram e procedia com a leitura do TCLE, solicitando a assinatura dos participantes. Em seguida, abordava-se individualmente para o agendamento do início da intervenção, anotando telefone para contato e o recurso terapêutico selecionado.

#### *Comunicação Terapêutica como técnica na pesquisa clínico-qualitativa*

Com o intuito de uniformizar a abordagem do pesquisador aos usuários distribuídos em ambos os recursos terapêuticos, Aromaterapia e Terapia Floral, os encontros foram guiados

pelos referenciais teóricos da Comunicação Interpessoal em Enfermagem, considerando as estratégias de comunicação terapêutica, sistematizadas em três agrupamentos dispostos no Quadro 7 (Silva, 2011; Stefanelli; Carvalho, 2012):

**Quadro 7.** O uso da Comunicação Terapêutica como técnica para produção de dados na fase clínico-qualitativa da investigação. Botucatu/SP. 2019.

<b>Expressão</b>
Trata-se da utilização de estratégias que facilitam e estimulam a expressão verbal permitindo o compartilhamento da experiência e dos sentimentos que os participantes obtiveram com a utilização da aromaterapia. Como disparador inicial, foi adotada a pergunta: “ <i>Como tem sido sua experiência com o uso do creme?</i> ”, para os usuários em uso de aromaterapia; e “ <i>Como tem sido sua experiência com o uso da terapia floral?</i> ”, para os demais. Após o disparador, foram implementadas como estratégias: escuta reflexiva, verbalização de interesse e de aceitação, aprofundamentos da experiência e sentimentos, manutenção do participante no conteúdo de interesse e redirecionar perguntas para o próprio participante.
<b>Clarificação</b>
Utilizada quando houve necessidade de o pesquisador elucidar mensagens enviadas pelos participantes que continham conteúdo ambíguo ou não conhecido, isto é, quando mensagens verbais e não verbais necessitassem de esclarecimentos para o entendimento do pesquisador. São exemplos: estimular o participante a estabelecer comparações, solicitar esclarecimentos acerca de termos incomuns e descrever os eventos em sequência lógica.
<b>Validação</b>
Essa estratégia que objetiva verificar a compreensão mútua das mensagens que foram trocadas entre participante e pesquisador, como uma maneira de evidenciar a significação comum dos sentidos e das percepções que os participantes desenvolveram com a aplicação diária do creme aromático ou do uso da terapia floral. Dentre as ferramentas, o pesquisador elaborava uma síntese que abrangeu os principais pontos do conteúdo da interação, de acordo com a experiência dos usuários no decorrer dos encontros. Os temas da validação foram retomados recorrentemente entre os encontros de ambos os recursos terapêuticos.

**Fonte:** Silva, 2011; Stefanelli; Carvalho, 2012.

### *Descrição da oferta da aromaterapia como recurso terapêutico*

A oferta de aromaterapia ocorreu em oito encontros semanais com duração média de 60 minutos e foram organizados em dois momentos: (1) as estratégias da Comunicação Terapêutica - descritas anteriormente cujo objetivo foi apreender, por meio da percepção elaborada e verbalizada pelo usuário, a experiência pessoal com o recurso terapêutico (45 minutos em média); (2) massagem com creme aromático, com duração de 15 minutos e cuja técnica foi descrita posteriormente.

Vale ressaltar que o primeiro encontro individual foi guiado pelo Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice 6) elaborado para levantar informações sociodemográficas e identificar dados acerca do sofrimento psíquico e do percurso do usuário no uso de psicofármacos. Ao final de cada encontro, foi disponibilizado para os participantes um recipiente com 30mL do creme aromático, com orientações para aplicação diária nos membros superiores e região da cintura escapular ao dormir.

A técnica de massagem foi a *effleurage* ou alisamento aplicada região cervical e torácica posteriores. Sua seleção foi guiada por não exercer pressão na área corporal que poderia estimular pontos meridianos (Price; Price, 2012). Todos os encontros foram realizados em um consultório da USF com o participante sentado, tendo exposta apenas a região torácica posterior.

A sequência da massagem conta com 12 passos, descritos como se segue: (a) Relaxamento: ombros e pescoço; (b) Aplicação do creme aromático; (c) Alisamento superficial entre as escápulas, sentido coluna vertebral para os ombros (5x); (d) Alisamento paravertebral profundo sentido caudal – cefálico e envolvendo o músculo trapézio na finalização do movimento (5x); (e) Alisamento superficial cervical lateral e músculo trapézio sentido médio-lateral (5x); (f) Alisamento profundo cervical posterior alternando lado direito e esquerdo no sentido caudal – cefálico (10x); (g) Alisamento cervical lateral profundo (5x); (h). Repetir movimento sete, considerando o lato contralateral; (i) Alisamento cervical profundo com os dedos indicador e médio; (j) Repetir o quarto movimento; (k). Repetir o quinto movimento; e (l) Finalizar com o alongamento do pescoço.

A aromaterapia foi associada à massagem com aplicação média de 8mL do creme aromático que conta com os óleos essenciais de *Lavandula angustifolia* (produtor WNF Essentials oils® – Lote 01473/18 – Processo n.º 25351383421200871) e *Pelargonium graveolens* (produtor WNF Essentials oils® – Lote 3185/16 – Processo n.º 25351383054200814), concentração de 1% cada, totalizando 2% de óleo essencial diluído em creme neutro. A formulação foi manipulada por um profissional farmacêutico e pelo

pesquisador atendendo aos princípios das normas farmacotécnicas. A experiência prévia em conjunto com os referenciais teóricos desse recurso terapêutico guiaram a escolha dos óleos essenciais (Price; Price, 2012; Buckle, 2015; Domingos; Braga, 2015).

#### *Descrição da oferta da terapia floral como recurso terapêutico*

A oferta de terapia floral aconteceu distribuída em quatro encontros com periodicidade quinzenal. Cada encontro teve em média duração de 55 minutos, baseado nas três estratégias de Comunicação Terapêutica descritas no anteriormente (vide *Comunicação Terapêutica como técnica na pesquisa clínico-qualitativa*).

Assim como no grupo em uso de aromaterapia, o primeiro encontro individual foi guiado pelo Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice 4) elaborado para levantar informações sociodemográficas e identificar dados acerca do sofrimento psíquico e do percurso do usuário no uso de psicofármacos. Em seguida, apresentou-se novamente o frasco floral, explicou-se a constituição e a posologia (quatro gotas, administradas diretamente na boca, distribuídas em quatro vezes por dia excetuando-se o período noturno). Foi solicitado aos usuários que trouxessem para os retornos o frasco floral com a intenção de verificar o nível da solução restante no frasco, como uma forma indireta de verificar a regularidade de utilização.

A partir do segundo ao quarto retorno, a estratégia de validação foi conduzida com o apoio dos cartões-postais das cinco flores que compõem o *Rescue Remedy*. Estes cartões foram apresentados aos participantes depois de expressarem livremente suas percepções com o uso da terapia floral. Com os cinco cartões dispostos sobre a mesa do consultório, solicitou-se ao participante que fizesse a escolha do cartão que mais lhe chamasse a atenção, atendendo sua impressão pessoal. Após a escolha, procedia-se com a leitura da indicação do floral (impresso no verso do cartão) estimulando o participante a identificar aproximações e distanciamentos de seu percurso pessoal com o uso da terapia floral.

Considerando que, entre os pesquisadores da terapia floral, há uma discussão em torno do uso das imagens das flores utilizadas no Sistema Bach de floral, apresenta-se da Figura 7 à 11, os cinco cartões-postais utilizados nesse processo:



**CHERRY PLUM**

**Indicação**  
"Para o medo de esgotamento mental, de perder a razão, tomar atitudes impulsivas, desagradáveis, prejudiciais as que se encontram à sua volta."

**Reflexão**  
"De nossa parte, precisamos praticar a paz, a harmonia, a individualidade e a firmeza de propósito e desenvolver cada vez mais o conhecimento de que, em essência, somos de origem Divina, filhos do Criador, e temos dentro de nós, para desenvolver, o poder de atingir a perfeição."

Eu tenho medo de perder o controle e cometer uma loucura.  
Busco uma mente calma e serena.

Cherry Plum  
Um dos 38 florais de Bach © J. Barnard  
blossomedu.com.br

Healingherbs  
BACH FLOWER ESSENCES

BLOSSOM

**Figura 7.** Cartão postal Cherry Plum (*Prunus cerasifera*). Botucatu/SP. 2019. Fonte: Barnard, 2016.



**CLEMATIS**

**Indicação**  
"Para aqueles que são sonhadores, que vivem nas nuvens, sem grande interesse pela vida. São pessoas calmas, mas que não são felizes com as circunstâncias em que se encontram, vivendo mais no futuro do que no presente, com esperanças de tempos melhores, quando seus ideais poderão vir a se realizar. Quando doentes, fazem pouco ou nenhum esforço para melhorar, e alguns podem até desejar a morte, na esperança de tempos melhores, ou talvez de encontrar um ente querido que tenham perdido."

**Reflexão**  
"Por fim, não tenhamos medo de mergulhar na vida. Estamos aqui para adquirir experiência e conhecimento, e aprenderemos pouco se não enfrentarmos a realidade e não dermos o máximo de nós mesmos."

Eu me sinto distraído e disperso. Busco estar mais atento a tudo ao meu redor.

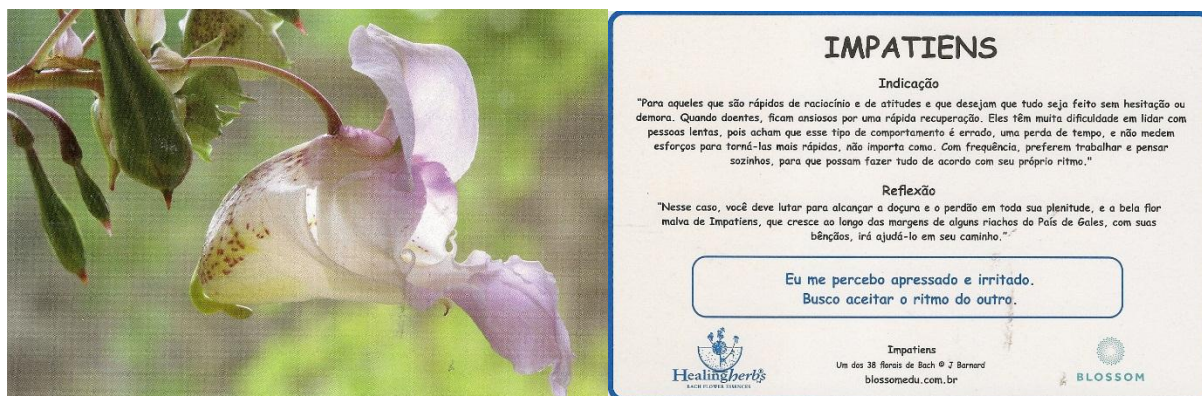
Clematis  
Um dos 38 florais de Bach © J. Barnard  
blossomedu.com.br

Healingherbs  
BACH FLOWER ESSENCES

BLOSSOM

**Figura 8.** Cartão postal Clematis (*Clematis vitalba*). Botucatu/SP. 2019. Fonte: Barnard 2016.





**Figura 9.** Cartão postal Impatiens (*Impatiens glandulifera*). Botucatu/SP. 2019. Fonte: Barnard, 2016.



**Figura 10.** Cartão postal Rock Rose (*Helianthemum nummularium*). Botucatu/SP. 2019. Fonte: Barnard, 2016.



**Figura 11.** Cartão postal Star of Bethlehem (*Ornithogalum umbellatum*). Botucatu/SP. 2019. Fonte: Barnard, 2016.

Para a preparação da solução floral foram manipulados um total de 50 frascos com 30mL de solução hidro-brandy a 30% cada, e acrescentadas duas gotas da Fórmula Emergencial

dos Florais de Bach, também conhecido como *Rescue Remedy* (5 Flowers – Lote 170926FF3) que é composta por: Impatiens (*Impatiens glandulifera*), Cherry Plum (*Prunus cerasifera*), Clematis (*Clematis vitalba*), Star of Bethlehem (*Ornithogalum umbellatum*) e Rock Rose (*Helianthemum mummularium*).

As essências florais nos frascos de estoque concentrado foram adquiridas da empresa Healing® Essências Florais, importadora e distribuidora exclusiva do produtor Healing Herbs® no Brasil. A Healing Herbs®, situada na Inglaterra, possui selo da BAFEP (The British Association of Flower Essence Producers), órgão que regulamenta e certifica os produtores de essências florais no Reino Unido. Suas essências florais são feitas a partir de plantas silvestres, no auge de sua floração, em manhãs perfeitamente claras, seguindo rigorosamente as instruções de preparo do Dr. Edward Bach. Em seu preparo é utilizado conhaque orgânico francês, com selo ECOCERT, organismo de inspeção e certificação dos produtos orgânicos na Comunidade Europeia.

O preparo do frasco individual bem como seu envase e identificação foram realizados por uma terapeuta floral, em sala apropriada na Unidade de Pesquisa Clínica da FMB, obedecendo a todas as normas da farmacotécnica. O frasco com conta-gotas utilizado tinha as seguintes especificações: frasco de vidro âmbar de 30 ml com tampa furada com lacre e bulbo branco e cânula de vidro de 75mm. Todos os frascos foram higienizados, embalados em grau cirúrgico e esterilizados em autoclave a 121°C por 20 minutos, conforme protocolo institucional, no Centro de Material e Esterilização de um hospital público, vinculado à instituição de ensino.

### **Análise dos dados**

Os dados emergidos da investigação em suas fases descritiva e clínico-qualitativa foram tratados segundo análise de conteúdo, definida como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições produção/recepção dessas mensagens” (Bardin, 2009. p.44).

Portanto, trata-se de um método de análise voltado para as comunicações, tendo como pretensão compreender os dados obtidos além dos significados imediatos. Isso

corresponde a dizer que se propõe superar a incerteza e possibilitar uma leitura enriquecida e aprofundada do fenômeno que se investiga. Nesse procedimento analítico, são adotadas etapas (Bardin, 2009):

- *Pré-análise*: é a fase de organização, guiada pela intuição, visando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais que conduzirão o plano de análise. Inclui, portanto, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e a elaboração de critérios de interpretação. Constituem suas atividades a leitura flutuante, o estabelecimento do corpus da pesquisa, a adoção dos critérios indicadores de análise e a edição do material.

- *Codificação*: corresponde ao tratamento do material, transformando o texto por critérios delimitados que possibilitarão a representação do conteúdo. É necessário o estabelecimento de regras de recorte, elaboradas por meio da escolha das unidades de registro que correspondem ao segmento dotado de conteúdo a ser considerado como unidade base. Neste estudo, adota-se o tema como unidade de registro, retratando a unidade de contexto, que tem como função ancorar sua significação de um registro.

- *Categorização*: trata-se da atividade de classificação das unidades de registros. Para tanto, a etapa é constituída por duas fases: uma de inventário, onde as partes são isoladas e outra, de classificação em si, em que os elementos isolados são reagrupados segundo um critério previamente estipulado. Por fim, adota-se uma denominação genérica que os represente em essência. Nesta pesquisa, o critério de categorização escolhido é o semântico. É importante que as categorias sejam construídas segundo os atributos de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade, características que viabilizam qualidade às categorias, assegurando rigor ao método de investigação.

- *Inferência*: fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem para saber mais sobre este texto ou comunicação, para isso, o pesquisador realiza uma “análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo”. Esse processo inferencial pode recair sobre o emissor ou receptor da mensagem, sobre o código da mensagem, sobre sua significação e até mesmo sobre o instrumento de comunicação utilizado. Considerando o objetivo desse trabalho, o processo inferencial foi realizado sobre o conteúdo e significado da mensagem extraindo informações que respondam à questão norteadora adotada.

## **RESULTADOS**

---

## **Estratégia Saúde da Família: a análise do Processo de Trabalho e a Produção de Cuidado para o usuário em sofrimento psíquico**

O modo como se concebeu a produção de cuidado na USF emergiu por meio das ferramentas metodológicas, observação participante, do diário de campo e análise documental. Assim, foi possível identificar e reconhecer a USF como um território turgido de sentidos, significados e afetos cujos fluxos se interconectam e se influenciam mutuamente. Diante da complexidade do contexto e com o intuito de dar corporeidade ao vivido por meio da escrita, ao dados oriundos dos referidos instrumentos foram apartados para que, didaticamente, fosse possível sua compreensão.

Nesse sentido, a organização da fase exploratória da pesquisa foi dividida em duas categorias: O Processo de Trabalho na ESF sob análise e A Produção de Cuidado em Saúde Mental na ESF. Vale ressaltar, contudo, que essas duas categorias são intimamente relacionadas e podem compartilhar núcleos de sentido comuns. Essa situação, sob a ótica da análise de conteúdo (Bardin, 2009), compromete o atributo de exclusão mútua, mesmo diante desse risco, optou-se em manter o formato da organização tendo em vista a facilidade do processo de leitura. Em contrapartida, observou-se que o critério de homogeneidade (Bardin, 2009) pode ser claramente interpretado entre essas duas categorias sob a égide do modelo biomédico.

### **Categoria 1 – O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família sob análise:** reconhecendo os processos microrregulatórios e a burocratização.

Essa categoria traz o conteúdo descritivo-analítico da dinâmica do processo de trabalho na ESF como parte da fase exploratória da pesquisa, elemento central para a constituição do conhecimento de membro por parte do pesquisador. É subdividida em três subcategorias complementares entre si: (1.1) Organização do processo de trabalho na ESF, (1.2) Conformação dos processos microrregulatórios e (1.3) A burocratização do trabalho em saúde.

#### *Subcategoria 1.1 - Organização do Processo de Trabalho na ESF*

Primeiramente, no que se refere ao cuidado individual, o início do trabalho ocorre na recepção da USF com o recolhimento do cartão de agendamento e uma primeira triagem da demanda que é classificada em: consultas agendadas, consultas extras e procedimentos técnicos; essas três atividades respeitam a ordem de entrega do cartão no referido setor. Após, os usuários aguardam sentados na sala de espera. Na recepção, as auxiliares administrativas

separam os prontuários físicos dos usuários classificados como consultas agendadas e extras que são disponibilizados para os trabalhadores da equipe de enfermagem e médica iniciarem os atendimentos.

O critério para a classificação dos usuários é cronológico, baseado no horário que apresentam a demanda junto à recepção. Aqueles com consultas agendadas possuem maior mobilidade, visto que podem apresentar o cartão na recepção minutos antes do horário agendado para suas consultas. Para serem classificados como consultas extras, os usuários precisam entregar o cartão na recepção das 7h às 7h15min, esse tipo de atendimento garante que o usuário será atendido por algum trabalhador da equipe de saúde de nível técnico. Quando esse intervalo de 15 minutos é extrapolado, os usuários são classificados como acolhimento que garante a pré-consulta, mas não a consulta com trabalhador de nível superior, tendo como critério para isso a gravidade da queixa.

A próxima etapa, inicia-se com a pré-consulta que ocorre em um consultório e é realizada, frequentemente, por um trabalhador de enfermagem do nível técnico. Os primeiros a serem atendidos nesse espaço são os usuários de consultas extras. O objetivo desse primeiro momento é coletar dados sobre a queixa atual e suas características clínicas, como, tempo de duração, fatores desencadeantes, fatores de piora, fatores de melhora e alergias medicamentosas. Caso seja necessário, alguns procedimentos técnicos podem ser realizados, por exemplo, verificação de pressão arterial, temperatura, dados antropométricos e, raramente, glicemia capilar. Ao término, o trabalhador solicita que o usuário retorne à recepção para aguardar uma decisão: serão atendidos na USF por trabalhador de nível superior, encaminhados para outros serviços da rede de atenção ou orientados a agendar consultas de rotina na USF.

Ao término do montante de usuários que passaram por consultas extra, procede-se com a pré-consulta dos usuários com consultas agendadas que ocorre, também, de maneira técnica: verificação de pressão arterial, dados antropométricos e temperatura. Pelo fato de a consulta ter sido agendada pelo usuário com o objetivo de elucidar uma necessidade de saúde, a pré-consulta de não inclui a investigação subjetiva da queixa. Dessa forma, está instituído na rotina da USF que a consulta agendada é o espaço para que o usuário solicite uma investigação mais acurada de sua necessidade.

Concatenado a esse processo, inúmeras vezes foi observada a elaboração discursiva dos usuários centrada na solicitação de procedimentos diagnósticos e encaminhamentos para serviços especializados, em sua maioria, oferecidos no complexo assistencial da universidade que possui serviços inseridos na RAS do município. Esse tipo de fenômeno provocava no

trabalhador de saúde certo incômodo por atravessar a investigação clínica e por descaracterizar uma abordagem mais abrangente do estado de saúde do usuário:

*“Na observação do cuidado individual de um período de atendimento: os usuários agendam consultas médicas com o objetivo de solicitar exames e encaminhamentos para a atenção especializada. O interessante na prática discursiva do usuário é a impregnação da importância da tecnologia dura, uma vez que jargões técnicos são verbalizados para informar qual a demanda: ‘vim aqui pra pedir uma endoscopia digestiva para ver se eu tô com lesão no estômago ainda, da gastrite’ (conversa com profissional médico, enquanto encaminhavam-se para o consultório). A consulta durou pouco tempo, resultou no preenchimento do formulário para agendamento do procedimento e também encaminhamento para a UNESP, contudo, a insatisfação do profissional foi claramente verbalizada: ‘já cansei de entregar agendamento para esse paciente [cinésico: olhos para cima, expiração forçada], cada mês é uma especialidade e chega com o diagnóstico elaborado... o bom é que a gente só preenche o papel [paralinguagem: ironia] (Conversas ocasionais – profissional de nível superior).” – Fragmento de Diário de Campo.*

Ao sair da pré-consulta e retornarem para sala de espera, os usuários são, então, consultados por trabalhadores de nível superior. Decorre uma investigação clínica mais detalhada que inclui escuta e procedimentos semiológicos que resultam na oferta dos serviços internos e externos à USF. Dentre esses: prescrição de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais ou de imagem, encaminhamento para especialidade, agendamento de visita domiciliar, discussão de casos com a equipe no NASF, retornos à USF. Entre médicos e enfermeiros, há um frequente compartilhamento de casos e discussão de condutas criando um espaço de troca de saberes e responsabilidades técnicas e legais, fortalecendo a responsabilidade mútua pelo atendimento.

Com o término da consulta, o usuário tem outros espaços para percorrer na USF, esse caminho está subordinado ao que foi ofertado em decorrência do atendimento com trabalhador do ensino superior. São locais possíveis: dispensário de medicamentos ou recepção para agendamento de procedimentos ou encaminhamentos. Na dispensação de medicamentos, o usuário retira uma senha que respeita ordem numérica e entrega sua receita, a auxiliar de farmácia disponibiliza de acordo com a prescrição, reforçando o modo de aplicação. Para o agendamento, o prontuário é entregue para a auxiliar administrativa na recepção que o recolhe e leva a um terceiro setor, chamado, pós-consulta.

A pós-consulta é um espaço ocupado exclusivamente por trabalhadores da enfermagem de nível médio que são responsáveis por fomentar, junto aos sistemas de informação, a produção de atendimentos e procedimentos realizados pelos demais trabalhadores de nível superior e outros de nível médio da enfermagem. Outra atribuição é a agendamento de exames, consultas e encaminhamentos, assim, as respectivas datas são registradas no cartão da unidade que pertence ao usuário que lhe é devolvido, juntamente, com as orientações sobre a data do agendamento e os procedimentos necessários para realização de exames.

Uma parcela de usuários procuram a USF para realização de procedimentos como aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, realização de curativos, administração de medicamentos e imunobiológicos. Esses usuários entregam o cartão na recepção, informam qual procedimento necessitam e um trabalhador de enfermagem do nível médio o realiza. A depender da complexidade técnica e da avaliação clínica da demanda apresentada pelo usuário, o referido trabalhador solicita a avaliação daqueles de nível superior, em geral, da enfermeira.

Há demandas que não necessitam da participação direta de trabalhadores da enfermagem ou da medicina. Usuários com esse tipo de demanda são aqueles que buscam a USF para retirada de medicamentos, para realização ou atualização do Cartão SUS, e para solicitação de renovação de receitas. A retirada de medicamentos ocorre quando o usuário já possui a receita com o fármaco prescrito, por exemplo, quando o uso é de caráter crônico, como hipertensão arterial e uso de psicofármacos. Para isso, residir na área de adscrição não é uma condição.

A inscrição ou atualização do Cartão SUS é atribuição profissional das auxiliares administrativas, do setor da recepção. É possível que em determinadas situações, os ACS também realizem essa tarefa e isso ocorre, em geral, quando algum auxiliar administrativo está ausente. Nessa situação, residir na área de adscrição da USF é uma condição que precisa ser comprovada mediante a apresentação de documento nominal. No decorrer da coleta de dados, foi observado que o Cartão SUS atualizado foi instituído como condição para acessar os serviços da rede de atenção. Essa alteração de procedimento acarretou um aumento na demanda dos trabalhadores da recepção.

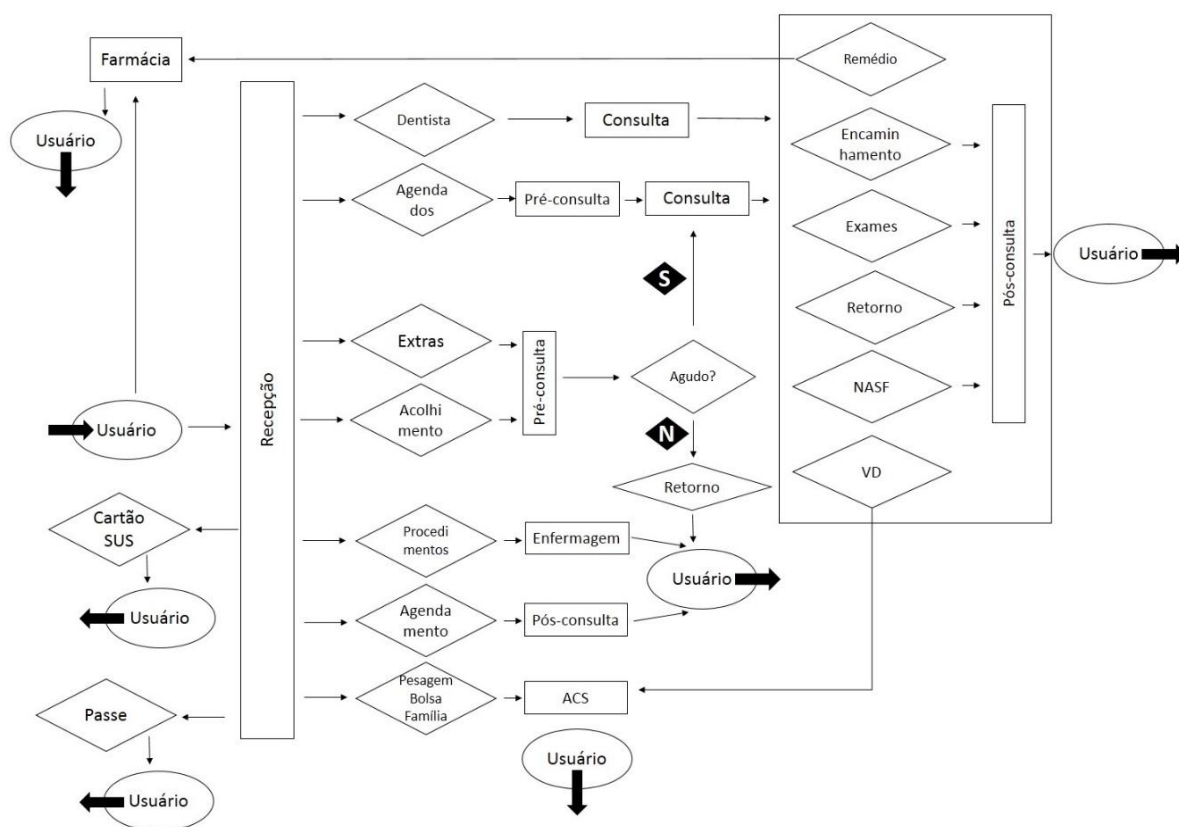
É, também, na recepção que ocorre a solicitação de renovação de receitas pelo usuário, para isso, há uma data de validade subordinada à condição ou comorbidade que desencadeou a prescrição: doenças crônicas, principalmente, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2 precisam ser renovadas dentro de um período de doze meses e estão



condicionadas ao agendamento de consulta com profissional de nível superior, estratégia utilizada como acompanhamento clínico. A receita médica para o uso de anticoncepcional oral ou injetável tem a mesma duração, mas a condição é o agendamento da coleta de Citopatologia Oncótica Uterina. Quanto às receitas de psicofármacos, não há condições para sua renovação que ocorre bimestralmente.

Outras ações que podem chegar diretamente à recepção, são as ações diagnósticas e assistenciais da Equipe de Saúde Bucal. Considerando as atividades que ocorrem na USF, nota-se que as ações dessa equipe são independentes das demais: desde o agendamento até o primeiro atendimento de demandas espontâneas são geridas pela auxiliar de saúde bucal e dentista. A pouca integração ao restante do processo de trabalho, é vista também em outras atividades como nas reuniões de equipe. As atividades de grupo que a USF oferece são também recepcionadas nesse setor, por exemplo, grupo de gestantes, grupo de citologia oncótica uterina e grupo de saúde mental.

Em síntese foi elaborado um Fluxograma Analisador, disposto abaixo (Figura 12) que ilustra a organização do processo de trabalho na USF:



**Figura 12.** Fluxograma Analisador: entradas, processos e saídas do usuário na unidade de saúde. Botucatu/SP. 2019.

Observa-se, por meio da Figura 12, que a recepção e o dispensário de medicação são principais espaços para a entrada do usuário na USF. Contudo, a recepção é o setor que dá acesso aos serviços internos e externos oferecidos pela USF e para isso elabora uma classificação que está baseada na demanda que o usuário apresenta no momento da chegada. A regulação do acesso aos serviços internos e externos à USF é feita em outros espaços como a pré-consulta, consulta e pós-consulta, cuja discussão encaminha para a segunda subcategoria.

#### *Subcategoria 1.2 - Conformação dos processos microrregulatórios*

Na pré-consulta, serviços oferecidos aos usuários que são classificados como consultas extras e acolhimento, o processo microrregulatório controla o acesso do usuário à consulta com profissional de nível superior na USF. Isso se dá por meio de uma escuta, guiada pela clínica tradicional, e é seguida de uma decisão tomada no compartilhamento entre o trabalhador de nível técnico de Enfermagem e o trabalhador de nível superior. Quando esses trabalhadores compreendem que a demanda apresentada pelo usuário é passível de avaliação clínica, este tem acesso à consulta realizada por trabalhador de nível superior.

Intencionalmente, essa consulta é caracterizada pela clínica do tipo queixa-conduta que se centra na resolubilidade da queixa aguda e atual, gerando uma conduta prescritiva e não investigativa. As características dessa consulta e, principalmente, o fato de não gerar investigação clínico-diagnóstica torna a pré-consulta um processo microrregulatório importante para os trabalhadores da USF, pois, indiretamente controla o acesso aos encaminhamentos para serviços da RAS e aos exames que são oferecidos dentro ou fora da USF.

Em conjunto, a observação participante e as notas reflexivas do diário do campo possibilitaram a apreensão de que os trabalhadores depositam no processo microrregulatório supracitado um modo de *politizar o acesso* aos serviços internos e externos. Subjacente a essa concepção, está a valoração concebida pelos trabalhadores acerca da consulta médica, dos exames diagnósticos e dos encaminhamentos para serviços especializados. Assim, a classificação da demanda dos usuários como consultas extras e acolhimentos não são passíveis de terem acesso a esses recursos pelo fato de serem fluxos que escapam da pós-consulta.

A consulta é um serviço interno da USF que *per si* constitui um processo microrregulatório operacionalizado na decisão da conduta clínica elaborada pelos trabalhadores de nível superior diante da necessidade de saúde apresentada pelos usuários. Inserida em um fluxo maior de processos microrregulatórios antecedentes, para o usuário chegar ao seu alcance, é resultado da decisão afirmativa da pré-consulta e do acolhimento ou do agendamento realizado pela pós-consulta. Deve-se atentar, contudo, que a regulação que ocorre nos espaços das consultas se refere *ao acesso* à tecnologia ou ao serviço oferecido pela USF ou pela RAS.

Nesse sentido, o agendamento é o dispositivo formal que concede a autorização ao usuário do direito a ter acesso aos serviços da USF e da RAS, pois, foi submetido a uma avaliação de saúde completa por meio da consultada agendada com trabalhador de saúde de nível superior. Constitui-se, na concepção dos trabalhadores, o percurso oficial (instituído) de acesso, e assim, justifica-se a recusa a determinados serviços para aqueles usuários que chegaram por demanda espontânea, vistas aqui como consultas extras ou acolhimentos.

Na concepção dos trabalhadores de enfermagem de nível médio, regular o acesso à consulta agendada por meio do processo microrregulatório do agendamento se sustenta, pois, embute a organização de uma sequência e o desafio de abarcar dentro de um cronograma finito a infinitude de demandas que surgem no contexto da USF. Em discussões do processo de trabalho que ocorreram durante algumas reuniões de equipe, foram registrados alguns excertos:

*“Vai abrir o privilégio de poder marcar exames e Anexo 1 [trata-se do documento preenchido na consulta para encaminhamento para especialidades] no extra? Isso não é justo com a d. Maria que agendou consulta e está esperando quatro meses para conseguir o exame”* – Trabalhador de nível técnico. Reunião de equipe.

*“Então não precisa agendar consulta, pode falar pro fulano que ele pode vir às sete horas da manhã pra pegar a guia do exame que ele quer fazer”* – Trabalhador de nível técnico. Reunião de equipe.

Por sua vez, a pós-consulta é o espaço da USF onde há um acúmulo de processos microrregulatórios, pois, a atribuição profissional está diretamente relacionada aos agendamentos de consultas, retornos, exames, procedimentos e encaminhamentos. Dessa forma, a organização do processo de trabalho e as normas e diretrizes para os diferentes agendamentos *regulam o período de tempo* até que o usuário tenha acesso ao serviço ou tecnologia interna ou externa à USF.

Além da fragmentação do processo de trabalho em subetapas (pré-consulta, consulta e pós-consulta), aponta-se para a descaracterização do espaço da pós-consulta enquanto uma oportunidade de oferecer orientações acerca dos procedimentos que foram realizados em seu atendimento no decorrer do processo assistencial. Nota-se que nesse contexto, esse momento tornou-se um setor responsável pelos agendamentos e pelo registro dos atendimentos nos sistemas de informação municipal e nacional.

Uma das questões centrais do processo de trabalho que atua como uma causa que aumenta o intervalo de tempo para aguardar uma consulta com trabalhador de nível superior, é *o modelo programático de organização das agendas*. Os dias da semana são divididos em dois períodos, manhã e tarde, para cada são disponibilizados cinco consultas com duração de 30 minutos destinadas para o atendimento de programas verticais da ABS, como: puericultura,

saúde da mulher, hipertensão arterial, entre outros. Os Quadros 8 e 9 ilustram a organização da agenda de um trabalhador do ensino superior do núcleo da medicina e da enfermagem:

**Quadro 8.** Ilustração da agenda programática semanal de atendimentos. Botucatu/SP. 2019.

Trabalhador de nível superior – Núcleo Medicina				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Misto 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30	Gestante 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30	Misto 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30	Discussão com NASF	Hiperdia 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30
Retorno de Exames 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 VD 16:00 – 17:00	Misto 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30 Retorno de exames (2 vagas)	Hiperdia 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30 Retorno de exames (2 vagas)	Retorno de Exames 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30	Puericultura 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30 Retorno de exames (2 vagas)

**Quadro 9.** Ilustração da agenda programática semanal de atendimentos. Botucatu/SP. 2019.

Trabalhador de nível superior – Núcleo Enfermagem				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Misto 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30	Gestante 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30	Misto 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30	Discussão com NASF	Hiperdia 9:00 – 9:30 9:30 – 10:00 10:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:00 – 11:30
Retorno de Exames 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 VD 16:00 – 17:00	Misto 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30 Retorno de exames (2 vagas)	Hiperdia 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30 Retorno de exames (2 vagas)	Retorno de Exames 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30	Puericultura 14:00 – 14:30 14:30 – 15:00 15:00 – 15:30 Retorno de exames (2 vagas)

Ao observar, especificamente, o processo de trabalho da pós-consulta é perceptível que há um grau de exigência dos trabalhadores de nível técnico de Enfermagem, compreendido na análise complexa e ampla sobre o concatenamento dos microprocessos de trabalho da USF

aos macroprocessos, representados pela regulação municipal de agendamento de exames e consultas com especialistas, cuja governabilidade não está ao alcance dos trabalhadores da USF, o que levou a identificar a burocratização do trabalho, apresentada na subcategoria a seguir.

### *Subcategoria 1.3 – Burocratização do trabalho em saúde*

Nas múltiplas aproximações realizadas na pós-consulta, a frequência inumerável de solicitações de exames que retornavam com apontamentos de ausência de informações cadastrais ou com mudanças pontuais nas fichas de solicitações permite afirmar que a *burocratização* é uma das características da regulação dos macroprocessos. Isso se explica pelo fato de que a cada devolução de solicitação à USF, aumentava-se o período de tempo que o usuário espera para ter acesso aos serviços, em especial, externos.

Outra faceta dessa problemática foi observada no uso dos sistemas de informação. Toda solicitação de serviço externo, seja consulta em especialidades ou exames como tomografia, endoscopia e afins; é cadastrada no sistema de informação municipal. Após a conferência das solicitações enviadas fisicamente ao setor municipal responsável, esse cadastro virtual é oficializado e inserido em uma fila de solicitações, aqui chamada de *demanda reprimida*. Acontece que em algumas dezenas de casos, a solicitação desaparece do sistema de informação municipal e o usuário perde seu lugar na demanda reprimida, dessa forma, caso os trabalhadores da pós-consulta não detectem o problema, o usuário não tem acesso à consulta ou tecnologia ou aumenta seu período de espera.

Consequentemente, há sobrecarga de trabalho para os envolvidos, uma vez que os retornos e as diversas conferências de uma mesma solicitação, levam à repetição de uma tarefa executada anteriormente e atravessam a rotina fundamental do processo de trabalho, centrada no registro da produção de consultas e procedimentos nos sistemas de informações que os profissionais de nível superior executam. Deve-se considerar que o sistema municipal não tem interface direta com o sistema nacional (e-SUS), de modo que o registro de um atendimento deve ser realizado nos dois sistemas separadamente.

Essas fragilidades oriundas da burocratização e intrínsecas ao processo de trabalho na pós-consulta provocam nos trabalhadores de nível técnico de Enfermagem uma preocupação para com o usuário, pois, tomam para si a responsabilidade de garantir o acesso aos serviços e tecnologias solicitadas pelos profissionais de nível superior. Afetam-se positiva ou negativamente em subordinação à efetividade desse agendamento, de sua inclusão da demanda reprimida e do acesso ao serviço ou tecnologia por parte do usuário.

Retomando os demais serviços que ocorrem no trabalho da USF, têm-se as ações internas ofertadas pelos ACS. Precocemente, com a entrada no campo da pesquisa, o contato com esses trabalhadores apontou a influência da *precarização do trabalho*, entendida na baixa de trabalhadores associada à não reposição, bem como, nos afastamentos por licença médica. A USF conta com seis ACS, número que corresponde à metade do ideal para cobertura do território.

Essa situação para o território incorre no número de áreas descobertas, definidas como microáreas cuja ação do ACS é ausente. Nesse sentido, essas regiões não são contempladas com a atenção nos moldes da vigilância à saúde, pois, os respectivos moradores não contam com visitas periódicas desses trabalhadores. Para a USF, compreende uma microárea desconhecida, caracterizada principalmente pela fragilidade em conhecer os indicadores de saúde dos usuários que residem nessa parte do território.

No decorrer da coleta de dados, a equipe de ACS foi flutuante: houve a saída de dois trabalhadores por motivos de licença médica e a contratação de outros dois trabalhadores. Isso levou a uma redistribuição das microáreas, mantendo uma distribuição desigual entre as duas equipes que dividem a área adscrita, devido a características como densidade demográfica e distribuição geográfica. Essa redistribuição fez com que microáreas que estavam descobertas contassem com a ação do ACS, concomitantemente, áreas cobertas passaram a ser descobertas.

O processo de trabalho desses trabalhadores é acompanhado pela enfermeira da área correspondente, havendo um canal direto de comunicação em que ações são solicitadas, em geral, concentram-se nas visitas domiciliares. Estas, após serem realizadas geram um relatório que é elaborado manualmente pelo referido trabalhador e sintetiza o que ocorreu no decorrer da visita, compreendendo conteúdos de vigilância à saúde e necessidades de saúde do indivíduo e de sua família. Não cabe a esses trabalhadores registrarem suas ações no prontuário físico do paciente, com exceção, quando o fazem visitas domiciliares acompanhadas por outros trabalhadores da equipe técnica ou de ensino superior.

Nas conversas ocasionais desenvolvidas no acompanhamento das ações dos ACS dentro e fora da USF possibilitaram apreender que essas trabalhadores identificam-se como acometidos pela *fragmentação do processo de trabalho*. Pois, as necessidades percebidas na ocasião de uma visita domiciliar geram demandas que são levadas às enfermeiras e esses trabalhadores não se percebem inseridos no cuidado longitudinal ou na resolubilidade da demanda levantada na execução das visitas domiciliares. Há uma percepção acerca da não inclusão do ACS na resolubilidade de demanda que foi por esse trabalhador identificada.

Nessa direção, um atravessamento marcante no trabalho desses trabalhadores é a entrega de reagendamentos. Esse tipo de atividade coloca em contato a equipe técnica de Enfermagem da pós-consulta com os ACS, pois, a primeira é responsável pela reorganização das agendas, como abordado anteriormente, e quando o contato telefônico com o usuário, que teve seu procedimento ou consulta reagendados não é possível, é necessário a entrega de um documento em seu domicílio – tarefa que é realizada pelos ACS.

Isso ocorre devido a mudanças de datas em exames, procedimentos e consultas com especialidades que ocorrem como serviços externos à USF, portanto, independem da governabilidade dos profissionais da saúde da família. Contudo, outra parte dos reagendamentos tem origem nas alterações das agendas dos profissionais do ensino superior, como, médicos e enfermeiras da USF e suas causas são diversas. Independente do motivo, a quantidade é numerosa e recai sobre o ACS que, necessariamente, precisa entregá-los em tempo hábil para o usuário ter acesso ao serviço solicitado.

Ainda que esse processo ocorra independentemente da governabilidade da equipe técnica de Enfermagem, pois, executam uma alteração que é resultado de outros setores, a grande frequência com que há reagendamentos para serem entregues pelos ACS é motivo de conflito latente e velado entre os dois grupos de trabalhadores. E também é interpretado pelos últimos como uma tarefa que os distancia da ação central de seu trabalho que são as ações de vigilância em saúde, acolhimento, vínculo e escuta.

Da mesma forma que é necessário o uso do sistema de informação para o lançamento da produção do trabalho, os ACS também possuem essa atribuição em seu processo de trabalho. Além disso, o cadastramento de famílias que chegam e a atualização do cadastro daquelas que já residem no território são ações que fazem parte do conjunto de atribuições na ESF. Há fragilidades em relação ao sistema de informações no que se refere à perda de dados e de cadastros, fazendo com que esses trabalhadores precisem realizar novamente uma atividade já concluída.

Outro processo de trabalho que se insere nos serviços oferecidos na USF são as atividades do NASF, cujo acesso é regulado nas consultas que ocorrem com trabalhadores de nível superior. Caso haja necessidades de saúde que estejam no escopo de atuação das profissões que compõem essa equipe, os trabalhadores de nível superior da USF indicam no prontuário para que o caso seja separado para discussão na reunião semanal. A equipe NASF é dividida em duas equipes, uma delas composta pelo núcleo de psicologia e serviço social, e outra pela nutricionista, educador físico e fisioterapeuta; nessa subdivisão o matriciamento ocorre quinzenalmente entre uma e outra parte da equipe.

Após a discussão do caso em reunião entre a equipe da USF e do NASF, ocorre a decisão do que poderá ser oferecido ao usuário com suas demandas. As ofertas podem ser consultas e/ou visitas uniprofissionais ou compartilhadas, participação em atividades de grupos, discussões com outros equipamentos da RAS ou da Assistência Social, ou encaminhamentos para serviços especializados. A resolução da demanda é discutida entre os trabalhadores da equipe e o agendamento conforme o que for decidido poderá ser realizado pelos próprios trabalhadores da equipe do NASF, pela pós-consultas ou convocações que serão entregues pelos ACS.

No início da inserção no campo, a USF matinha em seu planejamento semanal às tardes das quintas-feiras destinadas para as reuniões de equipe que objetivavam compartilhar informações entre os trabalhadores, discutir demandas levantadas pelos trabalhadores acerca do processo, compartilhar conhecimentos técnicos-científicos oriundos de atualizações e integrar a equipe com discussões e atividades.

Neste período foi possível identificar pontos frágeis na operacionalização das reuniões de equipe, como: pouca participação dos diversos trabalhadores, organização da reunião de equipe centrada nas enfermeiras, dispersão em alguns períodos da reunião, pouco comprometimento com as discussões sobre o processo de trabalho, bem como, com o acordos e contratualizações realizadas no espaço da reunião. Tratava-se, porém, de um espaço garantido para que os trabalhadores pudessem colocar-se em contato para discutir e opinar acerca de seus posicionamentos sobre as problemáticas que interferiam no processo de trabalho. Além disso, representava um espaço para democratizar algumas decisões e juntos expressarem indagações e indignações que versavam sobre a precarização do trabalho em saúde.

O período de coleta de dados possibilitou também acompanhar a *mudança da gestão política municipal e compreender seu efeito* para o contexto do processo de trabalho da USF. A mudança na gestão municipal foi uma preocupação apresentada pelos participantes:

*“Vamos ver agora como é que fica, depois das eleições o que que pode mudar para a gente...”*. - Trabalhador de nível médio. Conversas ocasionais.

*“Esse ano tem eleições. Eu já tive a oportunidade de acompanhar uma mudança de gestão antes, mas estava inserida de outra maneira, não como agora. Muitas coisas podem mudar e você vai perceber que essa é uma preocupação da equipe toda.”* - Trabalhador de nível superior. Conversas ocasionais.

De fato, as preocupações dos trabalhadores sobre as modificações que poderiam ocorrer pela mudança da gestão municipal tinham fundamentos, pois, efeitos negativos acometeram o processo de trabalho como um todo, tanto aos trabalhadores considerados como



equipe ou como classe profissional. Uma das modificações mais dramáticas se referiu a retirada do horário destinado às reuniões de equipe de todos os serviços da ABS.

O impedimento de realização de reuniões de equipe, como medida adotada precocemente pela gestão municipal de saúde, provoca a diminuição dos espaços de encontro entre os trabalhadores, como, reflete em pouco contato entre si e com os processos de trabalhos locais que poderiam ser compartilhados, pensados e discutidos com os envolvidos. A garantia das reuniões de equipe como espaço preservado para agir democraticamente contribui para resgatar a concepção de governabilidade dos trabalhadores em relação às atribuições e tarefas, pois, as compreendem em profundidade e as vivem no cotidiano do trabalho em saúde. Esse cenário é fértil para a desnaturalização de processos microrregulatórios que burocratizam a produção de cuidado, produzindo barreiras ao invés de acessos.

Um segundo comportamento que, de acordo com a experiência prévia dos trabalhadores, diferiu dos anteriores foi a utilização da rede social Facebook® para atender as demandas dos usuários. Essa exceção abriu a prerrogativa para que os usuários utilizassem esse canal não oficial de comunicação para solicitar demandas que não foram atendidas na USF provocando uma exposição da equipe e dos trabalhadores aos quais a reclamação se destinava. As demandas “acolhidas” na rede social eram resolvidas pela desautorização da conduta tomada pelas USF que se viram obrigadas a atender a medida vertical ditada pela gestão municipal, na figura do prefeito.

Precocemente, foram veiculadas informações acerca da otimização do processo de trabalho das USF do município por meio da implantação de tecnologias da gestão da clínica e do acesso avançado. Contudo, essas duas possibilidades de reorganização do trabalho na ABS foi divulgada sob a concepção de tornar as USF como “Poupa Tempo” da saúde, sob esse signo os trabalhadores identificaram o risco de uma maior fragmentação do trabalho associada à descaracterização dos atributos da ABS, repercutindo em uma diminuição do interesse acerca do que de fato seria o Acesso Avançado como modelo de agendamento para a RAS.

Atingindo especificamente os ACS, inseriu-se mais uma atribuição no conjunto de tarefas que recebeu o nome de “Agentes de Humanização”. Compreendida por esses participantes como uma triagem na sala de espera, assemelhando-se à função do “Posso Ajudar” das redes bancárias, seu objetivo era de diminuir o tempo que o usuário permanecia na USF por meio da identificação rápida do motivo que o levou procurar o serviço.

As três medidas, descritas sucintamente para exemplificar a problemática, possuem em comum a *verticalidade e a intempestividade* com que foram tomadas e informadas às USF do município e, da mesma forma, as três medidas não se efetivaram, retomando às

características anteriores do processo de trabalho. O modo como foram realizadas, entretanto, vem reforçar a compreensão negativa dos trabalhadores em torno das mudanças no processo de trabalho, bem como, distanciar a possibilidade de o trabalhador atuar como sujeito da produção do cuidado em saúde.

## **Categoria 2 - Produção de Cuidado em Saúde Mental da Estratégia Saúde da Família**

Tendo em vista a compreensão do processo de trabalho de modo generalizado, essa segunda categoria pertencente à fase exploratória observa, especificamente, a produção de cuidado em saúde mental ESF e é subdivida em duas subcategorias: (2.1) Cenário, trabalhadores e suas concepções que traz núcleos de sentido fundamentais para a elucidação das (2.2) Ações de cuidado em saúde mental caracterizando a influência da clínica anátomo-patológica e medicamentação.

### *Subcategoria 2.1 - Cenário, trabalhadores e suas concepções*

As primeiras impressões acerca do cuidado em saúde mental no território da USF tiveram origem, para o pesquisador, no espaço geográfico. Um dos equipamentos da RAPS do município compreende o CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos, trata-se de um antigo hospital psiquiátrico que foi reformulado no ano de 2008, passando a atender internações de quadro psiquiátricos agudos. Faz parte desse, um conjunto de cinco moradias que compõem o Serviço Residencial Terapêutico “Recanto das Flores”, onde residem 43 egressos desse antigo hospital e que são atendidos clinicamente na USF.

Outro equipamento institucional que está localizado no mesmo espaço geográfico é uma unidade do Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA), instalada há dez anos no município, que atende a, aproximadamente, 150 adolescentes e conta com serviços da USF no que se refere ao atendimento médico dos adolescentes.

É preciso considerar a instalação desses dois equipamentos no espaço territorial da USF e as influências que poderiam exercer nos sujeitos e no processo de trabalho. À medida que as experiências na USF foram ocorrendo, observou-se que o uso do serviço por parte desses equipamentos e para os sujeitos que neles residem esteve restrito a consultas esporádicas com trabalhadores de nível superior e mais frequentemente na retirada de medicamentos, incluindo psicotrópicos e ansiolíticos.

Especificamente na USF, o modo como a equipe de trabalhadores lida com aspectos da saúde mental dos usuários começou a ser delineado desde as primeiras aproximações do pesquisador com o campo. Como exemplos: o interesse da equipe no momento da apresentação do projeto de pesquisa, a aposta conjunta que os trabalhadores fizeram ao aceitarem atuar como participantes e a colaboração ativa no recrutamento de usuários para a intervenção, todos são fatos que juntos encaminham a essa afirmativa.

Nesse sentido, tomar o objeto saúde mental provocou mais afetos sobre os trabalhadores que as PICS. Essa característica, percebida logo no início dos procedimentos de coleta de dados, leva a refletir sobre o contexto e às particularidades do próprio território: (1) parte dos trabalhadores tem experiência pessoal prévia com demandas de saúde mental por consumirem ansiolíticos ou por terem contato com familiares adoecidos; (2) há uma grande demanda de usuários em sofrimento psíquico solicitando uso de psicotrópicos e ansiolíticos, e (3) houve ofertas isoladas e pontuais de ações psicossociais e recursos terapêuticos das PICS.

Em relação às PICS, o município possui um serviço de caráter ambulatorial (Espaço Saúde) que oferece homeopatia e acupuntura para usuários que são referenciados pelos serviços da ABS. Contudo, durante a observação participante, foram raras as oportunidades em que o trabalhador de nível superior utilizou desse serviço para ampliar sua oferta de ações. Em geral, havia uma discussão entre profissionais de nível superior da ESF e do NASF para verificar se o caso apresentado pelo usuário possuía indicações para o encaminhamento a esse serviço. Evidenciando que esse tipo de organização oportuniza escassos momentos de contato efetivo do trabalhador da ESF com outras racionalidades de cuidado.

O contato com os trabalhadores constituiu uma fonte direta para a compreensão do significado do cuidado em saúde mental enquanto uma necessidade dos usuários, mas também dos próprios trabalhadores. Dessa forma, o uso de psicofármacos foi uma das características que alguns trabalhadores assumiram desde o início da coleta de dados, bem como, a identificação com demandas pessoais de saúde mental percebidas no cotidiano do trabalho e da vida:

*“No começo todos temos que tomar um remédio [referindo-se aos psicotrópicos], pois adoecemos com o contato que temos com as histórias tenebrosas do território. Depois, precisamos de medicamentos para suportar as dificuldades do processo de trabalho, quanto às histórias acabamos nos acostumando”* – Trabalhador de nível técnico. Conversa ocasional.

*“Você percebe que todo mundo é meio ‘PQ’ [paraliguagem e cinésica indicam jocosidade, e ‘PQ’ trata-se de uma sigla utilizada abreviar psiquiatria]”* – Trabalhador de nível superior. Conversa ocasional.

*“Quando vai começar a intervenção? ‘Tô’ precisando, semana de provas”* – Trabalhador de nível técnico. Conversa ocasional.

*“Quer tomar um remedinho? [Um trabalhador oferecendo para outro que chorava por demandas pessoais]” – Trabalhador de nível técnico. Conversa ocasional.*

*“Ela é muito perigosa, uma vez quebrou tudo aqui. A [nome da trabalhadora] adoeceu, até hoje ela tem um incômodo quando toca o nome da paciente. Ela invadiu a recepção, pulando o balcão, a gente saiu tudo correndo e se prendeu na cozinha, trancamos as portas para que ela não entrasse. Ela quebrou vidros e muitas coisas. Acabou que a técnica de enfermagem e o médico a abordaram. Veio tudo aqui, guarda civil, polícia, Samu...” – Trabalhador de nível técnico. Conversa ocasional.*

Outra característica dos trabalhadores é o contato que possuem com familiares apresentando demandas da saúde mental que variam desde sofrimento psíquico ao transtorno mental grave. A experiência prévia de alguns trabalhadores com familiares em sofrimento psíquico ou que tiveram algum psicodiagnóstico provocou uma abordagem mais qualificada para os casos do território que chegavam à USF com demandas de saúde mental.

Essa abordagem foi percebida em dezenas de oportunidades ocorridas no período da observação participante, episódios que os referidos trabalhadores demonstraram maior disponibilidade para vinculação e esclarecimento de limites no relacionamento para com usuários. Desde o início da inserção no campo de pesquisa, foram identificados usuários com demandas graves de adoecimento psíquico que com frequência estavam no serviço. Dois deles mobilizavam mais intensamente os trabalhadores por fazerem uso abusivo de álcool e procurarem a USF durante a intoxicação.

Assim, foi possível reconhecer as diferentes concepções dos trabalhadores em torno do cuidado de saúde mental. Havia uma divergência abrangendo ora uma compreensão delineada pelo moralismo, ora por uma postura de acolhimento e responsabilização, principalmente, no que se refere ao cuidado para usuários com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas. Para os usuários identificados sob o signo do transtorno mental grave, as concepções também divergiam, mas diferentemente, compreendiam o acolhimento e a disponibilidade imbricados no viés da periculosidade e da instabilidade.

Diversas foram as oportunidades de verificar o modo como o cuidado para o usuário em sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais leves, moderados e graves eram ofertados pela equipe da USF. Em relação aos usuários em sofrimento psíquico leve que procuravam o serviço com queixas e sintomas de ansiedade e angústia, havia um movimento entre os trabalhadores da equipe para atender à demanda e a resolução, em geral, ficou atrelada à consulta com profissional de ensino superior, com ações como escuta, acolhimento e/ou prescrição de medicação. O fragmento abaixo, realizado do início da observação participante, ilustra a ação da equipe:

*“Hoje, durante o período da manhã em que acompanhei o processo de trabalho na recepção da unidade, presenciei a chegada de uma usuária verbalizando sintomas de ansiedade. Caracterizava sofrimento leve, difuso. Mostrava-se ansiosa, com sintomas físicos (palpitação, sudorese) e psíquicos (pressão para falar, verborragia). A equipe da recepção, pegou o cartão e pediu para que esperasse, notei pressa no comportamento da trabalhadora. A conduta foi acionar um trabalhador de enfermagem do nível técnico, para realizar o acolhimento. Enquanto essa medida era tomada, a auxiliar administrativa procurou pela enfermeira para lhe passar o caso. A conduta da enfermeira foi encaixá-la na agenda do dia. Após ter realizado uma escuta, procurou o médico para discutir a prescrição de um ansiolítico, que foi administrado e receitado” – Fragmento de Diário de Campo.*

Outras situações em que se identificava sofrimento psíquico grave, a mesma conduta era tomada pelos trabalhadores, mas sua resolução envolvia o encaminhamento para a atenção hospitalar, por meio do acionamento do SAMU. Em casos específicos de usuários conhecidos pela equipe de saúde, o movimento realizado era distinto, pois, além de haver um esforço no acolhimento da demanda, algum profissional de nível superior estabelecia contato telefônico com o serviço da atenção especializada que o usuário fazia acompanhamento.

*“No período da tarde, tive a oportunidade de observar o comportamento dos trabalhadores da equipe no atendimento de usuária com transtorno mental grave, identificada pela equipe com o diagnóstico de esquizofrenia e que estava em acompanhamento no CAPS. Durante o momento que a usuária esteve na unidade, diversas definições foram usadas para os trabalhadores reforçarem que se tratava de um caso grave: ela ouvia vozes, tentou se matar várias vezes, esteve internada no Cantídio por muito tempo, tem uma história de vida pesada com abuso, quando ela chega assim tem que encaminhar. Aqui eu pude perceber que se tratava de uma usuária bastante conhecida no território. A equipe movimentou-se rapidamente e dessa vez, o contato foi direto com a enfermeira que fez uma ligação para o CAPS, avisando sobre as condições da usuária e solicitando apoio na ação. A orientação recebida foi acionar o SAMU e encaminhar paciente para o CAPS” – Fragmento de Diário de Campo.*

A inserção do pesquisador na equipe de saúde, em determinado momento da observação participante, mobilizou outros movimentos na equipe de saúde para atender à demanda de usuários em situação de sofrimento psíquico leve ou grave. Diante da identificação dessas situações, a equipe passou a priorizar o pesquisador na composição do cuidado para o usuário. Essa situação gerou diferentes reações nos trabalhadores, como forma de dar vazão a uma demanda cujas ações são restritas e como forma de aprender uma abordagem, aproximando o pesquisador da figura do especialista matriciador:

*“Eu também não quero que a equipe reconheça em você alguém que vai atender todos os casos de saúde mental, tipo: ‘chorou, te chama’. Eu quero aprender como se abordar um paciente assim, que rumo toma a conversa, o que pode perguntar, o que pode falar. Essas coisas, acho que seria legal se você ajudasse a gente a ter mais mão com esses casos” – Trabalhador de nível superior. Conversas ocasionais.*

*“Na manhã de hoje, enquanto realizava a observação participante do corredor onde se concentram os trabalhadores de nível superior, um trabalhador de nível superior abordou-me dizendo que gostaria de discutir uma medicação que estava*

*prescrevendo para um usuário. Esse ocorrido me chamou a atenção por dois motivos: meu posicionamento na equipe se aproxima, para os trabalhadores, da figura do especialista matriciador; e também, pelo fato de ser incluído no processo de trabalho do profissional, que me remete à inclusão na equipe.* – Fragmento de Diário de Campo.

Tal fragilidade, identificada nas concepções mutáveis elaboradas pelos trabalhadores em torno do cuidado em saúde mental, produzia uma necessidade verbalizada na falta de capacitação, na fragmentação e precarização do processo de trabalho, e no esgotamento de tentativas e abordagens guiadas pela lógica do cuidado biomédico que foram realizadas previamente pelos trabalhadores. Com esse contexto intrincado, a lógica da medicalização e da medicamentação representou a alternativa mais exercitada para efetivação do cuidado em saúde mental.

#### *Subcategoria 2.2 – Ações de cuidado em saúde mental*

Nesse sentido, o uso das técnicas anexas intrínsecas ao referencial metodológico, possibilitou configurar com maior aprofundamento a magnitude dessa problemática por meio da prescrição de psicofármacos no território. O levantamento dos usuários da área de adscrição que consumiam psicofármacos e a análise documental dos respectivos prontuários permitiram identificar a historicidade e a racionalidade da abordagem biomédica, a quantidade e a distribuição de psicofármacos pela USF. Com isso, também foi identificado na história do território uma abordagem pontual que envolveu a prescrição de terapia floral para usuários com demandas de sofrimento psíquico, mas que foi interrompida concomitantemente à saída do profissional praticante.

A abordagem qualitativa dos registros realizados nos prontuários da equipe de saúde permitiu construir uma historicidade que se relaciona com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde da ABS. No primeiro recorte temporal, final da década de 80 e década de 90, foram raros os registros que detalharam a coleta de dados subjetivos (histórico de saúde e anamnese) e objetivos (exame físico), concentrando-se na prescrição medicamentosa (conduta médica) baseada no queixa principal já elaborada a partir do diagnóstico médico. Nesse período, a equipe de enfermagem limitou-se às anotações, evidenciando a ausência de uma abordagem clínica independente do profissional médico.

Em meados da década de 2000, os registros das informações tiveram um ganho qualitativo no detalhamento interpretado a partir da estruturação da abordagem clínica com histórico de saúde, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica e condutas médicas. No que se refere à atuação da Enfermagem, trabalhadores do nível superior, passaram a registrar

procedimentos que se concentraram no cuidado à saúde materno-infantil e sua continuidade, vistas nos retornos, indicando o exercício, do que hoje, denomina-se longitudinalidade do cuidado.

Identificaram-se, também nesse período, atendimentos médicos pontuais que envolveram o uso de terapia floral (em sua maioria *Rescue Remedy*), prescrições de fórmulas homeopatas destinados a usuários com sofrimento psíquico, mais especificamente, queixas relacionadas à dinâmica familiar, à insônia e ao luto prolongado. Essa intervenção deixou de ser prescrita com a saída do profissional da equipe de saúde e também em retornos que eram realizados com outro médico desencadearam a prescrição de psicofármacos.

No final desse período, sugeriram os registros das primeiras visitas domiciliárias realizadas pela equipe, incluindo alguns casos raros que foram realizados pelos ACS. Observou-se no conteúdo uma ampliação da abordagem para fatores que incluíam a organização da casa e a dinâmica dos moradores durante a visita. Nesse sentido, as condutas passaram a envolver outros setores, como, serviços da assistência social do município. Os registros dos demais profissionais da equipe de saúde continuaram guiados pela clínica tradicional e biomédica, e as condutas concentrando a prescrição medicamentosa ou sua renovação.

As últimas modificações identificadas nos registros dos prontuários de usuários em uso de psicofármacos tiveram origem com a inserção da equipe multiprofissional na USF, representadas pelo NASF e pelas equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Tratam-se de ações que ampliaram a abordagem das necessidades de saúde e ofereciam outras possibilidades de cuidado, como grupos de escuta, grupos de acolhimento e considerações de outros equipamentos sociais para os usuários em sofrimento psíquico.

De qualquer forma, a redução à esfera biológica na investigação e na coleta de dados representa um dado importante oriundo da análise do conteúdo dos registros dos atendimentos realizados pelos profissionais de ensino superior. Essa característica auxilia no entendimento acerca da institucionalização da abordagem biomédica nesse contexto: ainda que a queixa principal se constituísse no campo da saúde mental, o atendimento baseava-se no exame físico geral e não contava com qualquer abordagem concernente à avaliação das funções psíquicas ou escuta.

A análise documental alicerçou a concepção de que o modelo da clínica biomédica, a prescrição de psicofármacos para demandas de sofrimento psíquico e, principalmente, a renovação de receitas constituem uma cultura instituída historicamente no território dessa USF. Suas repercussões atravessam a contemporaneidade de modo que mobilizam a prática dos trabalhadores nos seus atendimentos e a construção da demanda por parte dos usuários em suas

diversas solicitações de prescrição medicamentosa para o sofrimento psíquico. Esse fenômeno, reporta à justificativa que inúmeros usuários utilizaram para não participarem da intervenção: “*não posso deixar de tomar esse remédio*” (Usuários. Conversas ocasionais).

A centralidade da medicalização sobre o cuidado e sobre o sofrimento psíquico no território - estando nele inseridos trabalhadores e usuários, pode ser compreendida pelo quantitativo da distribuição dos psicofármacos pelo dispensário de medicamentos. Para essa caracterização, durante os meses de abril, maio e junho de 2017, foram identificados os usuários que retiraram psicofármacos na USF há, pelo menos, um ano. A escolha dos meses foi aleatória, mas o período trimestral foi devido a dispensação atender uma quantidade de medicamentos para 60 dias. A quantidade mínima de psicofármacos dispensados em um mês foi 20.430, e a máxima, 21.602 comprimidos. Neste mesmo trimestre, o total de psicofármacos dispensados foi de 63.114 distribuídos para 491 usuários, em média, cada usuário retirou 128 comprimidos, o que se aproxima da quantidade de psicofármacos autorizada para dispensação.

A Tabela 1 apresenta as características da população de usuários que consomem psicofármacos na USF, segundo análise documental realizada a partir do levantamento de usuários que residem na área de adscrição da USF. Observa-se predominância do sexo feminino, na idade entre 40 e 61 anos (média=50,84±16,09), em uso de um psicofármacos que em sua maioria se classificam em psicoanalépticos, onde se classificam os ansiolíticos. Quanto ao tempo de uso mínimo foi de um ano, máximo de 29 anos (média=2,08±6,39; mediana 9 anos).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e perfil farmacoterapêutico dos usuários em uso de psicofármacos (n=337). Botucatu/SP. 2019.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	225	66,76
Masculino	112	33,24
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18 – 28	34	10,09
29 – 39	40	11,87
40 – 50	82	24,33
51 – 61	93	27,60



62 - 72	58	17,21
> 73	30	8,90
<b>Quantidade de Psicofármacos</b>		
1	202	59,94
2	79	23,44
3	24	7,12
4	22	6,54
5	6	1,78
6	3	0,89
7	1	0,29
<b>Classificação da droga*</b>		
Antiepilépticos (N03)	49	9,15
Antiparkinsonianos (N04)	30	5,62
Psicolépticos (N05)	220	41,05
Psicoanalépticos (N06)	225	41,93
Antietanol (N07)	2	0,38
Anti-histamínicos (R06)	10	1,88
<b>Tempo de uso (anos)</b>		
1 a 5	94	27,89
6 a 10	120	35,61
>10	123	36,50

\*Referência: World Health Organization (WHO). ATT/DDD Index 2015. Available from: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/) Cited 2015 Jan 20.

Do perfil farmacoterapêutico, observou-se que a associação de psicofármacos foi mais frequentemente encontrada nos prontuários dos usuários das Residências Terapêuticas que foram atendidos na USF, nesse sentido, os registros nesses prontuários diferiram dos demais usuários pela escassez de informações clínicas. Essa achado leva à reflexão sobre o modelo manicomial de assistência e à dificuldade do trabalhador de saúde da ABS operar em outra clínica que não a biomédica, situação reforçada pelo relato:

*“Você tem que ver quando elas [usuárias que residem nos domicílios das Residências Terapêuticas] vêm aqui em dia de campanhas. Ficam acompanhadas dos cuidadores das casinhas [referindo-se às Residências Terapêuticas], sentadas na recepção. Elas entram no consultório, a gente não sabe nem como se comportar, porque é um exame desconfortável e invasivo, a gente não sabe se explica, como explica... Acaba que se*

*resume na coleta do exame e vai embora”* – Trabalhador de nível superior. Conversa ocasional.

Desse processo analítico, duas tendências foram percebidas. A primeira refere-se ao tempo de uso de psicofármacos possivelmente estar associado ao aumento do número de psicofármacos prescritos. Contudo, essa relação pode não ser direta dada a interferência exercida pelos usuários institucionalizados nas Residências Terapêuticas.

A segunda observação refere-se ao sexo feminino e ao perfil farmacoterapêutico. Por meio do conteúdo dos prontuários das usuárias em uso de psicofármacos, identificou-se que histórias clínicas envolvendo demandas ginecológicas frequentes e repetidas desencadeiam a prescrição de psicofármacos, isso não significa afirmar que a causa da prescrição são as queixas ginecológicas, mas foi perceptível esse comportamento entre queixas ginecológicas e uso de psicofármacos.

O acesso à prescrição de psicofármacos ocorre por meio da consulta com trabalhador de nível superior. Considerando a responsabilidade legal do núcleo da profissão, os enfermeiros quando percebem tal necessidade, compartilham a demanda do usuário junto ao médico da equipe. Dessa forma, a consulta com profissional de ensino superior constituiu-se como o principal processo microrregulatório para o acesso ao uso de psicofármacos. Atrelado a isso, a dispensação do psicofármacos ocorria em três períodos da semana (uma manhã e duas tardes) que contavam com a presença de uma farmacêutica que responde eticamente pelo controle junto às instâncias superiores. Com isso, nenhum trabalhador da equipe da USF tem acesso ao armário onde se armazenam os psicofármacos sem a supervisão da farmacêutica.

A regulação do uso de psicofármacos está diretamente ligada às concepções de medicações de uso controlado que alicerçam tanto as construções simbólicas elaboradas pelos usuários quanto pelos trabalhadores. Para os primeiros, identificou-se que o uso de psicofármacos está associado a um *status* representado por meio da importância de sua necessidade de saúde que levou alcançar o uso de remédios controlados. Por sua vez, para os trabalhadores, foi observado essa concepção alicerçada na operacionalização de processos cujo objetivo foi de dificultar o acesso ao uso de psicofármacos.

No que se refere ao processo microrregulatório do tempo de uso, a observação participante e a análise documental apontaram uma incoerência. O controle sistematicamente respeitado pelos trabalhadores da USF foi a renovação da receita que devia ocorrer em um intervalo de 60 dias a partir da retirada no dispensário de medicações. Quando o usuário solicitava a renovação da receita antes desse período, não tinha sua receita renovada e dessa forma, não conseguia retirar o medicamento. Esse processo microrregulatório controla o tempo

de renovação e retirada, assegurando a equipe de saúde no registro formal de entregas e retiradas e, indiretamente a quantidade de comprimidos que o usuário possui.

A incoerência está no fato de que essa regulamentação não observa o uso longitudinal de psicofármacos, tanto que a análise documental realizada nos prontuários físicos possibilitou identificar usuários que consumiam a mesma medicação por um período maior que dez anos. Nesse sentido, compreende-se que a operacionalização desse processo microrregulatório atende mais a um princípio de burocratização do cuidado, que está no entorno da concepção do remédio controlado, do que limitar a cronificação do uso de psicofármacos e atender ao atributo da longitudinalidade do cuidado na ABS.

No decorrer da coleta de dados, também, identificou-se um aumento na prescrição e consequente dispensação de psicofármacos para abordagem sintomatológica de dor crônica. Esse acontecimento provocou uma sobrecarga no processo de trabalho, pois, incidiu proporcionalmente no controle e na renovação de receitas que envolvia tanto trabalhadores de nível superior como os de nível técnico, como, os auxiliares administrativos e auxiliares de farmácia.

Algumas tentativas de modificação neste processo microrregulatório foram ensaiadas durante as reuniões de equipe e objetivavam atender, novamente, a um aumento da burocratização tendo em vista o diagnóstico de que muitos usuários estavam entregando a receita para renovação antes da data prevista. Assim, o cuidado ao usuário em uso crônico de psicofármacos não estava no centro dessas propostas e vale ressaltar que nenhuma delas impactou em ações diretas, mesmo aquelas com intenção dificultar o acesso do usuário à prescrição de psicofármacos.

Em um outro sentido, a fragmentação do cuidado de saúde mental foi observada em dois momentos similares: na inserção do pesquisador no campo e, posteriormente, dos residentes de psicologia da Residência Multiprofissional de Saúde da Família. O primeiro, na identificação com o cuidado de saúde mental e o segundo, na composição de residentes do campo *psi*, representaram fatores instituintes no arranjo do processo de trabalho e provocaram uma concentração da demanda de saúde mental nesses conjuntos de atores, essa situação desencadeou atendimentos individuais para demandas de sofrimento psíquico.

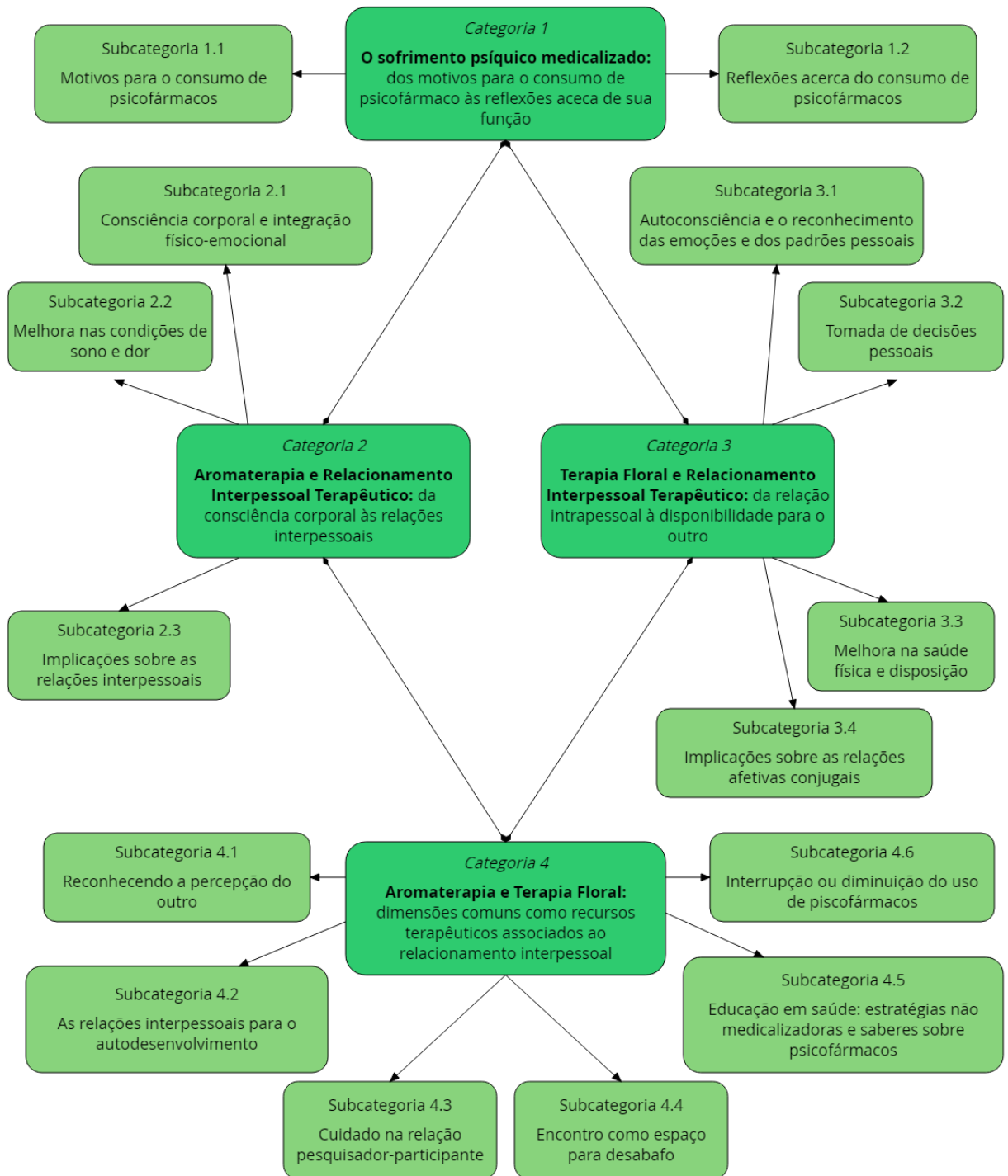
Em se referindo ao papel do pesquisador, ressalta-se que a *implicação ativa* como posicionamento no campo de observação deve ser atribuída à função instituinte exercida junto à demanda de saúde mental. A intencionalidade desse tipo de inserção foi fundamental para o pesquisador desenvolver o conhecimento de membro alicerçando a organização da estratégia e a oferta de terapia floral e aromaterapia para os usuários em uso crônico de psicofármacos.

## **Aromaterapia e Terapia Floral: Recursos Terapêuticos para a Produção de Cuidado ao usuário em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família**

Os resultados dessa etapa da pesquisa, denominada fase clínico-qualitativa, foram construídos com base no Relacionamento Interpessoal Terapêutico estabelecido entre pesquisador e participantes no decorrer dos encontros inerentes à intervenção, período em que os recursos terapêuticos, aromaterapia e terapia floral, foram agregados. Nesse sentido, conforme explicitado no método, o *corpus* qualitativo dessa etapa foi constituído, exclusivamente, pela produção de dados construída a partir da utilização das três estratégias de comunicação terapêutica – expressão, clarificação e validação.

A oferta de aromaterapia e terapia floral para os usuários em uso prolongado de psicofármacos no território apresentou similaridades e particularidades em relação às percepções e aos sentidos que esses recursos terapêuticos se constituíram para os participantes. Dessa forma foram organizadas quatro categorias: (1) **O sofrimento psíquico medicalizado:** dos motivos para o consumo de psicofármacos às reflexões acerca de sua função; (2) **Aromaterapia e o Relacionamento Interpessoal Terapêutico:** da consciência corporal às relações interpessoais; e (3) **Terapia Floral e o Relacionamento Interpessoal Terapêutico:** da relação intrapessoal à disponibilidade para o outro; e (4) **Aromaterapia e Terapia Floral:** suas dimensões comuns enquanto recursos terapêuticos associados ao relacionamento interpessoal.

A Figura 13 apresenta a distribuição das subcategorias agrupadas, segundo o critério semântico, em suas respectivas categorias. É possível verificar ainda que as categorias de número 1 e 4 apresentam núcleos de sentidos comuns independentemente do recurso terapêutico utilizado pelo participante, enquanto que, as categorias 2 e 3 refletem particularidades apreendidas da experiência dos participantes durante a oferta do respectivo recurso terapêutico.



**Figura 13.** Quadro teórico descritivo das categorias e subcategorias. Botucatu/SP. 2019.

**Categoria 1 - O sofrimento psíquico medicalizado:** dos motivos para o consumo de psicofármacos às reflexões acerca de sua função

Essa categoria descreve as características que alinham os participantes no primeiro momento da intervenção, estimulados a relatarem em sua história de vida *o motivo*

que levou ao consumo de psicofármacos (Subcategoria 1.1). Representou o início da narrativa cuja continuidade se deu ao longo dos encontros subsequentes oportunizados pelas intervenções de aromaterapia e terapia floral. Além disso, foi identificada que esse resgate pessoal suscitou nos participantes uma *reflexão acerca da função dos psicofármacos* (Subcategoria 1.2), caracterizando-se justificativas superficialmente elaboradas para sustentar a permanência do seu consumo.

Na primeira subcategoria, um dos núcleos de sentido observou-se que o sofrimento psíquico foi atribuído à historicidade dos participantes e que seus sintomas foram constituídos em suas subjetividades:

*“É assim... eu sou muito explosivo e tenho dificuldade para enfrentar as situações quando sou contrariado. Mas, isso é por causa da minha raça, né? Você já ouviu falar que alemão é uma raça de gente... [cinésica: lábios e punhos cerrados, junção das sobrancelhas] Pesquisador: Qual o significado desse gesto? Participante: Ué, de gente brava... as pessoas têm dificuldade de aceitar essa característica.” – TF4*

*“Mas é porque eu tenho energia de duas pessoas. Na barriga da minha mãe, eu tinha um gêmeo que nasceu morto, na minha cabeça o que aconteceu: a energia dele veio toda pra mim... por isso que eu sou assim, acelerada, rápida... querendo resolver as coisas, pá-pum. Agora você me responde: tem como a gente mudar isso? [paralinguagem: pressão para falar, discurso com ritmo acelerado]” – AT8*

A partir desses excertos, é possível apreender a compreensão dos participantes identificando que o sintoma foi incorporado à subjetividade, constituindo sua *self*. Essas representações auxiliaram os participantes a elaborarem sentido ao sintoma, tamponando a ausência de uma explicação para suas percepções de si.

Outras experiências compartilhadas conotaram que o início do consumo de psicofármacos esteve associado ao desenvolvimento de sintomas elencados como transtornos mentais. Nessas narrativas, duas características chamam a atenção: a incorporação do discurso biomédico como signo para o processo de medicalização da vida e a gravidade dos acontecimentos:

*“Ah... era depressão. Leve. Eu tinha vontade de trabalhar dia e noite sem parar, chorava muito e sentia uma tristeza sem motivo. Eu não tinha vontade de viver e com isso, nessa época, eu tentei suicídio três vezes já... Eu queira era sair sem rumo pelo mundo.” – TF10.*

*“Foi minha mãe que me ajudou a procurar ajuda, lá em 1989... 1990... Eu tinha... como fala? É... manias, ia ver se as portas estavam trancadas, olhava debaixo da cama... Depois com 19 anos, tinha a sensação de que as pessoas falavam de mim, mas nessa época, acabei recorrendo à bebida. Bebi por mais de 30 anos. Hoje tomo a medicação pra ajudar a dar sono e diminuir a ansiedade” – TF12.*

*“Mas, tudo começou quando eu fui internado em 1980 por uma tentativa de suicídio.” – TF4*

Um terceiro conjunto de núcleo de sentido se refere a acontecimentos traumáticos que atravessaram a história de vida dos participantes e que reverberam na contemporaneidade de suas vidas e provocando sofrimento que os levaram a recorrer ao consumo de psicofármacos:

*“Meu problema sabe qual é? Eu perdi um filho... [choro e silêncio] Isso já faz seis anos. Eu não superei a perda” – AT5.*

*“Insônia. Eu tomo esses remédios por causa da insônia que começou desde minha primeira gestação, isso há 33 anos. Quando mudei pra Botucatu, eu tive um acidente e sangrou minha cabeça, fiquei com dois coágulos e percebi que depois disso, minha insônia piorou.” – TF6*

O quarto núcleo de sentido ainda da primeira subcategoria é composto dos participantes que atribuíram o consumo de psicofármacos aos conflitos pessoais que são vividos nos relacionamentos que estabelecem nos diversos âmbitos da vida, principalmente, no familiar. Em comum, agregou-se participantes do sexo feminino envolvidos em sofrimentos contemporâneos que sustentam os sentidos para consumo de psicofármacos:

*“Então, foram muitos problemas na minha família envolvendo questões conjugais com meu marido e uso de drogas entre meus filhos. Um tá preso, você sabe, né? Esses problemas eu não divido com ninguém, sabe? Eu não tenho costume de ficar falando da minha vida pros outros, eles me deixam triste e nervosa...” - TF1.*

*“Eu tenho clara a noção de que meus problemas emocionais começaram com minha relação conjugal, até mesmo minha insônia foi causa disso. Meu ex-marido assistia TV de madrugada a ponto de isso atrapalhar meu padrão de sono. Hoje a gente vive na mesma casa, mas somos divorciados. Meus filhos não aceitam isso. Mas eu não vou perder mais do que essa relação já me trouxe, então, eu fico na casa para não perder isso também” – AT 2*

*“Eu já passei por psicólogos e outros profissionais, mas todos percebem a mesma coisa: a relação que tenho com meu pai dificulta que eu desenvolva segurança e tenha autoestima. Esse jeito dele, dentro de casa, e que ele não muda e não percebe que faz mal para mim e também para meus irmãos. Tanto que o mais novo já saiu de casa. A coisa ficou pior depois que eu divorciei e voltei pra dentro de casa” – AT 10.*

A influência do trabalho e da dupla jornada feminina representou um fator caracterizado dubiamente, pois, para algumas participantes evitava o contato com dinâmicas familiares que não eram suportadas, enquanto que para outras, representou sobrecarga:

*“Piorou com a aposentadoria... ficando mais em casa passei a ter contato com coisas que não aceitava no meu companheiro. Eu via e ainda vejo as coisas que ele faz e sinto raiva de mim mesma. Eu abracei tudo e hoje não consigo construir minhas próprias conquistas porque tenho muitas coisas nas minhas costas. A principal delas deve ser o dinheiro, porque eu não consigo sustentar tudo sozinha... a casa... a minha filha... e isso tudo me impede de sair da relação com meu esposo” – TF2.*

*“Nessa época eu vim de São Paulo para Bofete, ficar com minha irmã. O relacionamento dela com o marido era muito conturbado, ela era agredida. Aí juntou tudo, mudança pro interior e a preocupação da minha irmã que me entrou na cabeça.*

*Fui no médico e ele falou que era depressão, isso em 1999 quando comecei a tomar os remédios... – TF 5.*

*“Para mim, ter engravidado aos 35 anos foi muito difícil, eu me achava velha para estar grávida. Depois, eu abri meu negócio e viajava demais, foi ficando muito pesado as coisas da casa e do trabalho. Eu sou uma pessoa muito agitada, enquanto eu não consigo fazer as coisas que eu mesma propus fazer, não consigo parar.” – AT 1*

*“Eu preciso conversar com você, se não as coisas lá de casa vão me deixar maluca [Contexto: portão da unidade de saúde. Não-verbal: olhos marejados, fáceis de choro]. Pesquisador: Lembra daquela pesquisa que eu estou fazendo? Penso que esse seja um ótimo momento para a gente começar. Participante: “Ai... pode ser... Eu não tô dando conta das coisas de casa, menino! Meu marido me pressiona com umas coisas e meu filho com o pé quebrado não tá indo na escola, eu não tô suportando.” – TF 18.*

Em geral, essas concepções, atribuídas pelas participantes, escapam às explicações biomédicas que justificam as prescrições de psicofármacos, pois, evidenciam que o sofrimento tem origem em situações da vida real das participantes. Narrativas como essas encaminham ao reconhecimento dos limites da clínica biomédica, bem como de suas tecnologias duras, no que se refere à abordagem desse tipo de sofrimento, ao mesmo tempo, que trazem à tona a complexidade do cuidado no território da ABS. Entre esses dois fluxos, o vetor da medicamentação.

Nesse contexto, as narrativas elaboradas pelos participantes tornaram possível compreender a função atribuída para o consumo dos psicofármacos, sentido que conformou a subcategoria 1.2. Considerando os motivos que levaram os participantes a recorrerem aos psicofármacos, entre aqueles que foram acometidos por sintomas de sofrimento psíquico grave, observou-se uma justificativa baseada sobre seus *efeitos terapêuticos* que foram caracterizados como tranquilizantes (“*acalmar*”, “*diminuir minha agitação*”):

*“Ah... eu tenho plena consciência de que o remédio não vai melhorar meus problemas familiares, por isso, eu deixo claro para mim mesma que preciso tomar só meio pra acalmar. Se eu tomar mais, sei que vai fazer mal pra mim mesma. E pra que, né?” – AT3.*

*“Ah... para mim faz muito bem, porque eu percebo que mantém controlada. Diminui minha agitação. Lembra quando eu te falei sobre aquela época que eu ouvi vozes e fui internada, então, desde aquele tempo que eu não parei mais de usar. E tem mais também, qualquer mudança que fazem nos remédios que eu uso, eu percebo que fico diferente. – AT2.*

Ainda que identificando que os psicofármacos não melhoraram aspectos dos conflitos familiares e percebendo que há concepções negativas em torno do consumo, os participantes esperavam que mudanças na prescrição pudessem trazer benefícios. No decorrer dos relatos, apreendeu-se que essas expectativas fundamentaram-se sobre a noção de tolerância farmacológica, justificada no fato de estarem tomando o mesmo psicofármaco na mesma



posologia há muito tempo, assim, uma mudança na prescrição é esperada como um efeito mais efetivo.

*“Dos meus problemas não melhorou em nada, só me deixaram muito ruim, porque eu me sinto inútil, dependente. Eu tomo esses remédios há muito tempo, foram passados pelo médico lá da Unesp e eu tenho consulta agora nos próximos meses, aí eu espero que ele mude...” - TF1.*

*“Eu tomo há muito tempo, no começo eu percebia algum efeito no meu jeito de ser, mas hoje eu nem percebo o que me causa quando tomo... Mas também deve ser porque nunca mudou nem o remédio, nem o número de comprimidos, tomo o mesmo há anos. Se aumentar a dose pode ser que faça o efeito como antes, dizem que é que nem bebida, quanto mais você toma, mais quer tomar...” Pesquisador: Compreendi que você toma a mesma medicação e a mesma dose desde o início do tratamento, no começo percebia os efeitos, mas hoje em dia não percebe mais. Na sua experiência, seu organismo está acostumado com a medicação que você recebe. É isso que você quis dizer? Participante: “Sim, é isso.” – AT 6.*

O uso como *indutor de sono* foi uma justificativa comum que representou benefício para os participantes, mas as relações estabelecidas com a função do psicofármacos foram particularmente evidenciadas no esvaziamento do sentido da vida ou no efeito induzido pelo hábito do consumo:

*“É tudo de bom, eu amo os remédios porque me fazem dormir! Pesquisador: Qual o sentido que dormir tem para você? Participante: Dormindo, passam os dias, as semanas, os meses e enquanto eu durmo não tenho contato com meus problemas. Assim, para ajudar nos meus problemas, os remédios não ajudam em nada, mas, me permitem dormir.” – TF2.*

*“Eu uso pra dormir e sei que é meio dependente. Vou te explicar: às vezes eu durmo, sem tomar o remédio... pego no sono... aí eu acordo lembrando que não tomei o remédio, para conseguir pegar no sono outra vez, tenho que levantar e tomar o dito cujo. Olha isso!” - AT10.*

As narrativas em torno do consumo de psicotrópicos levaram os participantes a refletirem sobre *seu efeito nos aspectos da vida cotidiana*:

*“Sei lá se o remédio faz efeito... já era para eu estar boa com o tempo que eu tomo esses remédios.” – AT1.*

*“Nossa! Esse final de semana eu fui viajar com meu marido para o rancho de uns parentes. E foi tão divertido, a gente lá conversando, se divertindo e eu papeando com as pessoas... nem pareço que tomo esses remédios. E aí, eu fico pensando sobre o efeito, será que eu tô bem por causa da medicação? – AT8.*

**Categoria 2 - Aromaterapia e o Relacionamento Interpessoal Terapêutico:** da consciência corporal às relações interpessoais

Essa categoria concentrou a experiência dos participantes após o início da intervenção com aromaterapia e massagem. Vale ressaltar que foram realizadas oito sessões distribuídas semanalmente, conforme descrito na seção Método, momento em que os

participantes foram submetidos à massagem com aromaterapia e recebiam uma quantidade do creme aromático para autoaplicação diária até o próximo encontro. A cada encontro, a experiência do participante foi acessada por meio das estratégias de comunicação terapêutica.

Três subcategorias compõem a experiência específica dos participantes durante o uso desse recurso terapêutico: consciência corporal e integração físico-emocional (Subcategoria 2.1), melhora nas condições de sono e dor (Subcategoria 2.2) e implicações sobre as relações interpessoais (Subcategoria 2.3). Nota-se que o percurso perceptivo foi iniciado na dimensão física e finalizado nas relações interpessoais, isso encaminha às características da intervenção, pois, utilizou o uso tópico (massagem) como método de aplicação, que explora o toque em suas interfaces instrumental e afetiva.

Na primeira subcategoria, as narrativas elaboradas durante as primeiras semanas de uso do creme convergiram para o aumento da *consciência corporal*, constituindo o primeiro núcleo de sentido por meio de relatos que observaram a uma percepção mais atenta para o corpo, principalmente, para a região em que a massagem foi realizada pelo pesquisador. Deve-se considerar que essa percepção auxiliou aos participantes *integrarem as concepções emocionais às físicas*, pois, as narrativas com esse tema permitiram identificar que os participantes passaram a associar sua postura corporal às suas emoções:

*“Da semana passada para essa semana, eu pude perceber que fico com a postura muito retraída. Isso foi o que mais me chamou a atenção nesse primeiro momento, acho que porque você fez massagem no pescoço e aqui [cinésica: aponta região dos músculos trapézios] e a gente passa no mesmo lugar quando está em casa, presta mais atenção na postura e aí eu fui vendo que sempre tô com os ombros apertadinhos” – AT2.*

*“Eu sou muito curvada, é minha postura... mas eu vi que as costas estão menos doloridas. Até mesmo nessa região [cinésica: toca a região lombar]. Esse alongamento que você faz antes da massagem ajuda a gente pensar na postura, e você já viu, né? A gente tá ficando velha e fica mais curvada... [risos].” – AT5*

A experiência dos participantes com o uso do creme aromático apontou para melhora no padrão de sono, conformando um núcleo de sentido que integrou a segunda subcategoria. Esse resultado representou um fator que os estimulou a preparem-se para o sono associando o ato de autoaplicar o creme ao cuidar de si.

*“Sim, eu tô passando o creme toda a noite que nem você falou. Tá me ajudando a pegar no sono porque eu faço assim: me preparo para deitar, aí eu sento na cama e coloco um pouquinho de creme assim na mão [cinésica: demonstra a quantidade na palma da mão] e passo, aí vem aquele cheirinho e aí vai dando sono... [cinésica: fâcias de sono com discreto sorriso]” – AT7*

*“Eu tô dormindo melhor, como a gente passa onde encosta no travesseiro, o cheiro do creme fica na roupa de cama. Aí, ajuda a gente dormir...” – AT13*

Vale ressaltar que o uso do psicofármaco como um indutor de sono (Subcategoria 1.2 – Categoria 1: O processo de trabalho da ESF sob análise) foi um motivo para manutenção do consumo dessas medicações. Desse modo, partindo da construção dessa subcategoria é possível inferir a elaboração de novas hipóteses: o uso da aromaterapia como recurso terapêutico complementar ou alternativo destinado às queixas relacionadas à qualidade do padrão de sono poderiam reduzir a prescrição de psicofármacos no contexto da ABS.

Em se referindo à segunda subcategoria, o uso do creme aromático para *tratar dor* muscular aguda configurou um segundo núcleo de sentido. Ao perceberem que o creme poderia ser destinado para outros fins terapêuticos, diferentes do sofrimento psíquico, os participantes demonstraram interesse em compreender a composição do creme que ajudava na diminuição da dor:

*“Serve pra dor, também? Pesquisador: Por que você está perguntando? Participante: Esses dias eu andei muito porque fui no centro e aí tava com dor na batata da perna [cinésica: aponta a panturrilha], então, cheguei em casa, tomei um banho e passei o creme aqui. Então percebi que melhorou a dor.” – AT4*

*“Eu tava te falando que tava com muita dor no ombro direito, né? Por causa das faxinas que eu fiz essa semana, aí em casa eu usei o creme também nos ombros e nos braços [cinésica: demonstração] para me ajudar na dor que eu tava tendo... aí nem precisei tomar remédio, bastou esperar um pouco que a dor passou. Qual substância que você colocou aqui que ajuda na dor?” – AT18*

Diante desses questionamentos, conteúdos sobre o recurso terapêutico foram transmitidos aos participantes avançando em orientações acerca da introdução das PICS no SUS, do uso seguro junto ao devido acompanhamento profissional e das indicações terapêuticas dos óleos essenciais utilizados nessa intervenção.

A terceira subcategoria concentra experiências acerca do uso que os participantes fizeram do creme aromático em seus familiares *favorecendo suas relações*. Além desse benefício, essa experiência representou uma oportunidade de cuidado informal, conforme observado na narrativa abaixo que inclui a experiência de uma participante compartilhada com seu esposo:

*“Eu tenho que confessar uma coisa... Pesquisador: Pode falar! Participante: Lembra na semana passada que eu perguntei se servia pra dor? Meu marido chegou em casa do trabalho, com dor nas pernas... Ele tem dor nas pernas sempre... Como tinha dado certo para minha canseira naquele dia, eu usei nele também [risos]. Pesquisador: O que ele achou? Participante: Ele adorou, pediu pra perguntar onde compra ou se você não pode dar um pouquinho a mais para eu passar nele também [risos]. Tem outra coisa, eu passei o creme nele, né? Aí ele passou o creme em mim e fez massagem nas minhas costas!” – AT12*

Uma situação, a participante se interessou para aplicar em seu filho, e outra compartilhou com sua neta que passou a aplicar a massagem na participante.

Independentemente das solicitações colocadas pelos participantes, convém ressaltar que todas foram conduzidas ao término do período da coleta de dados, oferecendo aromaterapia com óleo essencial de *Lavandula angustifolia* de acordo com as possibilidades terapêuticas e de segurança do uso de óleos essenciais.

*“Queria te perguntar se eu posso aplicar no meu neném, ele tem um ano e três meses. Lembra? Eu o trouxe aqui no primeiro dia que foi lá na grupo? Eu sei que ele gosta que eu faço carinho nas costas dele. Eu não podia aproveitar pra fazer nele também? O cheiro é tão suave...” – AT17*

*“Sabe a J. [referindo-se à neta]? Que veio comigo aquele dia? Ela ficou quietinha aqui só observando você fazer as coisas nas minhas costas. Cheguei em casa à noite e ela falou pra mim: ‘Oh vó você não vai passar o creme do moço? Deixa que eu faço a massagem em você porque eu vi ele fazendo e aprendi!’ Você acredita que esses dias que ela tá em casa passando as férias, todos os dias, chega à noite ela vem pra passar o creme [...]. E pediu pra mim se ela pode vir semana que vem!” - AT 14*

Além dos aspectos informais do cuidado, foi possível depreender das experiências trazidas durante a intervenção que os usuários trocavam suas percepções com outros participantes ou com usuários que não responderam aos convites realizados no período de recrutamento:

*“Eu tava conversando com a F. [referindo-se a outra participante] que tá fazendo aqui com você também. No começo quando você chamou a gente para explicar o que ia fazer, saindo de lá... a gente não tava botando fé que o creme com esse cheirinho fosse fazer alguma coisa. Mas depois que a gente começou a usar e levou pra casa, falei pra F.: ‘não é que dá certo! Por que que eles não colocam isso no postinho antes de a gente tomar esses remédios?’” AT11.*

*“Então, essa semana eu tava falando com minha vizinha e aí disse pra ela que eu tava vindo aqui, passando com você. Acabei explicando pra ela o que acontecia. Eu nem sei se pode abrir pra todo mundo porque você convidou só a gente, né? Mas ela pediu pra deixar o telefone dela, se der você não chama ela pra vir também? Ela disse que queria a massagem, como eu”. - AT9.*

Os núcleos de sentido dessa última categoria observam a constituição de uma círculo virtuoso de cuidado que girou em torno do uso do creme aromático. As experiências benéficas percebidas em si, provocou o participante a compartilhar com sua rede familiar e que foi ampliada para outros usuários do território.

**Categoria 3 - Terapia Floral e o Relacionamento Interpessoal Terapêutico:** da relação intrapessoal à disponibilidade para o outro

A experiência dos participantes a partir do uso da terapia floral com *Rescue Remedy* foi explorada após 15 dias de uso, quando ocorreu o retorno com o pesquisador que foi

operacionalizado com as estratégias de comunicação terapêutica e incentivado pela pergunta “*Como tem sido sua experiência com o uso da terapia floral?*”. Diferentemente dos participantes em uso de aromaterapia, o grupo em uso de terapia floral foi submetido a quatro retornos com periodicidade quinzenal (15 dias, 30 dias, 45 dias e 60 dias).

A composição dessa categoria ocorreu a partir de quatro subcategorias: autoconsciência e o reconhecimento da emoções e dos padrões pessoais (Subcategoria 3.1), tomada de decisões pessoais (Subcategoria 3.2), melhora nas condições físicas e disposição (Subcategoria 3.3), e implicações sobre as relações afetivas conjugais (Subcategoria 3.4). O percurso perceptivo desse grupo de participantes foi iniciado de maneira particular observando mais atentamente suas emoções, levando-os ao reconhecimento dos padrões pessoais envolvidos em seus comportamentos cotidianos e à percepção de melhorias em suas condições físicas; por fim, há uma abertura para a dimensão da sexualidade na relação conjugal.

Nas primeiras duas semanas de uso da terapia floral, as narrativas dos participantes confluíram para a percepção de seus sentimentos, positivos ou negativos, em relação aos acontecimentos cotidianos que estavam expostos durante o período do acompanhamento. Esse efeito oriundo do uso da terapia floral relatado pelos participantes, constituiu o primeiro núcleo de sentido dessa subcategoria e possibilitou que ampliassem a *autoconsciência sobre seus sentimentos*:

*“Essa semana foi difícil [nome do pesquisador no diminutivo]. Lembra que eu falei do teste de esteira? Acabou que eu não consegui fazer. Mas, percebi que eu tava preocupada com isso, como é que eu posso te explicar? Parece que eu já sabia que minha tensão com isso ia atrapalhar a hora de subir na esteira”. - TF9.*

*“Logo que eu comecei a tomar, bem nos primeiros dias, eu percebi que fiquei muito mais irritada... E não foi apenas eu, foram também meus familiares. Eles perguntavam: ‘o que você está tomando nesse frasquinho?!’” – TF 14*

*“Então, eu percebi sim algumas coisas. Lá em casa as coisas estão bem complicadas com a morte do meu irmão que estava preso. A gente mal conversou sobre isso, sabe? Dá a impressão que a gente não quer enfrentar... Eu passei a entender que posso respeitar o momento do meu pai e da minha mãe, não ter que forçar eles a falarem sobre o que sentem. Isso me incomodava muito antes, mas agora eu vejo que o que eu sinto em relação a isso é particular e não precisa ser afetado por eles... quando eles quiserem se abrir comigo, vou estar pronta para poder ajudar com o que eu construí comigo mesma – TF15*

Inserido no processo de desenvolvimento da autoconsciência, um segundo núcleo de sentido foi identificado junto à experiência dos participantes e esteve em torno da *identificação de seus mecanismos e de seus padrões pessoais* como alicerces para comportamentos desencadeadores de ansiedade, bem como, de atitudes não construtivas:

*“No primeiro dia que vim aqui, te falei daquela sensação de que algo ia acontecer enquanto eu dormia e aí eu tinha que ter alguém me olhando. Essa semana fiquei pensando nisso, que isso é falso porque se tiver que acontecer alguma coisa comigo, vai acontecer com alguém olhando ou não, né? Entende que antes eu não pensava nisso dessa forma? Foi depois que eu comecei tomar o floral e eu tô tomando certinho.” – TF11.*

*“Essa semana aconteceu uma coisa que deixou todo mundo lá de casa muito curioso... Eu te falei das minhas manias de comprar sem necessidade na semana passada, aí durante a semana, passou uma mulher que sempre vai lá, vendendo peças de couro. Minha filha e meu marido foram me chamar para eu ver e eu disse: ‘eu não tô precisando’. A cara de espanto deles foi tão forte que eu comecei a rir... e eles me perguntaram: ‘a gente paga para você, a gente sabe que você gosta!’ Mesmo assim eu recusei, porque entendi que primeiro eu preciso ter uma necessidade para, só depois eu ir comprar. O interessante é que você e eu falamos disso poucos dias antes e aí durante essa semana eu pude colocar em prática uma coisa que percebi de mim mesma e que sempre acontecia... tanto que eu tenho um monte de roupa de couro no guarda-roupa.” – TF15.*

Com o desenvolvimento da autoconsciência, os participantes, claros de suas emoções e padrões pessoais, passaram a relatar a habilidade de *trabalhar os limites e tomar decisões que tangiam suas relações interpessoais*. A amplitude dessa habilidade abrangeu pequenas atitudes cotidianas, como recursar-se a fazer um favor, à situações mais complexas como retirar um familiar de dentro da própria casa; independentemente da amplitude a ação envolvia, para o participante, um grau de sofrimento que antes o impedia de realizá-las. Dois discursos ilustraram esse efeito:

*“Ah! Eu percebi que eu tô mais tranquila quando tenho que dizer não pros meus filhos e minhas noras que me pedem favores... Tipo: ‘fulana você pode olhar seu neto para eu ir no centro pagar umas contas?’; aí eu respondi: ‘Hoje eu não posso, tenho consulta no posto.’; Ixe, fiz isso sem sofrimento... sabe aquela sensação de que você fica devendo para o outro por não ter feito? Não tenho mais... – TF7*

*“Olha parece que [a terapia floral] me deu coragem, viu!? Essa semana que passou eu coloquei um ponto final na história daquele meu sobrinho que veio morar comigo. Naquela primeira vez que a gente conversou, falei pra você que ele veio meio fugido por causas de umas drogas que ele tava vendendo lá onde ele morava... bom, aí percebi que ele começou a fazer minha casa de venda também. Eu tava ficando aterrorizada já! Não dormia e achava que tinha gente me chamando... Um dia fui na polícia e pedi para eles irem lá tirar o menino, porque eu já sou idosa e ainda cuido da minha sobrinha com síndrome de Down, eles perceberam a complicação que era e foram lá e tiraram ele... precisei de coragem pra dar esse passo, mas pus um limite que foi ter que expulsar ele. Agora tá tudo bem já...” – TF5*

A partir da percepção de melhorias nas relações interpessoais, os participantes observaram *efeitos positivos na disposição* para as tarefas do cotidiano e em sua *saúde física*, trazendo para a interação com o pesquisador dados concretos que validassem sua experiência. Observou-se que a impressão inicial dos participantes da terapia floral girou em torno de suas emoções e de seus sentimentos, para em seguida atentarem-se às melhorias na saúde física. O

contrário ocorreu com o participantes que fizeram uso de aromaterapia, em que as primeiras impressões se efetivaram em percepções da consciência corporal e da saúde física.

*“Minha saúde física melhorou! Tive aquele retorno lá na Unesp que te falei, da endocrinologia... ela viu meus exames e disse que melhoraram, há anos isso não acontecia comigo, assim eles diminuíram a dosagem do remédio da tireoide e retiraram o remédio do colesterol” – TF8.*

*“Eu fiquei mais calma e até minha função respiratória melhorou... e não foi só quem percebeu isso, o povo da reabilitação pulmonar também viu. E para não falar que é a opinião minha e deles, a espirometria deu um resultado melhor.” – TF3.*

*“Eu senti diferença sim, depois dessas primeiras semana que comecei a tomar o floral. Acordei mais cedo e fui fazer algumas coisas em casa para poder ajudar nas tarefas” – TF16.*

*“Minha disposição melhorou! Aquela sensação de acordar entorpecida e demorar para conseguir fazer alguma coisa. Eu nem atendia suas ligações de manhã porque não escutava tocar o celular. Agora pra sair de casa eu não preciso levantar duas horas antes para começar me arrumar, consigo fazer isso com mais agilidade.” – TF7.*

Em seguida, percebeu-se a abertura por parte dos participantes para lidar com demandas íntimas de suas dimensões afetivas e conjugais, conformando a quarta subcategoria. O sentido atribuído à terapia floral no resgate da intimidade afetiva e conjugal se refere ao interesse sexual pelo(a) parceiro(a) ou em um interesse de encontrar outras formas de expressar a intimidade de modo que atenda a necessidade do par, conforme pode ser interpretado nos discursos abaixo. Os canais verbais e não verbais emitidos pelos participantes durante a transmissão desse conteúdo permitiram ao pesquisador entender quão complexa é a exposição da intimidade e possibilitou a validação da confidencialidade do relacionamento interpessoal estabelecido.

*“Pois é [cinésica: timidez, rubor facial e dedos entrelaçados]... Lembra que eu reclamei que fazia três meses que não tinha relação íntima com minha mulher? Essa semana meu interesse sexual voltou, tivemos relação. Isso é por causa do floral?” – TF11.*

*“Eu tô parece que entrando na menopausa, sei lá... Tenho percebido que meu marido me procura e isso tem me incomodado. Eu não tô querendo mais aquele tipo de relação, sabe? [cinésica: timidez, rubor facial, fuga do contato visual]. Pesquisador: A senhora está me dizendo que tem se incomodado com o tipo de intimidade que está tendo com seu esposo? Parece que a relação que envolve penetração não tem agradado você e isso, na sua concepção, decorre da menopausa? Participante: Isso! Disse o que eu não conseguia dizer. Mas antes, eu suportava, ele vinha e a gente fazia, né? Agora que passou me incomodar, parece que tô sabendo mais o que eu quero e isso tem me levado a buscar outras maneiras de me satisfazer, mas tenho que fazer isso envolvendo meu marido.” – TF18*

*“Nossa! O vô [modo como a paciente chama seu esposo] fica insistindo que tem que ter relação e eu já não tenho interesse nas coisas que ele tem. Na verdade, nem atividade ele tem mais [risos]. E outra, nessa idade nem é para fazer mais essas coisas, não é? Pesquisador: Está dizendo que na sua concepção pessoas idosas não*

praticam atos íntimos? *Participante: Isso, como é que faz sem atividade?* Pesquisador: A senhora já falou com seu esposo sobre isso? *Participante: Não, nunca nem tentei... quando eu recuso ele respeita, fio... Mas é que ando sempre não querendo, quer dizer, não quero do jeito dele...* Pesquisador: Está disposta a encontrar uma maneira de manter a intimidade com seu esposo, mas a senhora compreende que o ato sexual em si não é fundamental. *Participante: É... podia ser um carinho, né? Tô mais sensível para essas coisas e percebi que isso veio depois que você me deu as gotinhas...* – TF1.

#### **Categoria 4 - Aromaterapia e Terapia Floral:** suas dimensões comuns enquanto recursos terapêuticos associados ao Relacionamento Interpessoal

A quarta categoria constituiu-se das experiências que foram comuns enquanto os participantes estavam em uso dos respectivos recursos terapêuticos – aromaterapia e terapia floral. Similarmente às categorias anteriores, há uma linearidade no percurso perceptivo construído pela experiência dos participantes e com isso seis subcategorias foram elaboradas de acordo com os núcleos de sentido que se conformaram sobre o depoimento dos participantes ao longo dos encontros.

A primeira subcategoria, denominada *a percepção do outro* abrange os relatos dos participantes sobre a *percepção de terceiros acerca do desenvolvimento pessoal vivido* durante o uso dos recursos terapêuticos. Segundo a percepção das pessoas da convivência dos participantes, a relação interpessoal foi a característica mais proeminente dessa mudança pessoal e, esse aspecto, trouxe vantagens para os participantes. Esse núcleo de sentido atuou como uma forma de validação para o participante, uma vez que sujeitos não diretamente envolvidos na intervenção perceberam modificações no modo de ser dos participantes:

*“Meus familiares identificaram que eu estou melhor dentro de casa. Eles dizem que eu estou mais calma, mais tranquila... Essa semana eu peguei meu ex-marido perguntando para minha filha; ‘o que que tá acontecendo com sua mãe?’.* Pesquisador: Qual o significado que tem outras pessoas estarem reconhecendo isso em você? *Participante: Ah, isso confirma que eu tô melhorando depois que comecei a usar o floral...*” – TF17.

*“Eu tô muito mais tranquila para falar, meu marido percebeu, ele fala: ‘você tá menos nervosa pra falar as coisas’.*” – AT13.

*“O pessoal da reabilitação pulmonar perguntou o que eu fiz pra ficar mais calma. Você acredita que até a espirometria deu um resultado melhor que antes?* Pesquisador: A que você atribui isso? *Participante: “Bom, eu acho que é do floral, porque ninguém de lá da reabilitação tinha notado isso antes.* Pesquisador: Hum... e isso significa o que para você? *Participante: “Eles nem sabiam que eu tava tomando floral e perceberam que havia algo melhor... sei lá, acho que reforça, né? Reforça que o floral faz efeito...”* – TF3.

*“Então, eu passei a conversar mais com as pessoas, ter mais contato... tanto lá em casa que é difícil porque eles quase sempre estão sob o efeito do álcool, como no*



*trabalho, lá na chácara que eu cuido para aquela senhora. Isso foi bom, porque ela acabou me dando mais uns dias na semana para ir lá cuidar das coisas” – TF 13*

As relações interpessoais passaram por um particular processo de reelaboração por parte dos participantes que observaram mais atentamente a *importância do contato com outras pessoas para seu desenvolvimento pessoal*. Nessa segunda subcategoria (As relação interpessoais para o autodesenvolvimento), o núcleo de sentido gira em torno dos relatos que refletiram sobre resgatar as interações e se colocar em maior superfície de contato humano-humano que, por sua vez, aponta para o descentramento de si e, concomitantemente, disponibilidade para o outro:

*“Eu percebi que quando fico mais entristecida e quando vem aquela tristeza do nada, tenho a necessidade de conversar com os outros. Esses dias eu fiz isso, quando percebi que estava triste, sai na frente de casa e conversei com um senhor que mora lá perto. Sempre o via, mas nunca nos falamos. Ele acabou me contando dos problemas deles e a gente dividiu um com o outro o sentimento ruim. Meus filhos estranharam porque eu não sou de conversar com o povo da rua, mas me fez ver que ele também precisava de alguém pra conversar...” – AT15.*

*“Eu não tinha a ideia de como conversar com as pessoas nos ajuda! Eu tinha umas coisas pra fazer essa semana e aí fui procurar uns cursos gratuitos lá na cidade pra eu fazer... chegando lá acabei conversando com uma pessoa que tava esperando sei lá o que era... Acredita que ela é psicóloga e com as histórias dos paciente desenvolveu depressão?! Aí, ela não conseguia mais trabalhar porque o pânico veio junto... Eu nunca tinha parado pra pensar sobre as histórias tristes que vocês têm contato atendendo esse monte de gente que vem aqui pedir ajuda...” – AT6.*

A sensibilidade e o cuidado para as interações e para o contato foram estendidos para a relação estabelecida entre participantes e pesquisador, conformando a subcategoria *Cuidado na relação pesquisador-participante*. Demonstra qualidade no relacionamento interpessoal desenvolvido durante a intervenção, pois, concretiza características como o respeito e aprendizagem mútuos entre os envolvidos, tornando a relação sustentável. No decorrer dos encontros, tanto aqueles que fizeram uso de terapia floral, como de aromaterapia, *verbalizaram o zelo para com o pesquisador* transmitido por meio de relatos e de indagações que expressavam a preocupação com o intenso contato com o sofrimentos dos participantes:

*“Eu queria te falar uma coisa mais não quero que você fique triste, nem vai achar que é crítica, tá? Mas eu percebi que na semana passada, você estava triste... aí eu fiquei muito preocupada pensando em você. Viu, como é que você faz pra dar conta dessas coisas que você escuta aqui? Você divide com alguém?” – AT6.*

*“Poxa, para você deve ser muito pesado! Quantas pessoas você está acompanhando aqui? Se todo mundo te conta a vida como eu e a vida dos outros forem tão sofrida como a minha... eu não sei como você suporta tanto sofrimento.” – TF 13.*

*“Como é que vocês trabalham com esse sofrimento?” – AT18*

O espaço oportunizado pelos retornos semanais ou quinzenais serviram para a expressão de suas dificuldades, na promoção de momentos quando os participantes puderam expor os pequenos problemas do cotidiano e do trabalho, devido a essa característica, a subcategoria foi denominada *Encontro como espaço para desabafo*<sup>3</sup>. Nessas oportunidades, os participantes observaram estratégias não medicamentosas para lidarem com situações difíceis, por exemplo, a respiração profunda:

*“Menino é curioso... deixa eu falar pra você que essa semana eu fui no centro, pagar umas contas no banco. Eu não suporto banco, faz anos que não fico na fila... mas enfrentei porque precisava. Vinha aquela ansiedade que me deixa acelerada e eu respirava tentando controlar essa sensação, tipo como você faz comigo aqui no relaxamento antes de eu ir embora, sabe?” – AT8.*

*“Pois é, nessa semana teve uma menina lá da escola, sabe aquelas adolescentes que não respeitam a gente e enfrentam a gente? Tive que lidar com uma desse modelo... mas aí o que eu fiz? Olhei para ela, não comprei a briga porque eu lembrei das nossas conversas, fechei os olhos e respirei [cinésica: respira profundamente, demonstrando sua atitude]. Fez muito bem pra mim porque essa respirada evitou que eu ficasse brava comigo mesma por ter discutido com uma menina que não metade da minha idade, e tem mais, ia ser por causa de um nada...” – TF2.*

Uma segunda contribuição dos retornos que se deu de maneira não diretiva se refere ao atendimento da necessidade de educação em saúde (subcategoria *Educação em saúde: estratégias não medicalizadoras e saberes sobre psicofármacos*) que se fundamentou sobre dois núcleos de sentido. Um deles tinham como objetivo identificar *hábitos não medicamentosos* para melhorar demandas originadas do sofrimento psíquico:

*“Deu pra perceber que uma coisa vai facilitando ou dificultando a outra. Pesquisador: Tem como você me exemplificar? Participante: Se eu demorar para dormir porque tô utilizando o celular, isso afeta meu sono e isso automaticamente vai atrapalhar meu dia. Então, seria interessante se eu pudesse já ir relaxando antes de ir para a cama, tomando um chazinho que tenho em casa, porque seu eu for para cama agitada, vou logo entender que não tô com sono, aí vou pegar meu celular e vou me distrair com coisas que me deixam mais ansiosa...” – AT3*

*“Conversando com você, vou percebendo como sou ansiosa, entendo que seja importante eu fazer umas atividades que me deixem cansada e que eu possa gastar essa energia toda que eu tenho aqui... porque se eu ficar dentro de casa, achando que as coisas vão se resolver do nada, só vou piorar a saúde” – TF17*

Reflexões em torno do *uso dos psicofármacos* representou um segundo núcleo de sentido dessa subcategoria. Suas dúvidas acerca do funcionamento dos psicofármacos, do

---

<sup>3</sup> “A atitude de desabafar e de escutar o desabafo é comum no dia a dia de muitas pessoas, independentemente de elas exercerem um ofício profissional relacionado à saúde. Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor se comparado a outras condutas técnicas”. (Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [citado em: 22 de nov 2018]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)

consumo crônico, dos seus efeitos a longo prazo no organismo e aspectos da dependência e da tolerância, em conjunto demonstraram que os participantes possuem um conhecimento escasso, como explicitado em alguns questionamentos:

*“Para esses problemas que a gente tem conversado aqui, esses remédios servem de que? Pesquisador: Pode fazer a pergunta de novo? Participante: Quero entender como nas dificuldades que eu tenho com meus filhos de que jeito um comprimido pode me ajudar... entendeu? Ele só me ajuda a não ficar pensando nisso constantemente, mas resolver não vai, vai?” – TF17*

*“Esses remédios atuam onde na minha cabeça?” – TF17*

*“Eu já tomo esses remédios há anos, que nem sei quando... você não acha que eles não fazem mais efeito? Tipo que eu tomo só para me causar um efeito tipo psicológico?” – AT16.*

*“Não é que eu tenho que aumentar a dose porque o organismo da gente acostuma com esse remédio?” – AT4.*

*“É verdade que eles podem fazer mal? Ah! É sim, porque se não eles não precisam fazer esse controle todo para gente ter que vir aqui pra ficar renovando a receita. Que tipo de mal pode causar, você sabe?” – AT1.*

A inquietação acerca do uso de psicofármacos e a reflexão sobre o sofrimento psíquico foram temas discutidos entre os encontros com os participantes dos dois grupos e que os levaram, de forma automotivada, a diminuir o consumo desses medicamentos ou a se recusarem manter o uso, dada a compreensão de que não se beneficiavam mais com a prescrição. A decisão tomada pelos participantes foi comunicada ao pesquisador nos últimos encontros de ambos os grupos. Quando apresentada, pesquisador e participantes colocaram-se em discussão para esclarecer que a participação na pesquisa não exigia esse tipo de conduta. Mesmo diante dessa clarificação, a decisão foi mantida por todos os participantes que optaram a diminuição ou retirada total dos psicofármacos, conformando a subcategoria denominada *Interrupção ou diminuição do uso de psicofármacos*:

*“Não! Eu não quero mais tomar essas medicações. Vixe! Eu vejo que eu tô muito bem que o floral me ajudou a ver que não tenho mais sofrimento para tomar medicações e que se um dia eu precisar de novo posso voltar, mas hoje eu não quero mais que isso faça parte da minha vida. Estava me anestesiando, hoje as pessoas da minha casa já conseguem lidar comigo da forma como eu me vejo.” – TF17*

*“Ah! Eu parei de tomar a amitri [paciente não consegue verbalizar o nome do medicamento]. Esse aí... Lembra que eu tomava ele e mais um outro, então... eu parei com esse aí. Tomar dois para que se a gente tá vendo que eles não fazem nada para gente, né? Problemas a gente sempre vai ter, precisa aprender a viver e não vai ser um comprimido que vai fazer isso” – AT10.*

*“Pensa bem se eu não devia ter parado! Eu tomava meio clonazepam para dormir há anos... o que faz metade de um comprimido no meu sono? – AT2*

Dentre os participantes que estavam em uso de Aromaterapia, oito decidiram interromper o uso dos psicofármacos e dois, diminuir a quantidade por fazerem uso associado desses medicamentos. Por sua vez, o grupo que estava em uso da Terapia Floral, dez decidiram pela interrupção e dois, pela diminuição. Nesse sentido, um total de 18 participantes dos dois recursos terapêuticos deixaram o consumo de psicofármacos e outros quatro foram acompanhados na diminuição gradual do consumo.

O fato destes participantes terem decidido pela interrupção do uso de psicofármacos foi inesperado para o pesquisador. A proximidade de cada participante, o conhecimento em profundidade sobre cada um e a inserção do pesquisador na equipe de saúde foram situações fundamentais para assegurar de modo corresponsável que a decisão tomada pelo participante pudesse ter sido mantida em respeito à sua autonomia, bem como, com o consentimento da equipe, uma vez que, dentre os participantes que fizeram essa opção, não foram identificados histórico de transtornos mentais graves.

**DISCUSSÃO**

---

## **O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: as implicações do modelo biomédico na atenção à saúde**

A fase exploratória da pesquisa extrapolou a intencionalidade metodológica proposta pelo projeto, isto é, os resultados que emergiram da análise do processo de trabalho no contexto da ESF possibilitaram duas finalidades: permitiu ao pesquisador apropriar-se do *conhecimento de membro*, mas também, avançou na compreensão desse contexto tal como ele é produzido na realidade, despido de seu projeto político.

Essa situação distanciou os resultados produzidos nesse estudo do ideal político da ABS, mas os aproximou fielmente dos elementos da dimensão técnico-assistencial (Teixeira, 2003) que dificultam a aproximação da realidade ao idealizado, tais como apresentados em um estudo efetuado no mesmo contexto (Cecílio; Carapinheiro; Andreazza, 2014. p. 55):

*“a difícil fixação do médico e o seu não ‘encantamento’ com o projeto de construção do SUS como política pública generosa e inclusiva; a eterna defasagem entre a oferta de serviços que, por mais que seja ampliada, parece nunca dar conta de uma demanda sem-fim; a percepção dessa demanda interminável, pelos trabalhadores, como impeditivo para que realizem o bom cuidado, causando sofrimento e frustração para aqueles alinhados com um projeto de SUS de qualidade; a ‘deformação’, na prática, de um conjunto de dispositivos pensados para melhorar a qualidade do atendimento, como, por exemplo, o acolhimento, uma estratégia proposta para abrir as portas das unidades, acolhendo os usuários em suas necessidades, mas que, em várias experiências, tem se transformado em barreiras para o acesso; a impotência das equipes de para enfrentar os ‘problemas sociais’ que invadem as agendas, etc.”*

A dimensão político-institucional da ABS explica diversos obstáculos para a implementação da ESF, pois, da sua formulação política à criação das RAS, há um pequeno espaço de tempo, principalmente, se comparado ao da atenção hospitalar. Configura-se, portanto, um arranjo assistencial recente que passa a exigir da ABS um grau de relação entre os serviços do SUS que ainda se encontram em construção, haja vista a desarticulação observada da dimensão organizacional (Teixeira, 2003; Cecílio, 2012; Cecílio; Carapinheiro; Andreazza, 2014).

A burocratização identificada nos macroprocessos da gestão da ABS que refletiram no processo de trabalho da ESF estudada encontra alicerce na disjunção dos tempos dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários, respectivamente, tempo das possibilidades, tempo do cuidado e tempo das necessidades. Na dissincronia temporal, a equipe define as urgências e não urgências a partir dos saberes que opera sob os ditames da medicina tecnológica, pressionada pelos usuários que experimentam o tempo das necessidades, e vítima da gestão

solicitando, no tempo das possibilidades, a racionalização dos recursos (Cecílio, 2012; Cecílio; Carapineiro; Andreazza, 2014).

Isso se relaciona também com o posicionamento distanciado da gestão no processo de trabalho da ESF observado nesse estudo e que corrobora outras pesquisas (Cecílio, 2012; Cecílio; Carapineiro; Andreazza, 2014; Agonigi et al., 2018) que analisaram a dimensão organizacional da ABS (Teixeira, 2003), explicando que a problemática se deve à natureza da sua função gestora e ao seu lugar institucional, pois, tendem a externalizar o campo da micropolítica enxergando o território como algo a ser normalizado e controlado (Cecílio, 2012). Nesse sentido, o distanciamento do processo micropolítico da ESF associado à pressão exercida sobre as equipes provoca uma dissociação na relação dos trabalhadores e gestores, bem como, uma cisão na compreensão da importância dos indicadores de produção e a assistência ofertada para o usuário no cotidiano das equipes (Agonigi et al., 2018).

Aponta-se que uma parcela importante das atividades e ações realizadas pela equipe da ESF desse estudo se concentra em questões burocráticas e operacionais, o que é retratado por outras investigações que observaram a mesma fragilidade em decorrência do caráter incipiente das mudanças da dimensão política. Inter-relacionado a essa característica, constatou-se a reprodução de práticas de cuidado baseadas na lógica de modelos hegemônicos, principalmente, no biomédico como concepção central, operacionalizando as ações dos trabalhadores e provocando a fragmentação na produção de cuidado (Silva; Casotti; Chaves, 2013; Agonigi et al., 2018).

Dentre as ações de natureza operacional, o cadastramento da produção e dos usuários da ESF apareceu como uma tarefa que gerou sobrecarga devido a fragilidades dos Sistemas Informatizados. Essa situação foi compartilhada pelos participantes de uma pesquisa realizada na região sudeste que observaram, também, um volume extenso dessa atribuição dada a quantidade de população adscrita e o número insuficiente de trabalhadores. Além disso, percebe-se a consonância de que esse obstáculo foi responsável pelo distanciamento do ACS de sua atribuição específica junto aos usuários no território, ação primordial para constituir a USF como fonte regular de cuidado, na ótica da longitudinalidade (Arce; Sousa, 2014; Agonigi et al., 2018).

Ainda sobre a influência da gestão no processo de trabalho, observou-se que a troca de gestores ocasionada pelo resultado das eleições municipais desencadeou medidas súbitas e verticalizadas que refletiram negativamente na satisfação do trabalhador e na organização do processo de trabalho. A descontinuidade do projeto político da atenção à saúde no nível municipal é um problema crônico da realidade brasileira, observada em outros estudos,

evidenciando o distanciamento da operacionalização dos serviços da ABS das diretrizes políticas elaboradas a nível nacional (Shimidt et al., 2017).

Outro aspecto do processo de trabalho da ESF foi observado por meio da elaboração do Fluxograma Analisador (Figura 10) que possibilitou identificar a recepção e a pré-consulta como espaços ocupados por trabalhadores de nível médio, onde os usuários têm a possibilidade de apresentar alguma queixa e negociar a ação que os atenda de acordo com o cardápio oferecido pelo serviço. Esse referido contexto remete, novamente, à influência do modelo biomédico produzindo contradições que afetam a qualidade do cuidado realizado pelos trabalhadores: acolhimento e escuta são compreendidos como ferramentas importantes, contudo, as subjetividades expressas pelos usuários como necessidades de saúde não são legitimadas devido à ausência de um problema biológico. E, ainda que haja emergências claras diante de necessidades subjetivas, em que se insere o sofrimento psíquico e diversas outras vulnerabilidades, são as tecnologias duras e leve-duras as mais valorizadas pela equipe, como sinal legítimo de resolubilidade (Santos; Mishima; Merhy, 2018; Merhy, 2007).

Considerando as duas contradições anteriormente apresentadas, interpreta-se que o modelo biomédico incorporado à atenção à saúde, mobiliza saberes e produz uma prática discursiva compartilhada entre trabalhador e usuário que reforça a legitimação do sofrimento físico em detrimento ao psíquico para conseguir ser incorporado ao circuito de cuidado da ESF. Essa realidade encaminha a discussão à aplicação de Filtros Teóricos na escuta exercida pelo trabalhador da saúde enquanto o usuário apresenta sua queixa. Assim, essa intervenção, que pode ocorrer não intencionalmente, limita a escuta àquilo que se encaixa no modelo que embasa a atuação do trabalhador, nesse caso, o biomédico (Campos, 2006).

Desse modo, evidencia-se a influência do modelo de atenção sobre o acesso e o acolhimento que foram observados nessa pesquisa, o que corrobora as discussões que têm ocorrido no âmbito da ABS. O acesso tem sido qualificado como restrito devido a uma problemática complexa que envolve a combinação de inúmeros fatores intrincados entre si: equipes de saúde incompletas, excesso de demanda, ausência de critérios, fragmentação do cuidado, demora no agendamento e organização das agendas; todos, são fatores que se relacionam diretamente na qualificação do acesso (Sousa et al., 2014; Tesser; Norman, 2014). Além disso, nessa pesquisa, a dinâmica do processo de trabalho e sua organização produziram diversas barreiras ao acesso, vistas na concentração de processos microrregulatórios.

Por sua vez, o acolhimento foi caracterizado nesse estudo na inversão do seu valor ético para organizativo, ou seja, foi nomeado como uma das ações oferecidas aos usuários para que não ficassem desassistidos, uma vez que não se classificavam na demanda programada. A



realidade aqui observada retrata a problemática em torno do acolhimento como um espaço de avaliação realizado pela equipe técnica de enfermagem que, na impossibilidade de alternativas, encaixa o usuário conforme sua preferência ou grau de urgência (Tesser; Norman, 2014).

Os mesmo autores explicam que a influência norte-americana na construção da ABS brasileira é uma das causas que explica e sustenta essa problemática no processo de trabalho da ESF. Com base no modelo preventivista, ocorre uma priorização das ações programadas e programáticas interferindo na restrição e inflexibilidade das agendas dos trabalhadores, concomitante à redução do atendimento das queixas e sofrimentos espontâneos dos usuários (Tesser; Norman, 2014). Essa discussão reflete com fidedignidade a análise do processo de trabalho da ESF, em especial, para a organização programática da agenda (Quadros 6 e 7).

Na ESF estudada, identificou-se a agenda de enfermeiros e médicos como reguladora do tempo que o usuário terá acesso à consulta com trabalhador de nível superior, situação que deve ser relacionada à centralidade da consulta médica no cardápio de serviços. Em consonância, essa ferramenta do processo de trabalho e sua composição programática foram temáticas observadas nos processos microrregulatórios em uma UBS, desencadeando limites na autonomia profissional e conflitos gerados entre os trabalhadores dessa USF (Oliveira, 2015).

Os processos microrregulatórios foram identificados no controle do acesso aos serviços internos e externos, considerando outros pontos de atenção da RAS. Da mesma forma que foi observado nessa pesquisa, o acolhimento foi identificado como um dos processos que regulam os serviços internos, mesmo que caracterizado como um mecanismo de inclusão, a resolubilidade dessa ação está intimamente atrelada à figura do médico (OLIVEIRA et al., 2016), que reforça a presença do modelo biomédico como engrenagem central na dinâmica do processo de trabalho.

A consulta médica, por sua vez, foi outra ação do cardápio da ESF identificada por meio da observação participante e da elaboração do Fluxograma Analisador (Figura 10), como portadora de uma densidade de formas de regulação do acesso aos demais serviços internos quanto para os externos. No contexto de uma UBS, esse serviço foi identificado de forma similar corroborando o achado dessa investigação, além disso, observou-se que a capacidade de negociação e investigação do profissional médico é prioritária na resolução dada a queixa e influencia o cuidado individual e coletivo, pois, pode dar acesso ao usuário a determinado serviço, ao mesmo tempo que aumenta a demanda reprimida (Oliveira, 2015).

A figura do profissional médico é crítica entre os trabalhadores da equipe da ABS no que se refere à conformação dos processos microrregulatórios, dada sua autonomia profissional. O estudo da dinâmica dos regimes de regulação relacionada ao trabalho médico iniciou na saúde suplementar e, mais recentemente, tem sido objeto de investigação na esfera pública (Cecílio et al., 2005a). Em torno dessa categoria, tem-se observado diferentes agires profissionais que ora se submetem aos processos de regulação formal e ora cria outros fluxos para dar vazão às demandas oriundas das necessidades dos usuários. No contexto da ABS, uma rede contatos pessoais, relações de influência e posições privilegiadas (denominada *disque-amigo*) possibilita o acesso aos serviços internos e externos, mobilizando, principalmente, o fator tempo (Cecílio et al., 2005b; Oliveira, 2015).

O ACS foi uma segunda categoria profissional importante para a regulação do acesso em uma UBS, pois, compreendeu-se que seu agir ocorre no interstícios de outros agires profissionais, interligando as ações de saúde executadas pelo serviço. O acesso proveniente de seu trabalho se refere à vigilância à saúde dos usuários, pois, diversas necessidades de saúde chegam à USF por meio de sua atuação; à entrega de agendamentos, uma vez que após serem marcados os serviços, a entrega da guia de solicitação está sob sua responsabilidade; e ao feedback para a equipe de saúde sobre a efetividade da conduta prescrita (Oliveira, 2015; Oliveira et al., 2016). Na ESF estudada, identificou-se a fragmentação no processo de trabalho dessa categoria dificultando seu agir e, conseqüentemente, diferenciando os achados da regulação do acesso. Nesse sentido, notou-se que a entrega de reagendamentos apareceu como prioritária, colocando a vigilância à saúde em segundo plano.

Identificou-se uma terceira categoria profissional influenciando a regulação dos serviços oportunizados pela ESF: a equipe técnica de enfermagem. Sua atuação nos diversos serviços da USF, em especial, na pós-consulta coloca-a em um lugar privilegiado para compreender a disjunção dos tempos (entre o tempo do gestor e do usuário), bem como, os sistemas de filtros que operam sobre o acesso ou barreiras ao acesso para os serviços da USF ou externos (Cecílio; Carapineiro; Andreazza, 2014; Oliveira, 2015).

Ao colocar o trabalho realizado na pós-consulta sob análise, foi observado que a valoração em torno da consulta médica faz com que o sistemas de filtros fiquem mais restritos, essa situação reflete a hegemonia biomédica no trabalho da ESF. O percurso do usuário pelas diversas etapas do atendimento que ocorre na USF (chegada dentro do horário estipulado na recepção, acolhimento ou pré-consulta, agendamento e consulta com profissional de nível superior) foi detectado como condição de abertura do sistema de filtros e conseqüente acesso. Em contrapartida, quando o usuário não percorre o circuito de cuidado reconhecido como

oficial, os sistemas de filtros se restringem e produzem barreira. Essa dinâmica, sob a concepção da equipe técnica de enfermagem, foi interpretada como uma forma de politizar equitativamente o acesso e valorizar os usuários que respeitam a referida organização.

Nesse ponto, é oportuno refletir criticamente sobre as concepções que embasam os fazeres dos trabalhadores que atuam no contexto investigado e, nessa perspectiva, é seguro afirmar a túrgida influência do modelo biomédico fundamentando o processo de trabalho na ESF. Aponta-se que no contexto da ABS, uma mescla de modelos de atenção à saúde pode ser identificados e a polissemia desse termo dificulta sua compreensão, nesse ínterim, dois modelos – biomédico e de vigilância à saúde, são identificados ora como complementares, ora como excludentes (Fertonani et al., 2015; Esmeraldo et al., 2017).

A investigação baseada na concepção dos trabalhadores da ABS elucida fatores que dificultam a prática do modelo substitutivo: o desconhecimento por parte dos envolvidos, a percepção cultural dos usuários, a precarização dos contratos de trabalho, população adscrita maior que a capacidade técnica operacional das equipes; todos correspondem como argumentos que favorecem a permanência do modelo biomédico. Ao focar o trabalho exercido pelas enfermeiras inseridas em contextos que atendem às duas lógicas de atenção à saúde, verificou-se que a maioria das ações são comuns aos dois modelos (Esmeraldo et al., 2017; Forte et al., 2018).

Os resultados desses estudos levam a discutir que a mudança do modelo de atenção à saúde, depositada sobre a implementação da ESF para reestruturar a ABS, tem um desafio operacional e ético: trata-se de organizar o acesso aos serviços da RAS, bem como, qualificar as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, mediando as tecnologias da saúde com o objetivo de promover melhorias nas condições de vida destes últimos (Esmeraldo et al., 2017). A esse desafio deve ser incorporado o fato de se propor a operacionalização de um modelo substitutivo em vigência daquele que se pretende alterar (modelo biomédico).

As características do modelo biomédico incluem: foco no cuidado individual com intervenções generalizadas predominantemente voltadas à dimensão biológica, caráter curativo baseado no enfrentamento de doenças, lesões e danos identificáveis nos sistemas corporais, ênfase na atenção hospitalar com apoio intensivo do aparato tecnológico e a medicalização (Campos, 2003; Fertonani et al., 2015). Observa-se a restrição das ações e das ferramentas do trabalho que provoca sobre o cuidado em saúde mental, a medicamentação da assistência e reduz a valise das relações, fragilizando o contato humano-humano, seja ele, trabalhadores entre si ou trabalhadores e usuários.

No que se refere às concepções que os trabalhadores da ESF estudada possuem acerca da saúde mental, identificou-se a influência do moralismo, da periculosidade, da instabilidade, levando a agir ora com base no acolhimento, ora com base no encaminhamento e/ou administração de medicamentos benzodiazepínicos. Esses achados confirmam-se com as concepções de uma equipe de USF em que foram observadas características como: a fragmentação do cuidado integral com predomínio das dimensões biológicas e psicológicas, presença de transtorno mental grave, aspectos da periculosidade dificultando a abordagem do usuário. Nessa investigação, a RAPS foi reduzida ao CAPS e os demais equipamentos não foram elencados pelos participantes, bem como, as ações citadas estiveram reduzidas à renovação de receitas e ao encaminhamento para a atenção especializada (Oliveira et al., 2017).

Essas ações foram centrais nas respostas obtidas em uma pesquisa que explorou as concepções médicas de profissionais inseridos na ABS. Além de seus discursos afirmarem as práticas de prescrição de psicofármacos e encaminhamentos, a consulta individual foi priorizada em detrimento das discussões de caso e visitas domiciliares. Isso se associa ao fato de desconhecerem o território em que se inserem e outras ações de cuidados que se pautam pela lógica psicossocial (Campos Júnior; Amarante, 2015).

A interface saúde mental e ESF, contudo, pode apresentar condições favoráveis conforme mostrou uma investigação realizada na região sudeste brasileira. A amostra do estudo foi composta de enfermeiras, ACS e coordenadores da ABS. Suas concepções foram positivas quando perceberam as demandas de saúde mental incluindo desde casos de sofrimento psíquico leve à grave e relacionando-os às vulnerabilidades socioeconômicas onde uma parcela de usuários residia. Dentre as ações, atenta-se para intervenções educativas de caráter preventivo realizadas em escolas, a incorporação de serviços da comunidade como recursos a serem considerados e a consultoria com a especialidade (realizada com psiquiatra médico e enfermeiro especialista), favorecendo o desenvolvimento de habilidades e cuidado junto a casos mais complexos (Souza et al., 2017).

Sinergicamente, as concepções de enfermeiros inseridos na ESF conotam depositar sobre as tecnologias relacionais uma maior importância na efetivação do cuidado em saúde mental no território. O acolhimento mostrou ser o dispositivo estratégico para a integralidade e humanização do cuidado e fundamentou-se na compreensão do vínculo, entendido na presença do usuário no serviço, bem como, do serviço na comunidade. Nesse sentido, as condições geográficas e socioeconômicas foram, também, identificadas como fatores que desafiam o cuidado de saúde mental na ESF, associado às fragilidades da organização da RAS, do trabalho com familiares e das ações em grupo (Abreu; Amendola; Trovo, 2017; Silva et al., 2019).

As ações do NASF, no contexto estudado, foram caracterizadas pelos atendimentos em grupos para usuários em sofrimento psíquico leve, atendimentos individuais para usuários em sofrimento psíquico grave; para casos infanto-juvenis e quando havia necessidade de elucidação para discutir a conduta, reuniões de discussão de caso na equipe. Essa realidade se difere de uma pesquisa que investigou o contexto da ESF, em que ao NASF foi atribuída a função fiscalizatória de verificar as assinaturas na folha de frequência dos trabalhadores (Oliveira et al, 2017).

O grau de implantação do NASF no território investigado se assemelha à prática realizada na região sul do Brasil, em que ocorriam com sistematicidade as discussões de casos clínicos envolvendo toda a equipe e o compartilhamento de ações, dentre elas as visitas domiciliares. Nessa investigação, foi detectada diferenças entre o matriciamento realizado entre a UBS e a USF, bem como, observou que se trata de um processo de implantação complexo e longitudinal exigindo disponibilidade e flexibilidade de escuta entre os trabalhadores para a construção de ações compartilhadas de modo intersubjetivo (Hirdes, 2018).

Em síntese, o cuidado em saúde mental na ESF aponta para uma maior incorporação das tecnologias relacionais no contexto dual, como, vínculo, escuta e acolhimento; bem como, para um incremento das ações em equipe, principalmente, no matriciamento. Contudo, essa realidade convive com concepções reduzidas que fragmentam e restringem a potencialidade o cuidado no território, como consequência, observa-se o excesso de encaminhamentos para os serviços da atenção especializada e de urgência/emergência, carência de estratégias de formação, renovação automática de prescrição de psicofármacos e resolubilidade centrada na ação psicofarmacológica (Campos; Bezerra; Jorge, 2018).

Essa problemática retoma as características definidoras do modelo biomédico por meio do processo de medicalização que se refere à progressiva expansão da jurisprudência da medicina para campos não médicos (por exemplo, educação, nutrição e exercícios físicos). Em última instância leva à captura do modo de vida. Embora seja parte de um processo, é vista como um fenômeno multifacetado que acomete as dimensões individuais e coletivas. Para esse estudo, interessa brevemente apontar que, o discurso médico psiquiátrico foi uma das áreas mais disseminadas desse fenômeno e se relaciona à codificação dos acontecidos da vida como transtornos mentais (Freitas; Amarante, 2015; Whitaker, 2017; Azevedo, 2018). Trata-se, portanto, do descentramento do humano no sintoma psiquiátrico.

Um segundo processo que se alimenta da medicalização, é reconhecido como medicamentação e que inclui a demanda dos usuários por medicamentos que combatam os problemas que foram medicalizados, não necessariamente inseridos no campo médico e que

anteriormente não eram abordados pela via farmacológica. Inter-relacionado a esse fenômeno, o desenvolvimento científico positivista e da indústria farmacêutica, representou um binômio que vem desqualificando as terapêuticas tradicionais, aqui denominadas PICS, colocando-as às margens do sistemas de cuidado (Rosa; Winograd, 2011; Azevedo, 2018; Nogueira, 2018). A presença da medicamentação foi observada nessa ESF, pela análise da dispensação de psicofármacos que, devido à sua magnitude, representa uma problemática para esses serviços, e assim, optou-se por discuti-la em profundidade.

### **Uso de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: medicalização e medicamentação**

No contexto da ESF, aponta-se para predominância do sexo feminino, faixa etária a partir dos 45 anos, uso de antidepressivos, seguido de ansiolíticos (Rocha; Werlang, 2013; Maust et al., 2017; Borges et al., 2018). A prevalência do uso de psicofármacos no interior do estado de São Paulo varia de 27,1% para população feminina e 25,8% para ambos os sexos, considerada alta, e observou-se uma tendência de aumento para faixa etária maior de 60 anos (Borges; Hegadoren; Miasso, 2015; Maust et al., 2017) e dos psicofármacos, a fluoxetina foi a medicação mais prescrita (Borges et al., 2018).

Na região nordeste no Brasil, uma pesquisa realizada no mesmo serviço de saúde encontrou resultados similares, sendo que a maioria dos usuários em uso de psicofármacos foram mulheres negras, com ensino fundamental incompleto, envolvida com trabalhos domésticos e em relacionamento estável. No que se refere à classe do psicofármaco, os ansiolíticos foram os mais prevalentes e o tempo de uso médio foi de  $6,52 \pm 7,35$  anos, o médico psiquiatra foi o principal prescritor e o orientador quanto ao uso. Nessa amostra, mais da metade (61,6%) relatou desejo de interromper o uso, mas apenas 47,8% da amostra fez alguma tentativa (Medeiros Filho et al., 2018). As características desses estudos observacionais transversais, realizados em diferentes regiões do país e em outros países, aproximam-se dessa pesquisa no que se refere às características sociodemográficas e ao padrão de consumo de psicofármacos.

As repercussões sobre a qualidade de vida de usuários em uso de psicofármacos no contexto ESF foram objetos de investigação em uma pesquisa realizada em Minas Gerais envolvendo uma população similar desse estudo. Como resultado, foi encontrado que o uso de psicofármacos implica negativamente em todos os domínios (físico, psicológico, relações interpessoais e ambiente) que compõem o constructo qualidade de vida (Miasso et al., 2017).

Essa situação ilustra a incoerência observada na exponencial evolução ocorrida nas últimas décadas da neurociências e da ciência biomédica que amplia e detalha a compreensão e a capacidade de intervenção sobre os adoecimentos psíquicos, mas, ao invés de melhorar tais condições, produz-se uma epidemia diagnóstica que provoca um aumento da incapacidade gerada pelos sofrimentos psíquicos (Whitaker, 2017).

Dessa forma, encaminha-se a discussão para a eficácia da prescrição dos psicofármacos, especificamente antidepressivos e benzodiazepínicos, para usuários em sofrimento psíquicos expressos em sintomas leves de depressão e ansiedade. Em uma revisão sistemática com metanálise não foram encontradas evidências que suportassem a prescrição desses psicofármacos na condição de transtornos psiquiátricos menores (Barbui et al., 2011; Freitas; Amarante, 2015).

Do ponto de vista do usuário, as razões que levam ao uso de psicofármacos se referem aos benefícios atribuídos à terapia medicamentosa, como, o desempenho nos afazeres cotidianos, a redução dos sintomas e a ausência de crises. Deve-se ressaltar, contudo, que a amostra de participantes investigados neste estudo, usuários que receberam diagnósticos de transtornos mentais moderados ou graves, foi constituída no cenário de um ambulatório de saúde mental (Xavier et al., 2014). Ainda que essas situações se distanciem do contexto dessa pesquisa, as categorias qualitativas construídas vão ao encontro dos motivos que levaram e mantém os participantes ao consumo de psicofármacos.

Com uma amostra de usuários da ESF, observou-se em suas concepções uma esvaziamento dos motivos que desencadearam a prescrição do psicofármaco, todavia, a causa orgânica foi a mais considerada (Cavalcante, 2017). Diferentemente, os resultados qualitativos indicados na Subcategoria 1.1 (Motivos para o consumo de psicofármacos) apresentam diversas razões e motivos identificados pelos participantes que os levaram a recorrer ao consumo de psicofármacos. Mesmo que distintas, ambas as situações apontam para a incorporação do discurso biomédico (paradigma biomédico) pelo saber leigo, interpretada como significante da medicalização, para justificar o uso desses medicamentos (Freitas; Amarante, 2015).

A medicalização foi observada em questões de gênero como um dos núcleos de sentido que constituíram a Subcategoria 1.1 (Motivos para o consumo de psicofármacos), a dupla jornada feminina foi um fator psicossocial considerado como motivo para uso de psicofármaco dada a sobrecarga de trabalho que acarreta a essa parcela da população. A medicalização da mulher vem sendo descrita pela literatura a partir de contribuições da sociologia que analisam a influência de gênero sobre o processo de vida. Recorrer ao psicotrópico como fuga das diversas vulnerabilidades que acometem as mulheres é uma das

formas de lidar com situações complexas de vida (Carvalho; Dimenstein, 2003; Rosa; Campos, 2012), inclusive para o trabalhadores da área da saúde, cujo distanciamento dessa temática durante a formação provoca uma dissociação da escuta e, com isso, dificuldade de propor o cuidado integral e resolutivo (Rosa; Campos, 2012).

Ainda nessa pesquisa, identificou-se ainda uma visão acrítica dos efeitos colaterais oriundos do uso de psicofármacos associada ao fato de que os efeitos positivos (evitar a crise) atribuídos aos psicofármacos suplantam a percepção dos efeitos negativos e das restrições originadas após o início do tratamento (Rosa; Campos, 2012). Esse mecanismo elucidado por meio das narrativas que construíram a concepção dos participantes é um disparador para a dependência psicológica do psicofármaco (Cavalcante, 2017). Esse achado se aproxima dos resultados que foram apresentados na Subcategoria 1.2 (Reflexões acerca do consumo de psicofármacos), em que o processo de dependência psicológica do psicofármaco foi atrelado pela ação de indutor do sono.

A oferta de estudos para serem discutidos nessa temática, o uso de psicofármacos na ESF sob o ponto de vista do usuário, foram guiados predominantemente pela pesquisa quantitativa transversal com o objetivo de caracterizar o perfil e o padrão de consumo de determinadas amostrais populacionais, conforme pode ser observado por meio dos resultados de uma revisão de literatura (Wanderley; Cavalcanti; Santos, 2013; Moura et al., 2016).

A despeito da contribuição dos estudos transversais, há uma lacuna de estudos qualitativos que investiguem a compreensão dos usuários no contexto da ESF no que se refere aos saberes que concebem a racionalidade leiga e sustentam as crenças em torno do uso dos psicofármacos. A abordagem compreensiva e interpretativa dessa problemática em comparação à identificação do perfil e o do padrão de consumo de psicofármacos poderia favorecer o enfrentamento de situações concretas em que o trabalhador se vê impelido à prescrição de psicofármacos. Essa característica representa uma falta de espaço onde se possa questionar a amplitude de utilização, as hipóteses e as concepções do sofrimento que, por sua vez, fundamentam a legitimidade do psicofármaco (Rodríguez del Barrio; Perron; Oullette, 2008).

### **As contribuições das Práticas Integrativas e Complementares para as dimensões organizativas e assistenciais**

A análise do processo de trabalho da ESF estudada, na fase exploratória da investigação, aponta para a dificuldade do reversão do modelo de atenção e identifica condições



impeditivas e causadoras, como, a fragmentação e burocratização do processo de trabalho e a influência do modelo biomédico operando concepções e práticas. As fragilidades encontradas nessa etapa podem ser influenciadas positivamente pela experiência de serviços em que as PICS estão implantadas auxiliando na compreensão de suas potencialidades para o processo de trabalho na ABS em dimensões organizativas, relacionais e de produção de cuidado.

Identificou-se que espaços onde o cuidado está alinhado às PICS houve maior articulação de práticas e saberes mobilizados nos problemas do trabalho, recomposição de trabalhos distintos com menor fragmentação do processo de trabalho e maior corresponsabilidade entre os trabalhadores. No aspecto relacional, identificou-se construção da alteridade, superação da inércia e indiferença burocrática, respeito aos diferentes saberes, diminuição nos gradientes de poder, comunicação efetiva e tomada de decisão compartilhada. Por fim, na produção de cuidado ocorreu a centralização do usuário e de suas necessidades na virada paradigmática da patogênese para ações de prevenção e promoção (Barros; Spadacio; Costa, 2018).

Ampliar a sensibilização e o conhecimento dos trabalhadores da ABS acerca dos recursos terapêuticos das PICS é uma maneira de provocar efeitos positivos na organização do trabalho e na oferta de ações. Um estudo realizado em São Paulo, dez anos após a publicação da PNPIC, mostrou que os trabalhadores de uma UBS têm interesse no assunto, gostariam de participar de alguma capacitação, acreditam que as PICS devam ser disponibilizadas pelo SUS, observam que podem ser usadas para as demandas de saúde mental, constituindo-se recursos para o cuidado nesse campo (Carvalho; Nogueira, 2017).

A inclusão dos gestores dos serviços de saúde é um alicerce para a ampliação da oferta das PICS no SUS, e de acordo com os resultados exploratórios dessa pesquisa, inseri-los na sensibilização e ampliação do conhecimento parecer ser uma alternativa para superar o distanciamento entre gestão e assistência. Pela via da necessidade, uma parcela de gestores de Goiânia foi investigada e suas concepções sobre as PICS na ABS permitem afirmar que há uma fragilidade de conceituação e desconhecimento que resulta em invisibilidade e indiferenças perante às PICS nos serviços. Mesmo que os recursos terapêuticos sejam relacionados à integralidade, vinculação, socialização e maior aproximação do usuário; esses contexto aponta para o despreparo dos gestores na implantação das PICS (Barros, et al., 2018).

O conhecimento superficial dos trabalhadores e dos gestores sobre as PICS foi observado em pesquisas realizadas no Brasil (Thiago; Tesser, 2011; Galhardi; Barros; Leite-Mor, 2013; Salles; Homo; Silva, 2014), inclusive esse tema foi fruto de uma revisão sistemática da literatura, confirmando os achados (Silva; Feitosa, 2018). Essa problemática está

diretamente ligada à inclusão das PICS na formação inicial e continuada que embora haja crescimento de oferta, em especial, nas instituições públicas de ensino superior que corresponde a um desafio das políticas de formação de recursos humanos para o SUS (Nascimento et al., 2018).

Além das contribuições específicas da inserção das PICS na ABS, uma análise desse binômio junto à AP demonstrou que em conjunto esses três fenômenos da área da saúde convergem entre si com críticas e respostas ao problema do modelo biomédico, promovendo uma sinergia para a mudança no modelo de atenção à saúde, aproximando-se da proposta da vigilância à saúde e, conseqüentemente, fortalecendo a operacionalização desses três fenômenos nos serviços de saúde (Tesser; Sousa, 2012).

A fase exploratória que identificou a medicalização e seus processos relacionados corresponde a um resultado que permite afirmar a importância de implementação de medidas que enfrentem esse fenômeno. Nesse sentido, a interrupção ou diminuição do uso de psicofármacos foram efeitos que emergiram das ofertas dos recursos terapêuticos utilizados nessa pesquisa. Alinha-se o caráter desmedicalizante das PICS em virtudes como melhor relação curador-doente, mobilização das forças de autocura e participação mais ativa do usuário (Tesser; Luz, 2008; Tesser; Sousa, 2012; Agarwal, 2017; Foley; Steel, 2017).

A educação em saúde foi uma estratégia que também se efetivou a partir do uso da aromaterapia e terapia floral, os temas estiveram em torno do desenvolvimento de estratégias não medicalizadoras e da compreensão do funcionamento dos psicofármacos. Nessa direção, a Subcategoria 4.5 que abordou aspectos sobre educação em saúde com foco em duas lacunas: desenvolvimento de estratégias não medicalizadoras para lidar com o sofrimento psíquico e saberes em torno dos psicofármacos. Esse efeito é discutido como por meio do potencial pedagógico das racionalidades médicas tradicionais que provocam ressignificações da experiência do adoecimento produzindo aprendizados, incluindo o aspecto do autoconhecimento, do crescimento pessoal, da sociabilidade e da construção de redes de apoio social (Subcategorias 3.1 – Autoconsciência e o reconhecimento das emoções e padrões pessoais e 4.2 – As relações interpessoais para o autodesenvolvimento) (Tesser, 2009; Agarwal, 2017).

Em comum, as experiências dos participantes que utilizaram os dois recursos terapêuticos desse estudo, aromaterapia e terapia floral, desencadearam um círculo virtuoso que partindo da percepção de melhorias em si, desencadeou reações em pessoas próximas do círculo social dos participantes. Tal efeito foi observado no *setting*, na Subcategoria 4.3 – Cuidado da relação pesquisador-participante, cuja experiência demonstrou a intenção para cuidar daquele

que está na posição de cuidador. O caráter empoderador vivenciado na relação de cuidado permeada pelas PICS corresponde a experiências que possibilitam desenvolver sabedoria prática, ética e solidariedade que retroalimentam a relação, concedendo-lhe um caráter sustentável (Tesser, 2009). Disso parte a importância e o reconhecimento da boa relação terapeuta-paciente, busca pela reconstrução harmônica das relações consigo e com o entorno (Tesser; Sousa, 2012).

Evidenciam-se as premissas da comunicação interpessoal competente em saúde: constituir-se um processo interpessoal voltado para um objetivo; exige clareza, objetividade e conhecimentos prévios básicos da comunicação humana incluindo consciência das dimensões verbal e não verbal, e promove autenticidade (Braga; Silva, 2007, 2010). Tais pressupostos teóricos fundamentam a comunicação, nessa pesquisa, como recurso metodológico e terapêutico, corroborando a ampliação das diversas dimensões comunicativas vivenciadas pelos participantes.

Em consonância à qualificação do caráter relacional, aponta-se para a defesa construída a favor da ampliação das tecnologias leves e leve-duras para a efetivação do cuidado na interface saúde mental e ESF. A experiência do participante como um todo nos dois recursos terapêuticos fundamentou-se da operacionalização de tecnologias leves-duras (aromaterapia, terapia floral e relacionamento interpessoal terapêutico) em conjunto com tecnologias leves (escuta, acolhimento e vínculo), a potencialidade da conformação desse arranjo terapêutico foi observada na captura da tecnologia dura (medicalização), no acesso a tecnologias que podem melhorar a vida, na criação de vínculos afetivos entre pesquisador-participante e na ampliação do grau de autonomia do usuário para andar com a própria vida (Cecílio, 2006; Merhy, 2007).

Em se referindo ainda à operacionalização das tecnologias relacionais em conjunto às modalidades da PICS, essa pesquisa apresentou uma forma sistematizada do uso da Comunicação Terapêutica a favor do Relacionamento Interpessoal Terapêutico, delineando e detalhando uma competência específica da Enfermagem em Saúde Mental (COFEN, 2018c) que contribui para a compreensão dos efeitos oriundos a dessa pesquisa, bem como, reforça o imperativo da relação terapeuta-usuário que caracteriza um dos meios de trabalho das PICS (Tesser; Sousa, 2012).

Observa-se que, no campo das pesquisas em PICS, a relação entre terapeuta-usuário e o cuidado como prática passam a ser intencionalmente considerados como fatores que contribuem para a produção de efeitos decorrentes das modalidades terapêuticas. Foram identificados duas pesquisas que avançam na construção de modelos teóricos que possam contribuir com estudos de comparabilidade entre as diferentes racionalidades médicas e suas

aproximações ou distanciamentos da prática biomédica (Tesser; Luz, 2018) e, de avaliação qualitativa como método apropriado para identificação dos resultados da incorporação das PICS nos sistemas de saúde (Sousa; Hortale; Bodstein, 2018).

Nessa lógica, a relação interpessoal é uma dimensão que compõe a longitudinalidade do cuidado na ABS, caracterizada na ideia de vínculo duradouro, pressupõe uma boa relação profissional de saúde-paciente no contexto de uma população adscrita, envolvendo confiança e responsabilidade, valorizando a experiência do usuário e sua subjetividade (Arce; Sousa, 2014). O desenvolvimento de habilidades comunicativas na ABS é substrato primordial para a efetivação do trabalho em equipe, habilidades cujo exercício no processo de trabalho da ESF poderiam contribuir para dirimir inúmeros fatores relacionados à fragmentação (Peruzzo et al., 2018).

Aromaterapia e Terapia Floral, associadas ao Relacionamento Interpessoal Terapêutico, mostraram influências positivas sobre as relações dos participantes para fora do *setting* de cuidado, observando que o binômio recurso terapêutico-relacionamento foi uma estratégia que qualifica as relações estabelecidas consigo mesmo (intrapessoal) e com o outro (interpessoal). Em uma pesquisa qualitativa investigando usuários com dor crônica em uso diversas modalidades de práticas complementares e alternativas, a relação estabelecida entre terapeuta e paciente foi caracterizada em dois núcleos temáticos: estar conectado com o corpo e promover a integração mente e corpo (Agarwal, 2018).

Na primeira, a relação terapêutica estabelecida com o uso da escuta atenta proporcionou um espaço de empatia e confiança, onde os participantes puderam apresentar suas experiências de modo ampliado (mais que dados objetivos), o que possibilitou maior conexão consigo mesmo compreendendo as influências emocionais e psicológicas sobre a experiência da dor. O efeito atribuído à última considerou a relação como uma maneira de empoderar, por meio da aprendizagem e da autorreflexão, a integração mente e corpo, e a autoconsciência (Agarwal, 2018). Esse estudo favorece ainda a discussão da Subcategoria 2.1 – Consciência corporal e integração físico-emocional e da Subcategoria 2.2 – Melhora nas condições de sono e dor que se referem a dados qualitativos que emergiram da experiência do usuário em sofrimento psíquico com o uso da aromaterapia associada à massagem.

A experiência favorável observada na comunicação efetiva e vivenciada na dimensão intrapessoal e interpessoal entre os participantes de ambos recursos terapêuticos amplificou as experiências relacionais, pois, resgatou a pragmática da comunicação humana, aumentando a superfície de contato humano-humano (subcategoria 4.2) e a abertura para as dimensões íntimas (Subcategoria 3.4). A experiência relacional permeada pela intencionalidade

terapêutica alicerça disponibilidade de si para o outro promovendo aprendizado e desenvolvimento mútuos (Arantes; Stefanelli; Fukuda, 2017).

Disponibilidade para escuta e a não diretividade devem ser interpretadas aqui como variáveis comunicativas que associadas à produção de um encontro, sob as diretrizes éticas do acolhimento, possibilitou um espaço para o usuário *desabafar* (Subcategoria 4.4). Ou seja, representou uma oportunidade de compartilhar situações de seu cotidiano sem que estejam, necessariamente, relacionadas a alguma condição patogênica. A direção que essa experiência indica discute o distanciamento dos moldes da queixa-conduta, concomitante à ampliação da clínica favorecida pela exploração dos Núcleos Temáticos (ampliação) em detrimento dos Filtros Teóricos (seleciona) instituídos pelo *modus operandi* do modelo biomédico (Campos, 2006).

### **Aromaterapia associada à massagem para o alívio do sofrimento psíquico**

A discussão dos efeitos terapêuticos da aromaterapia no contexto científico tem explorado frequentemente a racionalidade biomédica. Nesse sentido, o uso do óleo essencial de *Lavandula angustifolia* tem sido utilizado para redução de dor e para melhora na qualidade do sono (Kouvalind; Ghadiri; Gorji, 2013), essas indicações terapêuticas se fundamentam pela sua composição química, em destaque para as substâncias linalol e acetato de linalil que foram detectadas em amostras séricas minutos após aplicação tópica (Jager et al., 1992).

Estudo prévio realizado com participantes saudáveis encontrou resultados favoráveis para indicadores neurobiológicos (cortisol salivar, eletroencefalograma e fator neutrófico plasmático) e psicológicos (ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo) em uma intervenção do tipo antes e depois com aromaterapia (óleos essenciais de *Lavandula angustifolia* e *Pelargonium graveolens*, concentração 2% cada) associada à massagem (Wu et al., 2014).

As pesquisas em que aromaterapia foi associada à massagem (Jager et al., 1992; Chien; Cheng; Liu, 2012; Wu et al., 2014) observam que seus efeitos são de curto prazo, isto é, não possuem efeito residual. Isso aponta para o planejamento das intervenções com aromaterapia que devem oferecer ao participante contato frequente com a prescrição aromática. Esse achado corrobora a intervenção realizada nessa pesquisa, uma vez que foi ofertado ao participante a possibilidade de autoaplicação diária do creme aromático durante as oito semanas de duração do acompanhamento.

Em um ensaio clínico com grupo controle, do tipo antes e depois, que participaram mulheres taiwanesas, observou-se que a exposição inalatória durante 20 minutos à *Lavandula angustifolia* na concentração de 0,5%, em uma intervenção de 24 sessões distribuídas em 12 semanas, diminui a insônia. Nesse mesmo estudo, foi verificado por meio da variabilidade da frequência cardíaca, o estímulo do reflexo vagal (parassimpático) e manutenção do tônus simpático (Chien; Cheng; Liu, 2012). Ainda que os resultados sejam congruentes, deve-se considerar particularidades como o método de aplicação da aromaterapia e a prescrição aromática utilizada, fatores que podem ter favorecido a antecipação do resultado sobre a qualidade do sono nos participantes da pesquisa.

Os resultados que se referem à qualidade do sono (manutenção e despertar pela manhã) foi também reportado por uma investigação que envolveu a participação de 19 idosos diagnosticado com demência que viviam em uma instituição de longa permanência no Japão e que foram acompanhados por 20 dias, período da exposição inalatória dos óleos essenciais. Nessa intervenção, os participantes puderam escolher entre três possibilidades de prescrição aromática, conforme a predileção pessoal: *Lavandula angustifolia*, *Lavandula angustifolia* associada a *Citrus aurantium* var. *Dulce*, e *Chamaecyparis obtusa*, *Juniperus virginiana*, *Cupressus sempervirens* e *Pinus sylvestris* (Takeda; Watanuki; Koyama, 2017).

O repertório de óleos essenciais indicados insônia é extenso e pode ser um fator que fragiliza a generalização dos resultados. Dentre os referenciais teóricos utilizados nesse estudo, aponta-se que a *Lavandula angustifolia* é o representante mais explorado, pelo tempo em que é aplicado e pela quantidade de ocorrências, para esse desfecho. Outros óleos essenciais incluem: *Citrus aurantium* var *amara*[flos], *Passiflora incarnata*, *Tilia cordata*, *Nigella sativa*, *Chamaemelum nobile*, *Ravensara aromatica*, *Rosa damascena*, *Cananga odorata*, *Origanum marjoranum* (Buckle, 2015). Vale ressaltar que o óleo essencial de *Pelargonium graveolens* não foi identificado como indicação para insônia ou melhora nas condições de sono.

Isso se deve ao fato de que esse óleo essencial possui propriedades terapêuticas reguladoras, o que implica em resgatar o equilíbrio das funções psíquicas ou fisiológicas, dado o grupo funcional éster, representado pela substância citronelil-formato (Stewart, 2006; Price; Price, 2012; Nejad; Ismailic, 2013; Ali et al., 2015). Sua indicação terapêutica inclui efeitos analgésicos, antiinflamatório, antiespasmódico e atuando no enfretamento e aceitação de situações geradoras de tristeza e raiva (Price; Price, 2012).

O relato dos participantes dessa pesquisa quando reportaram a diminuição no nível de dor muscular aguda corrobora com o resultado de uma revisão sistemática com metanálise. Esta analisou 12 estudos que, por sua vez, totalizou uma quantidade de 1019 pacientes

submetidos à intervenção com aromaterapia, cujos óleos mais utilizados foram *Lavandula angustifolia* ou *Zingiber officinale* aplicados em via tópica. A metanálise apontou que aromaterapia tem grande efeito sobre a redução da dor, tendo melhores resultados para dores aguda e de caráter nocicpetivo, comparadas, respectivamente, à crônica e à inflamatória (Lakhan; Schefer; Tepper, 2016).

No cuidado em saúde mental, investigação realizada com usuários que receberam o diagnóstico de Transtornos de Personalidade participaram de uma intervenção utilizando a mesma prescrição aromática desse estudo, contudo na concentração de 0,5% cada óleo essencial. A massagem com aromaterapia foi aplicada por um enfermeiro durante a internação hospitalar em dias alternados por duas semanas, totalizando seis massagens. Os benefícios dessas duas intervenções são próximos no que se refere aos efeitos positivos sobre o bem-estar físico e psicológico, sobre o padrão de sono e no desenvolvimento do relacionamento interpessoal terapêutico entre participante e pesquisador (Domingos; Braga, 2014).

Os óleos essenciais de *Lavandula angustifolia* e *Pelargonium graveolens*, na concentração de 1% cada, possibilitaram a aplicação segura (Montibeler et al., 2018) permitindo que os participantes pudessem explorar seus efeitos para outros fins, distintos do sofrimento psíquico, bem como, compartilhar junto de seus familiares. Dessa forma, a experiência realizada nessa intervenção viabiliza aos profissionais da equipe de saúde a utilização desse recurso terapêutico.

A Subcategoria 2.1 que traz resultados para a ampliação da consciência corporal e da integração físico-emocional é uma achado que resgata a contribuição da massagem como método para aplicação do óleo essencial no uso tópico da aromaterapia. Seus referenciais teóricos advogam que independentemente da causa do adoecimento, a massagem é capaz de apresentar resultados positivos e a via psiconeuroendocrinoimunológica da aromaterapia tem sido explorada para fundamentar, sob o ponto de vista biomédico, esse referencial (Price; Price, 2012).

No contexto internacional, as terapias de integração mente-corpo são pilares que auxiliam na fundamentação dos resultados observados nessa subcategoria. Tratam-se de modalidades que focalizam a integração cérebro, mente, corpo e comportamento, com a intenção de promover a dimensão física e saúde por meio do estímulo mental (NCCAM, 2014). Assim, o toque corporal efetivado pela massagem aplicada pelo pesquisador e automassagem quando da autoaplicação do creme aromático por parte do participante em conjunto com os efeitos dos óleos essenciais podem ter promovido esse efeito. Por fim, estudos internacionais investigando essa modalidade têm apontado resultados favoráveis para os desfechos de sono

(Neuendorf et al., 2015); transtorno cognitivo em idosos (Vasudev et al., 2018) e dor (Theadom et al., 2015).

### **Terapia Floral para o alívio do sofrimento psíquico**

A escassez de publicações científicas aplicando esse recurso terapêutico como modalidade para o cuidado em saúde é eminente. Essa consideração compromete a discussão em torno do uso efetivo e seguro dos Florais de Bach no contexto da saúde, mas traz à baila a clássica controvérsia de submeter determinadas modalidades aos moldes da racionalidade científica cartesiana e da racionalidade biomédica (Tesser, 2010b).

A despeito dessa consideração, a análise dos estudos utilizando Florais de Bach para os desfechos psicológicos e de dor demonstra que o nível de evidência é baixo ou muito baixo devido às limitações metodológicas das pesquisas incluídas em uma revisão sistemática de literatura. Nessa investigação, observou-se ainda que o uso seguro dessa prática é defendida, o que se alinha à experiência dos participantes desse estudo que durante as oito semanas de intervenção não reportaram qualquer efeito colateral atribuído ao uso da terapia floral (Thaler et al., 2009).

Estimulados pelo questionamento sobre qual o perfil de usuários que procura as PICS, uma pesquisa realizada em três países da América Latina (Cuba, Costa Rica e Chile) observaram que opiniões positivas em torno da terapia floral têm associação com três variáveis: acesso prévio à informação sobre a modalidade, espiritualidade e anos de estudos. Com base em um modelo teórico, aponta-se que usuários com mais anos de estudos e desenvolvimento espiritual, quando recebem informações sobre florais de Bach, desenvolvem opiniões positivas sobre essa prática. Dentre os participantes que compuseram a amostra, 67% relataram terem recebido alguma informação e uma porcentagem de 68,4% declararam terem utilizado florais de Bach (Rodríguez-Martín, 2017).

Desfechos psicológicos (ansiedade e depressão), sintomas de menopausa e padrão de sono foram favorecidos com o uso da terapia floral por um período de quatro meses. Nesse relato de caso, realizado no estado de São Paulo que contou com a participação de uma mulher de 53 anos, utilizaram-se as essências florais Agrimony (*Agrimonia eupatoria*), Chestnut Bud (*Aesculus hippocastanum*), Gentian (*Gentiana amarella*), Larch (*Larix decidua*), Olive (*Olea europea*), Walnut (*Juglans regia*), e Cherry Plum (*Prunus cerasifera*). A melhora observada em todos os desfechos, inclusive na polissonografia, encaminha à especulação da causalidade



reversa dos resultados, isto é, o padrão de sono melhorou influenciando nos demais desfechos psicológicos ou vice-e-versa (Siegler et al., 2017).

Embora, os resultados sobre percepções de melhora no padrão de sono foram observados pelos participantes que fizeram uso da aromaterapia, dentre aqueles que estavam em uso de terapia floral foi observado uma melhora na disposição para as tarefas cotidianas com implicações sobre a saúde física (Subcategoria 3.1), situação essas que se aproximam dos resultados apresentados pela pesquisa descrita no parágrafo anterior (Siegler et al., 2017).

Foi encontrado um único estudo qualitativo abordando a experiência do participante durante uma intervenção com terapia floral para ansiedade de indivíduos com sobrepeso e obesidade. A fórmula floral foi utilizada por um período de trinta dias e foi composta de Cherry Plum (*Prunus cerasifera*), Chicory (*Chicorium intybus*), Crab Apple (*Malus sylvestris*), Impatiens (*Impatiens glandulifera*), Pine (*Pinus sylvestris*) e White Chestnut (*Aesculum hippocastanum*). As categorias qualitativas encontrada nessa pesquisa se aproximam dos resultados observados na experiência dos usuários em sofrimento psíquico no contexto da ESF no que se refere à busca por experiências não farmacológicas (Subcategoria 4.5), percepção do outro sobre as modificações pessoais (Subcategoria 4.1), desenvolvimento da autoconsciência (Subcategoria 3.1) (Pancieri et al., 2018; Pancieri, 2018).

As temáticas similares observada na experiência dos participantes alinham-se aos pressupostos teóricos da terapia floral enquanto uma modalidade de busca para o autoconhecimento como estratégia central para recuperação, manutenção e promoção da saúde, tendo em vista que, sob esse referencial, o adoecimento surge de uma desconexão da consciência de si, do outro e do propósito de vida (Kaminski; Kaminski, 2003; Bach, 2006; Barnard, 2016). Nessa direção, o gesto das cinco flores que compõem o *Rescue Remedy* auxilia na interpretação das subcategorias que emergiram da intervenção com a terapia floral e discute o percurso perceptivo realizado pelos participantes na busca pelo autoconhecimento.

No que se refere aos grupos de atuação segundo a dimensão emocional, a Cherry Plum (*Prunus cerasifera*) classifica-se para aqueles que sentem medo e constitui ao grupo dos 19 complementares (últimos a serem propostos no Sistema Bach). Seu gesto informa o medo de perder o controle sobre as emoções levando o sujeito a tomar atitudes impulsivas que possam prejudicar aos que estão em seu entorno, nesse cenário, a busca da pessoa Cherry Plum está relacionada a uma mente calma, resgatando a sabedoria de que dentro de si está toda a verdade (Wei et al., 2011; Barnard, 2016).

Alinhado à clareza mental, encontra-se a Rock Rose (*Helianthemum nummularium*), compreendida no mesmo grupo emocional, mas inserida anteriormente no

sistema Bach – Doze curadores. A busca dessa flor indica para coragem e clareza mental, uma vez que a pessoa Rock Rose foi acometida por uma situação grave e súbita que lhe provocou dificuldade de reagir emocional e fisicamente ao ocorrido. É conhecido como remédio da salvação (Wei et al., 2011; Barnard, 2016).

Uma terceira flor que auxilia nos aspectos que compõem o *Rescue Remedy*, é a Clematis (*Clematis vitalba*), as pessoas que se identificam pelo gesto dessa essência floral têm dificuldade de pensar e viver no presente, por isso, compõe o grupo emocional para o desinteresse nas circunstâncias atuais e buscam ampliar a atenção no presente, retomando o enfretamento da realidade para a aquisição de experiência e conhecimento (Wei et al., 2011; Barnard, 2016).

Essa tríade auxilia o processo de validação do percurso perceptivo constituído pelos participantes dessa pesquisa. As Subcategorias 3.1 - Autoconsciência e reconhecimento das emoções e dos padrões pessoais, 3.2 – Tomada de decisões pessoais, 3.3 – Melhora nas condições física e disposição e 4.6 – Interrupção ou diminuição do uso de psicofármacos, todas refletem gestos que indicam identificação das emoções e dos sentimentos, reconhecimento da ansiedade por antecipação, reencantamento do presente, clareza nas decisões pessoais e enfretamento concreto das situações críticas.

Uma quarta essência floral que compõem o *Rescue Remedy*, é a Star of Bethlehem (*Ornithogalum umbellatum*) que foi incorporada ao Sistema Bach juntamente com Cherry Plum, no grupo dos dezenove complementares; quanto ao grupo emocional, destina-se para aqueles que sentem desânimo ou desespero. O gesto dessa essência identifica pessoas que vivem extremamente angustiadas sob circunstâncias de intensa infelicidade, incapazes de romperem com essa realidade, indicando apego às situações infelizes do passado e recusa ao consolo. Sua busca aponta para a disponibilidade de estar no mundo compreendendo a essência do propósito e diferenciando as influências externas que podem desviar seu percurso (Wei et al., 2011; Barnard, 2016).

No tocante à disponibilidade e à aceitação, quinta flor do *Rescue Remedy*, está a Impatiens (*Impatiens glandulifera*) que faz parte do grupo dos doze curadores para aqueles que sentem solidão. Isso deve ao fato de que as pessoas Impatiens são rápidas em raciocínio e atitudes obtendo dificuldades para lidar com pessoas de ritmos diferentes, quando não conseguem tornar o próximo mais ágil, isolam-se. Em relação à solidão, observa-se uma outra perspectiva das pessoas Clematis, que evitam o contato com as pessoas ao seu redor por não compartilharem da realidade em que estão inseridas (Wei et al., 2011; Barnard, 2016).

Os gestos dessas duas últimas flores são observados no percurso perceptivo dos participantes durante o uso da terapia floral, identificam-se as Subcategorias 3.1 - Autoconsciência e reconhecimento das emoções e dos padrões pessoais, 3.4 – Implicações sobre as relações afetivas conjugais e 4.2 – Relações interpessoais para o autodesenvolvimento. Entre os núcleos de sentido corroborados nos gestos florais estão a aceitação o movimento do outro para lidar com a dinâmica familiar em conjunto, aceitar as necessidades do outro para estabelecer uma relação de respeito mútuo e abrir-se para o reconhecimento das necessidades do outro.

### **Contribuições para Saúde e Enfermagem: assistência, ensino e pesquisa**

No que se refere à assistência, os resultados dessa pesquisa apresentaram uma intervenção que explorou dois recursos terapêuticos distintos institucionalizados no SUS por meio da PNPIC (Brasil, 2006, 2018). Reforça esse arcabouço legal, o fato de que o COFEN autoriza os profissionais de Enfermagem de nível superior, sob a formação de especialização, a atuarem com determinadas modalidades de PICS (COFEN, 2018b). Essa possibilidade legal favorece a pluralização do cuidado com ferramentas que irrompem o modelo biomédico e a medicalização, aproximando a atuação da ampliação da clínica. Nesse sentido, a aposta na micropolítica do trabalho em saúde advoga pelo resgate de tecnologias leves e leve-duras (Merhy, 2007) para reverter o modelo de atenção à saúde.

A inserção das PICS na ESF tem a potência de catalisar a mudança do modelo de atenção à saúde por meio da reconfiguração do cuidado. Dentre os resultados da etapa exploratória, um dos mais proeminentes se referiu a incorporação do modelo biomédico nas práticas de cuidado sendo responsável por mobilizar os saberes dos trabalhadores e dos usuários, bem como, de configurar diversos níveis de regulação do acesso. Reconhecer, por meio de experiências concretas ou a partir da prática, outras racionalidades no alicerce da assistência favorece a concretização do modelo substitutivo.

É também a partir da prática e com apoio de estratégias de formação que outras ferramentas para o cuidado podem ser incorporadas no cardápio de ofertas dos trabalhadores. Na horizontalidade dessa lacuna de formação, apontou-se para a importância de pluralizar as ferramentas terapêuticas dos trabalhadores da área da saúde para que identifiquem outras possibilidades de cuidado para o sofrimento psíquico do usuário. No rumo dessa contribuição, diversos estudos têm apontado o interesse crescente dos trabalhadores quanto ao uso, mesmo

que com desconhecimento relativo sobre as PICS, e a satisfação dos usuários em relação ao consumo de diferentes modalidades terapêuticas (Carvalho; Nogueira, 2017; Tesser; Souza, 2018). Os recursos terapêuticos aplicados nessa investigação; aromaterapia, terapia floral em associação ao relacionamento interpessoal terapêutico, representaram uma possibilidade concreta de operacionalização incorporada ao serviço de saúde.

Outra alternativa para essa ampliação, é o espaço da graduação das profissões que compõem a equipe de saúde. A implantação de disciplinas abordando a temática da PICS é o alicerce de hibridização formativa dos trabalhadores da área da saúde. O caminho para essa estratégia deve ser trilhado com cautela, segurança e responsabilidade, na horizontalidade de conhecimentos consistentes e confiáveis resgatando elementos socialmente excluídos da prática de cuidado com a ciência científica. Iniciar com estratégias informativas considerando as concepções dos estudantes é um primeiro passo para a formação de opinião para, em seguida, iniciar oferta de cursos ou disciplinas específicos de PICS e de racionalidades médicas (Barros; Siegel; Otani, 2011; Salles; Homo; Silva, 2014). Independentemente do momento em que a estratégia de formação for implementada, inicial ou continuada, seus impactos sobre a assistência deverão ser esperados em médio e longo prazos (Schmidt et al., 2017), situação que direcionada para a persistência e continuidade desse tipo de intervenção.

No campo da produção do conhecimento, esse estudo contribuiu para operacionalização de pesquisas cuja a produção dos dados sejam construídos com múltiplas estratégias de apreensão e de relação da e com a realidade. Dessa forma, os referenciais da microsociologia (Lapassade, 2005) e da pesquisa clínica-qualitativa (Turato, 2013) mostraram-se complementares e contíguos, facilitando a inserção do pesquisador em um contexto onde não se inseria anteriormente à intervenção, bem como, a sistematicidade da oferta de aromaterapia e terapia floral. Nesta última etapa, deve-se ressaltar as contribuições que as pesquisas na área da Enfermagem tendo como objeto de estudo as Relações Interpessoais (Peplau, 1992), a Comunicação Interpessoal em Saúde (Silva, 2011); as estratégias de Comunicação Terapêutica (Stefanelli; Carvalho, 2012) e a Competência em Comunicação (Braga; Silva, 2007, 2010), em conjunto, representaram para conduzir a ampliação da clínica.

### **Limitação do Estudo**

O modo como a oferta dos recursos terapêuticos foi operacionalizada na ESF pode ser considerado uma limitação desse estudo, uma vez que correspondeu a entrada do

pesquisador em um serviço da ABS para disponibilização exclusiva de aromaterapia e terapia floral. Nessa organização, observa-se pouca integração com o processo de trabalho do serviço, ainda que o acesso dos usuários às modalidades ocorra de maneira aberta ou referenciada pelos trabalhadores da USF, e exige acréscimo de recursos humanos, situação limitante dado o subfinanciamento crônico que acomete historicamente o SUS. Há um estudo na literatura nacional observando que a conformação ideal para integrar as PICS aos serviços da ABS se dá por meio de profissionais inseridos no matriciamento em associação com profissionais lotados nas equipes fixas das unidades de saúde, ambos operando PICS de forma híbrida com a prática biomédica, portanto, complementares entre si (Sousa; Tesser, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Na experiência dessa pesquisa, a produção de dados, sua análise, interpretação e discussão permitem afirmar que a oferta de Aromaterapia e Terapia Floral, associada ao Relacionamento Interpessoal Terapêutico, possibilitou reconfigurar o cuidado ao sofrimento psíquico de usuários em uso crônico de psicofármacos no contexto da ESF. Dessa forma, considera-se alcançado o objetivo central da investigação.

Em função desse objetivo, condicionou-se um outro, anterior, destinado a compreender a dinâmica do cuidado oferecido para os usuários e seu conseguimento se deu na inserção do pesquisador como membro da equipe desenvolvendo a possibilidade de olhar o fenômeno a partir de seu interior e incorporar-se à realidade para que os recursos terapêuticos, Aromaterapia e Terapia Floral, atendessem com coerência as necessidades dos sujeitos.

Da dinâmica de cuidado, o modelo biomédico emergiu como racionalidade central mobilizando a organização do processo de trabalho e os trabalhadores tanto em seus posicionamentos institucionais quanto instituintes. Assim, no que se refere aos reflexos desse modelo na dimensão organizacional, a burocratização e a fragmentação foram temas que atravessaram o trabalho em saúde, onde os mecanismos de regulação do acesso e a disjunção das noções temporais dos atores foram itens discutidos que avançaram na produção de conhecimento sobre o modelo de atenção na ESF. Além dessa produção de saber, a ratificação de outras problemáticas: processo de trabalho voltado para a produção do cuidado individual padronizado, fragilidade no entendimento e inclusão dos determinantes sociais de saúde, ênfase no aparato hospitalar tecnológico e afunilamento do acesso por meio das ações programáticas, que capturam cronicamente o trabalho vivo em saúde.

O reflexo dessa racionalidade na dimensão instituinte foi identificado, em última instância, na restrição das ações oferecidas aos usuários em sofrimento psíquico no contexto da ABS cerceadas na medicalização e medicamentação. A historicidade do local de estudo, verificada por meio da análise documental, foi estratégia metodológica importante para compreender a impregnação do modelo biomédico na relação estabelecida entre trabalhador e usuário. Nesse sentido, a observação participante foi outra estratégia que permitiu reconhecer o modo como estabelecer contato com o usuário, entendimento que indicou a predominância da queixa-conduta nos espaços de produção de cuidado dual e coletivo.

A complexidade do contexto e a experiência prévia dos trabalhadores nas temáticas do cuidado em saúde mental e PICS levaram à organização da oferta de Aromaterapia e Terapia

Floral para usuários em sofrimento psíquico e uso de psicofármacos. Com auxílio, empenho e interesse de todos os trabalhadores da equipe de saúde, os usuários foram convidados ao uso complementar das referidas modalidades junto ao tratamento com os psicofármacos.

As concepções dos usuários que aceitaram participar da intervenção representaram mais uma peça chave para compreender a dimensão da racionalidade biomédica para fora dos espaços de produção do cuidado, uma vez que a prática discursiva do usuários na elaboração do seu sofrimento por vezes foi alinhada aos saberes da biomedicina em sincretismo com o saber leigo. Cada usuário representou em si um caleidoscópio de entendimentos que justificam o uso e a manutenção da medicamentação.

Aromaterapia associada ao Relacionamento Terapêutico, aplicada topicamente, durante oito semanas, com os óleos essenciais de *Lavandula angustifolia* e *Pelargonium graveolens* demonstrou como resultados maior integração mente e corpo, favoreceu padrão de sono, diminuiu dor muscular aguda e facilitou as relações interpessoais dos participantes em sua rede social, segundo à experiência do participante.

Terapia Floral associada ao Relacionamento Terapêutico com as essências florais do *Rescue Remedy* por um período de oitos semanas foi percebida pelos participantes como promotora de autoconsciência que favoreceu o reconhecimento de suas emoções, identificação de padrões pessoais e facilitou o processo de tomada de decisões. Após essa percepção, a melhora na dimensão física e na disposição foram percebidas, bem como, nas relações íntimas conjugais.

Em conjunto, as duas modalidades em associação ao recurso relacional desempenharam benefícios nas relações interpessoais dos participantes que se disponibilizaram a perceber o outro em suas experiências comunicativas, resgatando a importância da relação humano-humano para o autodesenvolvimento. Os encontros organizados para compreender a experiência do participante durante o uso da modalidade foram guiados pelas estratégias de Comunicação Terapêutica e por isso, representaram um espaço onde as narrativas de si puderam ser elaboradas e a educação em saúde pode ser exercitada para desenvolvimento de estratégias não medicalizadoras para lidar com o sofrimento e para conhecer os psicofármacos. Por fim, a experiência de parte dos usuários foi decidir por reduzir ou interromper o uso de psicofármacos, situação que indica autonomia do usuário e compartilhamento da responsabilidade do cuidado.

A síntese da experiência dessa pesquisa demonstra que as práticas de cuidado em saúde na ABS estão em um processo de transição entre dois modelos que, pela lógica da binaridade se excluem, não se complementam, isso permite afirmar que o modelo que se espera para o cuidado no território, propostos pelo arcabouço da ABS e da Reforma Psiquiátrica, está



timidamente sendo operacionalizado nas práticas de saúde. Nessa discussão, deve-se considerar que sob o modelo biomédico estão séculos de desenvolvimento técnico e científico, de modo que, sua subversão (se possível) não se dará com poucas quatro décadas de história – tomando como referência temporal os movimentos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Esse cenário identifica um sintoma da micropolítica do trabalho em saúde: as propostas políticas de inovação nesse campo construídas com o empenho severo da sociedade, que injetaram mudanças nas últimas duas décadas do século XX e nos primeiros anos do século XXI (até meados de 2016), mostraram-se potentes, mas incipientes para impactarem na desconstrução do modelo de atenção vigente. Assim, o desmantelamento do arcabouço político ou seu retrocesso ameaça os avanços atribuídos ao SUS. Indica também um aprendizado: o modelo biomédico em seu alicerce estrutural e filosófico possui um potencial de captura de outros saberes, portanto, a lógica da complementaridade e complexidade são imperativos para integrar saberes e práticas no cuidado em saúde.

As PICS não estão imunes à captura pela lógica biomédica, diante disso, a defesa intransigente da Relação Terapêutica como elemento estratégico e substância imperativa para a oferta de modalidades identificadas como integrativas e complementares. Nessa pesquisa, as estratégias da Comunicação Terapêutica, conforme são propostas por referências teóricas da Enfermagem, facilitaram o processo de produção de dados da fase clínico-qualitativa por atuarem como diretrizes da postura epistêmica e clínica do pesquisador durante a oferta da Aromaterapia e Terapia Floral.

A comunicação não verbal, como estratégia metodológica, possibilitou a apreensão de diversas mensagens ora contraditórias, ora complementares, quando associadas à comunicação verbal (caráter psicolinguístico e psicobiológico da linguagem humana). Essa percepção foi importante para etapa exploratória, pois, durante a produção de dados, a percepção de contradições entre os canais comunicativos provocaram no pesquisador um posicionamento investigativo em busca de desvelar o contexto em que a contradição foi observada. Por sua vez, na fase clínico-qualitativa, a habilidade e a percepção acerca da comunicação não verbal oportunizaram produzir um espaço de confiança e livre de julgamento em que as experiências pessoais pudessem ser considerados nos seus ditos e não ditos.

Os benefícios resultantes da oferta dos recursos terapêuticos foram significativos para as relações interpessoais dos participantes e destes com o pesquisador. Reitera-se a indissociabilidade entre as PICS e o Relacionamento Terapêutico, representado como substância fundamental do cuidado em saúde sob os arranjos tecnológicos leve e leve-duro. Possibilitou uma experiência clínica dual onde os recursos terapêuticos mostraram-se

favoráveis tanto no uso único, quanto potencializando-se e avançam na experiência da clínica das PICS da ABS tanto da ótica do usuário quanto do pesquisador, compreendido nessa altura como um trabalhador da saúde.

A perspectiva qualitativa correspondeu a intencionalidade metodológica de alinhar a inovação e incorporação das PICS na ABS. Múltiplos recursos de coleta de dados foram úteis para a apreensão em profundidade da realidade em que o pesquisador se propunha mergulhar para construir a intervenção. A organização desses procedimentos alinhados aos referenciais metodológicos atendeu aos objetivos do estudo e os resultados encontrados indicam e direcionam o desenvolvimento de outras pesquisas que constituirão a produção de conhecimento em ABS, AP e PICS.

## **REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

Abreu TKF, Amendola F, Trovo MM. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 24 Jan 2019];70(5):981-987. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=en&nrm=iso&tlng=en) doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.

Agarwal V. Breaking Boundaries: complementary and alternative medicine provider framing of preventive care. *Qual Health Res* [Internet]. 2017 [citado 16 Jan 2019];27(13):907-1909. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732317723891> doi: <https://doi.org/10.1177/1049732317733721>.

Agarwal V. Re-conceptualizing pain through patient-centred care in the complementary and alternative medicine therapeutic relationship. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 [citado 16 Jan 2019];74:2406-15. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13734> doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13734> .

Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. The production of care in the routine of family health teams. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 3 Jan 2019];71 Suppl 6:2659-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001202659&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202659&lng=en&tlng=en) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>.

Ali B, Al-Wabel NA, Shams S, Ahamad A, Khan SA, Anwar F. Essential oils used in aromatherapy: a systemic review. *Asian Pac J Trop Biomed* [Internet]. 2015 [citado 3 Jul 2017];5(8):601-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.007>.

Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 13 Ago 2016];28(3):385-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200017) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>.

Almeida PF. Primary health care in Brazil and the 40 years of Alma-Ata: acknowledging the challenges in order to move forward. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 3 Out

2018];34(8):e00136118. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lng=pt)  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136118>.

Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 4a ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008. p. 223-42.

Amado DM, Rocha PRS, Ugarte OA, Ferraz CC, Lima MC, Carvalho FFB. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. J Manag Prim Heal Care [Internet]. 2017 [citado em 18 jan 2019]; 8(2):290-308. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/537/581>

Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Arantes EC, Stefanelli MC, Fukuda IMK. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. In: Fukuda IMK, Stefanelli MC, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. 2.ed. Barueri: Manole, 2017. Cap 21. p.378-400.

Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA, Bellato R, Lucietto GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2013 [citado 15 Maio 2018];15(3):53-61. Disponível em:  
<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6326> doi: <https://doi.org/10.21722/rbps.v15i3.6326>.

Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da saúde mental no âmbito da ESF: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Physis [Internet]. 2011 [citado 13 Ago 2016];21(2):541-60. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000200011&script=sci\\_abstract&lng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000200011&script=sci_abstract&lng=p)  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200011>.

Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Cad Saúde Colet [Internet]. 2014 [citado 11 Jan 2019];22(1):62-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00062.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010010>.

Arruda APCCBN. Efetividade dos florais de Bach no bem estar espiritual de estudantes universitários: Ensaio clínico randomizado duplo cego [tese] [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2012 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106069/arruda\\_apccbn\\_dr\\_botfm.pdf;sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106069/arruda_apccbn_dr_botfm.pdf;sequence=1)

Azevedo LJC. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. CES Psicol [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];11(2):1-12. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v11n2/2011-3080-cesp-11-02-00001.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.11.2.1>.

Bach E. Terapia Floral: escritos selecionados de Edward Bach. Tradução: Zarzana SB, Venancio D (Org.). 11.ed. São Paulo: Ground, 2014.

Barbosa JF, Silva MAS. Aromaterapia clínica: uma revisão sistemática. Cad Naturol Terap Complem [Internet]. 2018 [citado em 18 jan 2019];7(13):61-71. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/6763> DOI: <http://dx.doi.org/10.19177/cntc.v7e13201861-71>

Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, Van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatr [Internet]. 2011 [citado 6 Jan 2019];198(1):11-6. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/efficacy-of-antidepressants-and-benzodiazepines-in-minor-depression-systematic-review-and-metaanalysis/06F034D5E7D16B62F30F0C95C0FCAB45> doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076448>.

Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

Barnard J. Reflexões com as flores de Bach: imagens e pensamentos. São Paulo: Blossom; 2016.

Barros LCN, Oliveiral ESF, Hallais JAS, Barros NF. Os sentidos das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde para gestores do serviço. Atas CIAQ [Internet]. 2018 [citado 15 Jan 2019];2(2018):1049-57. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1878/1828>

Barros NF, Siegel P, Otani MAP. O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.

Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];42 n spe 1:163-73. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0163.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0163.pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S111>.

Barroso SM, Silva MA. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2011 [citado 13 Ago 2016];21(1):66-78. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008)

Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. The burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global burden of disease study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 17 Jun 2018];20 Suppl 1:191-204. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/191-204> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>

Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [citado 7 Jan 2019];38(3):195-201. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/195-201>

Borges TL, Miasso AI, Vedana KGG, Telles Filho CPP, Hegadoren KM. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [citado 6 Jan 2019];28(4):344-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307040999009.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500058>.

Braga SM, Silva MJP. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [citado em 24 Jan 2019];20(4):410-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400004>

Braga SM, Silva MJP. How Communication experts express communicative competence. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [Internet]. 2010 [citado em 24 Jan 2019];14(34):529-38. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832010000300005&script=sci\\_arttext#ModalArticles](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832010000300005&script=sci_arttext#ModalArticles)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990. p. 018055.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 12 Jun 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 340 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 19 Jun 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971/2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 4 Maio 2006;Seç 1:20-5 [citado 19 Jun 2017]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a [citado 19 Jun 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial [Internet]. Brasília: Conselho Nacional



de Saúde, Ministério da Saúde; 2010b [citado 19 Jun 2017]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_final\\_ivcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a [citado em 12 Jan 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n.º 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [citado em 12 de Jan 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 12 Jul 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [citado em: 22 de nov 2018]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 18 Jan 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental [Internet]. Brasília, 2015 [citado em 19 Jan 2019]. 48p. Disponível em

[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 11 Fev 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 553, de 9 de agosto de 2017. Aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a [Internet]. Acesso em: 18 de jan 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 145/2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Diário Oficial da União [Internet]. 13 Jan 2017b;Seç 1:32-4 [citado 1 Jun 2018]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=32&data=13/01/2017>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017c [citado 17 Jun 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018a. 180 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 702/2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC [Internet]. Diário Oficial da União. 21 Mar

2018b;Seç 1, p. 34-40 [citado 1 Jun 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)

Buckle J. Clinical aromatherapy: essential oils in healthcare. 3a ed. Elsevier: United States; 2015.

Calvo Sanz JM, Martínez Carné MC, García Tiscar E. Tratamiento de los trastornos depresivos en atención primaria con terapia floral. Med Nat [Internet]. 2006 [citado 23 Jan 2017];6:442-9. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1959997.pdf>

Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];71 Suppl 5:2101-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>.

Campos Junior A, Amarante PDC. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2017];23(4):425-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-425.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040226>.

Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [citado 17 Jun 2018];16(12):4643-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>.

Campos WGS. Saúde paideia. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos WGS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e a reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos WGS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. Cap. 2, p. 41-80.

Carvalho JLS, Nogueira MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na atenção básica. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [citado 15 Jan

2019];38(4):e2017-0014. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0014.pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>.

Carvalho LF, Dimenstein M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. *Interações* [Internet]. 2003 [citado 8 Jan 2019];8(15):37-64. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v8n15/v8n15a03.pdf>

Cavalcante DM. Medicamentos psicotrópicos: concepções do uso a partir das perspectivas do usuário, do familiar que cuida e profissional que o utiliza como recurso de cuidado, no contexto da atenção básica [dissertação] [Internet]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe; 2017 [citado 8 Jan 2019]. Disponível em: [https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7786/2/DEISILUCE\\_MIRON\\_CAVALCANTE.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7786/2/DEISILUCE_MIRON_CAVALCANTE.pdf)

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8a ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 117-30.

Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo"? *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [citado 10 Dez 2018];21(2):280-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>.

Cecílio LCO, Reis AAC. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 3 Out 2018];34(8):e00056917. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00056917>.

Cecílio LCO, Carapineiro G, Andreazza R. *Os mapas do cuidado: o agir leigo da saúde*. São Paulo: Hucitec: FAPESP; 2014.

Cecílio LCO, Aciole GG, Meneses CS, Iriart CB. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar* [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005a. Parte II, p. 63-74 [citado 13 Jan 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao\\_Saude\\_4.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao_Saude_4.pdf)

Cecílio LCO, Aciole GG, Meneses CS, Iriart CB. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005b. Parte II, p. 75-140 [citado 13 Jan 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao\\_Saude\\_4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao_Saude_4.pdf).

Chammas L. Formação Blossom: terapia floral: introdutório. São Paulo: Blossom Educação em Terapia Floral; 2016.

Chaves-Neto G, Braga JEF, Alves MF, Pordeus LCM, Santos SG, Scotti MT, et al. Anxiolytic effect of *Citrus aurantium L* in crack users. Evid Based Complementary Altern Med [Internet]. 2017 [citado 2 Dez 2017];2017:7217619. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2017/7217619/cta/> doi: <https://doi.org/10.1155/2017/7217619>.

Chen MC, Fang SH, Fang L. The effects of aromatherapy in relieving symptoms related to job stress among nurses. Int J Nurs Pract [Internet]. 2015 [citado 9 Out 2016];21:87-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238073> doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12229>.

Chiaverini DH. Guia de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Chien LW, Cheng SL, Liu CF. The effect of lavender aromatherapy on autonomic nervous system in midlife women with insomnia. Evid Based Complementary Altern Med [Internet]. 2012 [citado 7 Jan 2019];2012:740813. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/740813/> doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/740813>.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária a Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 6 Fev 2015];24 Sup1:7-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300002&script=sci_abstract&lng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 1997 [citado 26 Jun 2018]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997\\_4253.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html)

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-500/15. Revoga, expressamente, a Resolução Cofen nº 197, de 19 de março de 1997, a qual dispõe sobre o estabelecimento e reconhecimento de Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2015 [citado 15 Jul 2018]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05002015\\_36848.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05002015_36848.html)

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-577/18. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades [Internet]. Brasília: COFEN; 2018a [citado 15 Jul 2018]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-577-2018\\_63569.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-577-2018_63569.html)

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-581/18. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós - Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades [Internet]. Brasília: COFEN; 2018b [citado 15 Jul 2018]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018\\_64383.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html)

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-599/18. Aprova a norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria [Internet]. Brasília: COFEN; 2018c [citado 15 Jan 2019]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018\\_67820.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html).

Cozin S. Idosos e Florais de Bach: em busca do restabelecimento da auto-estima [dissertação] [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009 [citado 23 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-11012010-120308/>

D'Angelo R. Aromatherapy. In: Shannon S, editor. Handbook of complementary and alternative therapies in mental health. New York: Academic Press; 2002.

Daniel MAI, Soratto MT, Ceretta LB, Schwalm MT, Zimmermann KCG, Dagostim VS. A terapia floral no controle do estresse ocupacional. *Rev Saúde.Com* [Internet]. 2013;9(1):33-43 [citado 23 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/286>

Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2a ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.

Domingos TS, Braga EM. Massagem com aromaterapia: efetividade sobre a ansiedade de usuários com transtornos de personalidade em internação psiquiátrica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado 12 Mar 2016];49(3): 450-6. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103231> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300013>.

Domingos TS. Massagem com aromaterapia e sua eficiência para o usuário em internação psiquiátrica [dissertação] [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014a [citado 19 Jun 2018]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/110501>

Domingos TS, Braga EM. Meaning of aromatherapy massage in mental health. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014b [citado 14 Set 2018];27(6):579-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000600579&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600579&lng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400094>.

Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Esmeraldo Filho CD, Queiroz DM. Tensão entre modelo biomédico e Estratégia Saúde da Família: concepções dos trabalhadores de saúde. *Rev APS* [Internet]. 2017 [citado 14 Jan 2019];20(1):98-106. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2710>

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado 14 Jan 2019];20(6):1869-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

Folley H, Steel A. Patient perceptions of clinical care in complementary medicine: A systematic review of the consultation experience. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017 [citado em 24 Jan 2019];100(2):212-23. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399116304438?via%3Dihub> doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.015>

Forte ECN, Pires DEP, Scherer MDA, Soratto J. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na atenção básica? *Tempus Actas Saúde Colet* [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];11(2):53-68. Disponível em:  
<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2338/1777> doi:  
<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2338>.

Freitas F, Amarante P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

Fusco SFB. Efetividade da terapia floral na ansiedade de adultos com sobrepeso e obesidade: ensaio clínico randomizado e controlado [tese] [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2018 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em:  
[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153773/fusco\\_sfb\\_dr\\_bot.pdf?sequence=3](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153773/fusco_sfb_dr_bot.pdf?sequence=3)

Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [citado 13 Ago 2016];18(1): 213-20. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100022>.

Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

Gnatta JR, Piason PP, Lopes CLBC, Rogenski NMB, Silva MJP. Aromatherapy with ylang ylang for anxiety and self-esteem: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 27 Maio 2017];48(3):492-9. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000300492&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300492&lng=en) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300015>.

Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Silva MJP. Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [2019 Jan 18];50(1):127-33.



Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007430> DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>

Gomes MPC, Merhy EE. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 6 Feb 2015]; 30(3):623-32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.

Halberstein R, DeSantis L, Sirkin A, Padron-Fajardo V, Ojeda-Vaz M. Healing with Bach® flower essences: testing a complementary therapy. *Complement Health Pract Rev* [Internet]. 2007 [citado 17 Jan 2014];12(1):3-14. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1533210107300705> doi: <https://doi.org/10.1177/1533210107300705>.

Han X, Gibson J, Eggett DL, Parker TL. Bergamot (*Citrus bergamia*) essential oil inhalation improves positive feelings in the waiting room of a mental health treatment center: a pilot study. *Phytother Res* [Internet]. 2017 [citado 2 Dez 2017];31(5):812-6. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ptr.5806> doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ptr.5806>.

Heidegger M. La esencia del habla. In: De camino al habla. Barcelona: Edicionaes del Serbal; 1987.

Helman C. Cultura, saúde e doença. 5a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2009 [citado 6 Fev 2015];14(1):297-305. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

Hirdes A. Apoio matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];42(118):656-68. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n118/656-668> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811809>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 6 Fev 2015]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3507506>

Jager W, Buchbauer G, Jirovetz I, Fritzer M. Percutaneous absorption of lavender oil from massage oil. *J Soc Cosmet Chem* [Internet]. 1992 [citado 4 Jul 2017];43:49-54. Disponível em: <http://www.naturalingredient.org/wp/wp-content/uploads/p00049-p00054.pdf>

Kaminski P, Kaminski R. Repertório das essências florais: um guia abrangente das essências florais norte-americanas e inglesas para o bem-estar emocional e espiritual. 3a ed. São Paulo: TRIOM; 2003.

Komori T, Kageyama M, Tamura Y, Tateishi Y, Iwasa T. Anti-stress effects of simplified aroma hand massage. *Mental Illness* [Internet]. 2018 [citado 3 Set 2018];10(1):7619 Disponível em: <https://www.pagepress.org/journals/index.php/mi/article/view/7619> doi: <https://doi.org/10.4081/mi.2018.7619>.

Kouvalind PH, Ghadiri MK, Gorji A. Lavender and nervous system. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2013 [citado 3 Jul 2017];2013:681304. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612440/>

Lakhan SE, Sheaffer H, Tepper D. The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Res Treat* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jan 8];2016:8158693. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192342/pdf/PRT2016-8158693.pdf> doi: <https://doi.org/10.1155/2016/8158693>.

Lapassade G. *As microssociologias*. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.

Machado DKC, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre saúde mental e a atenção primária à saúde. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2013 [citado 6 Fev 2015];21(2):224-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf>

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB, Schneider JF, Olschowsky A. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2012 [citado 6 Fev 2015];4(4): 3105-17. Disponível em: [www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/1897/pdf\\_668](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/1897/pdf_668)

Manion CR, Widder RM. Essentials of essential oils. *Am J Health Syst Pharm* [Internet]. 2017 [citado 23 Jul 2017];74(9):e153-62. Disponível em: <http://www.ajhp.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=28438819> doi: <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp151043>.

Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 [citado 19 Jun 2018];25(4):713-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000400713&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400713&lng=en) doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400005>.

Martín BCR. Esencias florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados. *Rev Cub Invest Biomed* [Internet]. 2012 [citado 17 Jan 2014];31(2):243-52. Disponível em: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol31\\_2\\_12/ibi10212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol31_2_12/ibi10212.htm)

Maust DT, Blow FC, Wiechers IR, Kales HC, Marcus SC. National trends in antidepressant, benzodiazepine, and other sedative-hypnotic treatment of older adults in psychiatric and primary care. *J Clin Psychiatr* [Internet]. 2017 [citado 7 Jan 2019];74(4):e363-71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408458/> doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.16m10713>

Medeiros Filho JSA, Azevedo DM, Pinto TR, Silva GWS. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [citado 7 Jan 2019];31(3):1-12. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7670/pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7670>.

Melo SCC, Santara RG, Santos DC, Alvim NAT. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 6 Fev 2015];66(6):840-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600005&script=sci_abstract) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

Mendes EV. Construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), 2015.

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Miasso AI, Telles Filho PCP, Borges TL, Pereira Júnior AC, Vedana KGG, Shasanmi RO, et al. Quality of life in Brazil's family health strategy: common mental disorders, use of psychotropic drugs and sociodemographic factors. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2017 [citado 7 Jan 2019];31(1):68-72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716301662> doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.005>.

Ministry of Health (UK). Interim report on the future provision of medical and allied services [Internet]. London; 1920 [citado 15 July 2015]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>

Montibeler J, Domingos TS, Braga EM, Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Kurebayashi AK. Effectiveness of aromatherapy massage on the stress of the surgical center nursing team: a pilot study. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado 14 Set 2018];52:03348. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100439&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100439&lng=en) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017038303348>.

Moura DCN, Pinto JR, Martins P, Pedrosa KA, Carneiro MGD. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa de literatura. Sanare [Internet]. 2016 [citado 8 Jan 2019];15(2):136-44. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>

Nascimento MC, Romano VF, Chaza ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. Trab Educ Saúde [Internet]. 2018 [citado 15 Jan 2019];16(2):751-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018000200751&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018000200751&script=sci_arttext&lng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). U.S. Department of Health and Human Services. Complementary, alternative or integrative health. What's in a name? [Internet]. Bethesda: NCCAM; 2016 [citado 29 Jun 2016]. Disponível em: [https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Whats\\_In\\_A\\_Name\\_06-16-2016.pdf](https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Whats_In_A_Name_06-16-2016.pdf)

Nejad AR, Ismaili A. Changes in growth, essential oil yield and composition of geranium (*Pelargonium graveolens* L.) as affected by growing media. *J Sci Food Agric* [Internet]. 2014 [citado 3 July 2017];94(5):905-10 doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jsfa.6334>.

Neuendorf R, Wahbeh H, Chamine I, Yu J, Hutchison K, Osken BS. The effects of mind-body interventions on sleep quality: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2015 [citado 3 July 2017];2015:902708. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/902708/abs/> doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/902708>

Nogueira C. Um olhar sociológico sobre o privilégio epistémico da biomedicina: desconstruindo a metanarrativa. *Saúde Soc* [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];27(4):1019-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1019.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902018180590>.

Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida SA, Almeida LR. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 14 Jan 2019];21(3):e20160040. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n3/pt\\_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n3/pt_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040>.

Oliveira LA. Processos microrregulatórios em uma unidade básica de saúde e a produção do cuidado [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2015. [citado 13 Jan 2019]. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2882713](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2882713)

Oliveira LA, Cecílio LCO, Andrezza R, Araújo EC. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [citado 15 maio 2018];40(109):8-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00008.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610901>

Oliveira RCM. (Entre)Linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (auto)biográfica. Rev Bras Educ Jovens Adultos [Internet]. 2014 [citado 15 Maio 2018];2(4):69-87. Disponível em: <http://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059>

Organization Mundial de la Salud. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990a.

Organization Mundial de la Salud. Declaração de Caracas. Venezuela: OMS; 1990b.

Otani MAP, Barros NF. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo da saúde. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [citado 6 Fev 2015];16(3):1801-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>

Palacio OM, Guevara KR, Palacio AM, Blanco IM, Palacio MM. Eficacia de la terapia floral de Bach contra el estrés académico en estudiantes de primer año de estomatología. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 15 Set 2018];17(9):4064-72. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000900002&lng=ES](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900002&lng=ES)

Pancieri AP. Terapia floral: significado da participação em pesquisa clínica para ansiosos com sobrepeso e obesidade [dissertação] [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2018 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153779/pancieri\\_ap\\_me\\_bot\\_int.pdf?sequence=3](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153779/pancieri_ap_me_bot_int.pdf?sequence=3)

Pancieri AP, Fusco SB, Ramos BIA, Braga EM. Meanings of flower therapy for anxiety in people with overweight or obesity. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 9 Jan 2019];71 Suppl 5:2310-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2310.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2310.pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0044>

Passos E, Barros RB. A construção do campo da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicol Teor Pesqui [Internet]. 2000 [citado 15 Maio 2018];16(1):71-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>.

Pemberton E, Turpin PG. The effect of essential oils on work-related stress in intensive care unit nurses. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2008 [citado 9 Out 2016];22(2):97-102. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18317288> doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.HNP.0000312658.13890.28>

Pennafor VPS, Freitas CHA, Jorge MSB, Queiroz MVI, Aguiar CAA. Práticas Integrativas e o empoderamento da Enfermagem. *REME* [Internet]. 2012 [citado 6 Fev 2015];16(2):289-95. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/531> doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200019>.

Peplau HE. Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nurs Sci Q* [Internet]. 1992 [Citado em 16 Jan 2019];5(1):13-8. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/089431849200500106> DOI: <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>

Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental no município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 6 Fev 2015];25(1):48-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100009) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100009>.

Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [citado 14 Jan 2019];22(4):e20170372. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt\\_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2010. p. 10-36.

Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado 6 Fev 2015];17(3):653-60. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300011&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300011&script=sci_arttext)

Porto MEG. Alterações de propriedades biológicas e físico-químicas da água induzidas por campos magnéticos [dissertação] [Internet]. Campinas: Instituto de Química, Universidade Estadual de Campinas; 1998 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: <http://biq.iqm.unicamp.br/arquivos/teses/vtIs000186799.pdf>

Price S, Price L. Aromatherapy for health. 4th ed. London: Elsevier; 2012.

Ritchie J, Lewis J. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. London: SAGE Publications; 2007.

Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 [citado 6 Jan 2019];18(11):3291-300. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n11/3291-3300>

Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev Saude Publica [Internet]. 2018 [citado 15 Set 2018];52:17. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000051.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000051.pdf) doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>.

Rodríguez del Barrio L, Perron N, Ouellette JN. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 125-51.

Rodríguez-Martín BC, Fallas-Durán M, Gaitskell B, Vega-Rojas D, Martínez-Chaigneau P. Predictors of positive opinion about Bach Flower Remedies in adults from three Latin-American countries: an exploratory study. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2017 [citado 9 Jan 2019];27:52-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388116302195?via%3Dihub> doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.04.002>.

Rosa BPGD, Winograd M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. Psicol Soc [Internet]. 2011 [citado 21 Abr 2015];23(n.sp.):37-44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)



71822011000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>.

Rosa LCS, Campos RTO. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [citado 8 Jan 2019];36(95):648-56. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2012.v36n95/648-656>

Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação de enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [citado 21 Abr 2015];19(4):741-6. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35140/23941> doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35140>.

Salles LF, Silva MJP. Efeitos das essências florais em indivíduos ansiosos. *Acta Paul Enferm* [Internet] 2012 [citado 21 Abr 2015];25(2):238-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a13v25n2.pdf>

Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Amostragem na pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. *Metodologia de pesquisa*. 5a ed. Porto Alegre: Penso; 2013. p. 401-12.

Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [citado 13 Jan 2019];23(3):861-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

Scheffer M. *Terapia Floral do Dr. Bach: teoria e prática*. 12.ed. São Paulo: Pensamento, 2008.

Schimidt MD, Brêtas ACP, Simon BS, Brum DJT, Alberti GF, Bidó MLD, et al. Precarização e fragmentação do trabalho na Estratégia Saúde da Família: impactos em Santa Maria (RS). *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 [citado 11 Jan 2019];15(1):163-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00038.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038>.

Siegler M, Frange C, Andersen ML, Tukif S, Hachul H. Effects of Bach Flower Remedies on menopausal symptoms and sleep pattern: a case report. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2017

[citado 9 Jan 2019];23(2):44-8. Disponível em: [http://alternative-therapies.com/openaccess/articles/effects\\_of\\_bach\\_flower\\_remedies\\_on\\_menopausal\\_symptoms\\_and\\_sleep\\_pattern\\_a\\_case\\_report.html](http://alternative-therapies.com/openaccess/articles/effects_of_bach_flower_remedies_on_menopausal_symptoms_and_sleep_pattern_a_case_report.html)

Silva AL, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2013 [citado 11 Dez 2018];18(1):221-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>

Silva EDC, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema púnico de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 6 Fev 2015];29(11):2186-96. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100006&script=sci_abstract&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00159612>.

Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.

Silva PMC, Costa NF, Barros DRRE, Silva Júnior JA, Silva JRL, Brito TS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. Rev Cuid [Internet]. 2019 [citado 14 Jan 2019];10(1):e617. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/617/1054> doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>.

Soto-Vásquez MR, Alvarado-García PA. Aromatherapy with two essential oils from Satureja genre and mindfulness meditation to reduce anxiety in humans. J Tradit Complement Med [Internet]. 2017 [citado 20 Fev 2018];27(1):121-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198818/> doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcme.2016.06.003>.

Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GG, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2014 [citado 12 Jan 2019];19(4):1283-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.

Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 6 Fev 2015];23(11):2143-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x202001100014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x202001100014&script=sci_abstract&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>.

Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 13 Jan 2019];33(1):e00150215. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>.

Sousa IMC, Hortale VA, Bodstein RCA. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [citado 15 Jan 2019];23(10):3403-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3403.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.23792016>

Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde [Internet], 2002 [citado em 18 Jan 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)

Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos* [Internet]. 2009 [citado 6 Fev 2015];16(2):393-405. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702009000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702009000200007&script=sci_abstract&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>

Souza J, Almeida LY, Luis MAV, Nieves AF, Veloso TMC, Barbosa SP, et al. Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 14 Jan 2019];70(5):935-41. [English, Portuguese]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-0935.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0492>.

Souza J, Katorski LP, Luis MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2011 [citado 1 Set 2018];25(2):221-8. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252> doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5252>.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004 [citado 12 Jun 2018]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2a ed. Barueri: Manole; 2012.

Stewart D. The chemistry of essential oils made simple: god's love manifest in molecules. Missouri: Care Publications; 2006.

Takeda A, Watanuki E, Koyama S. Effects of inhalation aromatherapy on symptoms of sleep disturbance in the elderly with dementia. Evid Based Complement Alternat Med [Internet]. 2017 [citado 3 July 2018];2017:1902807. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5376423/pdf/ECAM2017-1902807.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/1902807>.

Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2009 [citado 6 Fev 2015];14(2):477-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200016&script=sci_abstract&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saude Debate. 2003;27(65):257-77.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Hist Ciênc Saúde - Manguinhos [Internet]. 2002 jan./abr. [citado em 19 Jan 2019];9(1):25-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado 6 Fev

2015];23(8):1732-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800009&script=sci_abstract&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>

Tesser CD. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a Saúde Coletiva e o SUS. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010a. p. 77-100.

Tesser CD. Medicinas complementares: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura). São Paulo: Editora UNESP; 2010b.

Tesser CD, Luz M. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2008 [citado 6 Feb 2015];13(1):195-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf> doi: [http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123\\_2008000100024](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123_2008000100024).

Tesser CD, Luz M. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. Physis (Rio J.) [Internet]. 2018 [citado 15 Jan 2019];28(1):e280109. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n1/0103-7331-physis-28-01-e280109.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280109>.

Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. Saúde Soc [Internet]. 2014 [citado 6 Feb 2015];23(3):869-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>.

Tesser CD, Sousa IMC. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas. Saúde Soc [Internet]. 2012 [citado 6 Feb 2015];21(2):336-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>.

Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate [Internet]. 2018 [citado em 16 Jan 2019];42(n.esp.1):174-88. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S112>

Thaler K, Kaminski A, Chapman A, Langley T, Gartlehner G. Bach Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2009 [citado 6 Fev 2015];26;9:16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695424/pdf/1472-6882-9-16.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-9-16>.

Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [citado 8 Jan 2019]; 9;(4):CD001980. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001980.pub3/full> doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001980.pub3>.

Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 16 Sgo 2015];45(2):249-57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>.

Tisserand R. Essential oil safety I. *Int J Aromather* [Internet]. 1996 [citado 27 Jun 2018];7(3):28-32. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0962456296800099>. doi: [https://doi.org/10.1016/S0962-4562\(96\)80009-9](https://doi.org/10.1016/S0962-4562(96)80009-9)

Tong A, Sainsburg P, Craig J. Consolidates criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado 22 Abr 2019];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Tosar Pérez MA, del Pozo EA, Calzadilla Quintana T, Castellanos Veitia SV. La deshabituación tabaquica con técnicas de medicina tradicional y natural. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2009 [citado 14 Jan 2017];8(4):1-7. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400004&lng=es)

Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Rev Port Psicossomática* [Internet]. 2000 [citado 10 Jun 2018];2(1):93-108. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 6a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

Valverde DP. Manual de terapia floral [Internet]. Lima: Organização Pan-Americana de Saúde; 2000 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.opsecu.org/bevestre/nuevos%20art%C3%ADculos/Libros/Terapia%20floral/terapia%20floral%201ra%20parte.pdf>

Vasudev A, Torres-Platas SG, Kerfoot K, Potes A, Therriault J, Gifuni A, et al. Mind-body interventions in late-life mental illnesses and cognitive disorders: a narrative review. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 9 Jan 2019]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748118305414> doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.020>

Wanderley TC, Cavalcanti AL, Santos S. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Ciênc Méd Biol* [Internet]. 2013 [citado 8 Jan 2019];12(1):121-6. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23063/1/19\\_v.12\\_1.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23063/1/19_v.12_1.pdf)

Wei CY, Minami LF, Gimenes OMPV, Silva MJP. Terapia floral e enfermagem. In: Salles LS, Silva MJP. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano no Sul: Yendis; 2011. p. 201-16.

Whitaker R. *A anatomia de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

World Health Organization. *The promotion and development of traditional medicine*. Geneva: WHO; 1978. 44 p.

World Health Organization. *Tradicional medicine strategy 2002-2005*. Geneva: WHO; 2002. 74 p.

World Health Organization. *Guidelines on development consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*. Geneva: WHO; 2004. 109 p.

World Health Organization. *ATT/DDD Index 2015* [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 20 Jan 2015]. Disponível em: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

Wu JJ, Cui W, Yang YS, Kang MS, Jung SC, Park HK, et al. Modulatory effects of aromatherapy massage intervention on electroencephalogram, psychological assessments, salivary cortisol and plasma brain-derived neurotrophic factor. *Compliment Ther Med* [Internet]. 2014 [citado 1 July 2017];22(3):456-62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24906585> doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.04.001>

Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Mostardeiro SCTS, Silva AA, Freitas FF. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [citado 7 Jan 2019];18(2):323-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0323.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140047>.

Yang WS, Koo M, Wang YH. The influence of Bach Rescue Remedy on the autonomic response to mental challenge in the healthy Taiwanese women. *Integr Med Res* [Internet]. 2015 [citado 30 Maio 2016];4 Supl 1: 84. Disponível em: [http://www.imr-journal.com/article/S2213-4220\(15\)00151-1/abstract](http://www.imr-journal.com/article/S2213-4220(15)00151-1/abstract)

Yasui S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

Yasui S, Luzio C, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2018 [citado 13 Ago 2018];8(1):173-90. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/pdf>. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>.

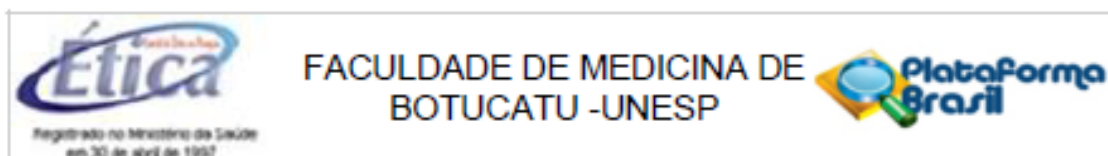
Zamora ED, Figueroa MVC, Menéndez HÁ, Puebla RM, Rodríguez GB, Argüelles ML. Efectividad de la terapia floral de California en pacientes con diagnóstico de estrés. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2006 [citado 17 Jan 2014];35(4). Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400011)



## **ANEXOS E APÊNDICES**

---

## ANEXO – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Terapia Floral e Aromaterapia: práticas integrativas e complementares para o cuidado em saúde mental na atenção primária

**Pesquisador:** Eliana Mara Braga

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52515116.6.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.399.648

#### **Apresentação do Projeto:**

Esse projeto tem como finalidade agregar, no lócus da Estratégia Saúde da Família, o cuidado em saúde mental junto aos recursos terapêuticos das práticas complementares, representados pela Terapia Floral e Aromaterapia. Propõe-se discutir a relação das Práticas Integrativas e Complementares e do cuidado em Saúde Mental na Estratégia

Saúde da Família utilizando-se como analisadores qualitativos os territórios subjetivos dos usuários, familiares e trabalhadores e, quantitativos Indicadores de Produção em Saúde Mental. Delineou-se uma pesquisa descritiva e exploratória de método misto com ênfase no caráter qualitativo e guiada pela avaliação participativa. Tem como cenário de pesquisa uma Unidade Saúde Família e como participantes trabalhadores, usuários da demanda de saúde mental e seus familiares a quem serão ofertadas intervenções individuais e grupais com Terapia Floral e Aromaterapia. A coleta de dados se dará por meio da Observação Participante, Entrevistas Abertas e Grupos Focais. A análise de dados qualitativa guiar-se-á pela hermenêutica gadameriana, e quantitativa pelo monitoramento de Indicadores de Demanda e de Produção do Cuidado em Saúde Mental.

**Endereço:** Chácara Butignoll, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1608 **E-mail:** capelup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.399.648

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Discutir a relação entre as Práticas Integrativas e Complementares e o Cuidado no Campo Psicossocial para usuários, familiares e trabalhadores no contexto da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

**Objetivos Secundários:** Implantar um território de cuidado com Terapia Floral e Aromaterapia destinado aos usuários, familiares e trabalhadores da demanda de saúde mental de uma Unidade Saúde da Família.

Descrever a dinâmica do cuidado formal e informal e dos territórios subjetivos dos usuários e dos trabalhadores de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde a partir da oferta de Terapia Floral e Aromaterapia.

Avaliar a correlação entre Indicadores de Saúde Mental na Atenção Primária na implantação e no término da oferta de Terapia Floral e Aromaterapia para a demanda de Saúde Mental de uma Unidade Saúde da Família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A utilização de aromaterapia e terapia floral não possuem registros na literatura científica de eventos adversos ou efeitos colaterais.

**Benefícios:** A presente pesquisa vem ao encontro ao desenvolvimento de estudos metodologicamente estruturados em duas importantes vertentes de investigação acerca das políticas de saúde no país: ampliação da cobertura das PICS na APS e avaliação dos serviços de saúde com foco no campo psicossocial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de método misto com ênfase no caráter qualitativo, guiada pelo delineamento da avaliação participativa.

**Critério de Inclusão:** ser usuário da demanda de saúde mental, fazer uso contínuo de medicamentos psicotrópicos ou ansiolíticos, demonstrar interesse em participar da pesquisa, procurar pelos serviços de saúde da USF ao menos três vezes nos últimos seis meses, estar adscrito na área pelo menos por um ano;- **Familiares:** possuir um familiar com quem reside que seja usuário da demanda de saúde mental da referida UBS;- **Trabalhadores:** estar inserido na USF e na equipe da ESF há um ano e demonstrar interesse em participar da pesquisa.

**Critério de Exclusão:** gestação, uso de substâncias psicoativas e utilização de alguma técnica

**Endereço:** Chácara Butignoli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.399.648

considerada prática integrativa e complementar.

Participantes da Pesquisa: 30 Equipe de Saúde; 85 usuários; 85 familiares.

Início: Março de 2016. Término: Dezembro de 2018.

Orçamento: R\$46.904,80. Financiamento Próprio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Botucatu;

- Anuência Institucional;

- Folha de Rosto devidamente assinada;

- Comprovante do envio do Projeto.

Anexos:

- Questionário compacto para determinação da combinação das essências Florais do Dr. Bach, bem como a Tabela de Avaliação;

- Questionário Sócio-demográfico familiar, do trabalhador e do usuário;

- Roteiro para grupo focal com trabalhadores da USF, bem como com os usuários e familiares;

Apresenta:

TALE e TCLE-trabalhador: TCLE-Usuário e TCLE-Familiar. Expõe objetivos, tempo gasto para os questionários e apresenta-se em forma de convite. Há termos científicos, mas esclarecidos no curso da exposição.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 01/02/2016, sem necessidade de envio à CONEP.

Alertamos aos pesquisadores sobre a necessidade de enviar o "Relatório Final de Atividades" tão logo o presente estudo seja concluído. Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de NOTIFICAÇÃO.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.390.648

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624682.pdf	15/01/2016 19:37:10		Aceito
Outros	Anexo_tabela_TF.pdf	11/01/2016 16:39:25	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	Anexo_questionario_TF.pdf	11/01/2016 16:38:51	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	GF_usuarios_familiares.pdf	11/01/2016 16:38:29	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	GF_trabalhadores.pdf	11/01/2016 16:37:59	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	Questionario_Trabalhador.pdf	11/01/2016 16:37:14	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	Questionario_Familiar.pdf	11/01/2016 16:36:32	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	Questionario_Usuario.pdf	11/01/2016 16:35:53	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	Anuencia_FMB.pdf	11/01/2016 16:33:23	Eliana Mara Braga	Aceito
Outros	Termo_enuencia.pdf	11/01/2016 16:32:22	Eliana Mara Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuario.pdf	11/01/2016 16:31:43	Eliana Mara Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Trabalhador.pdf	11/01/2016 16:29:44	Eliana Mara Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familiar.pdf	11/01/2016 16:29:28	Eliana Mara Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	11/01/2016 16:29:14	Eliana Mara Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/01/2016 16:28:39	Eliana Mara Braga	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	11/01/2016 16:26:19	Eliana Mara Braga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Chácara Butignoll, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE  
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 1.309.648

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

BOTUCATU, 01 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Página 05 de 05

## **Apêndice 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADOR COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem  
(Resolução n.º 466/12-Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “**Terapia Floral e Aromaterapia: práticas integrativas e complementares para o cuidado em saúde mental na atenção primária**”, que pretende estudar a relação entre as Práticas Integrativas e Complementares e o Cuidado no Campo Psicossocial para usuários, familiares e trabalhadores no contexto da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

O sr(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por integrar a equipe de saúde da Unidade Saúde da Família Aeroporto.

A pesquisa consta de uma oferta de intervenções baseadas em duas técnicas que são aromaterapia e terapia floral que fazem parte de um conjunto de práticas terapêuticas integrativas e complementares. O público alvo dessas intervenções é a demanda de saúde mental dessa unidade de saúde, incluindo os usuários e seus familiares. Ambos os procedimentos tem por finalidade contribuir para o tratamento em saúde mental no contexto da atenção primária.

Para a participação na pesquisa, o sr(a) será convidado(a) a participar de entrevistas individuais ou em grupo, onde serão questionados assuntos relacionados ao seu processo de trabalho na unidade saúde da família e no território adscrito, a sua relação com a população da demanda de saúde mental, suas concepções sobre saúde mental, doença mental, formas de tratamento e sobre a avaliação da unidade de saúde considerando a implantação de aromaterapia e terapia floral. As entrevistas poderão ser em grupo e individuais, serão audiogravadas e em seguida, transcritas para análise do enfermeiro pesquisador. As entrevistas em grupo terão aproximadamente 2(duas) horas de duração e as entrevistas individuais 1(uma) hora.

Outra forma de participação, dessa vez indireta, denomina-se observação participante que consiste numa observação atenta da realidade onde o pesquisador está inserido com o intuito de apreender como se dá o cotidiano do processo de trabalho.

O resultado esperado dessas intervenções permite aumentar as possibilidades de cuidado em saúde mental na atenção primária apoiado em práticas complementares e integrativas, será possível discutir as potencialidades e das fragilidades a partir da presença de um profissional especialista em aromaterapia e terapia floral.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir com o tratamento de seu familiar ou qualquer outro serviço que venha solicitar junto à unidade de saúde. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Abaixo estão os dados do pesquisador e demais membros da equipe de pesquisa, pessoas que podem tirar suas dúvidas sobre sua participação nesse projeto. Desde já agradecemos!

Pesquisador: Thiago da Silva Domingos, Coren/SP:  
250544. Tel.: (14)99775-1758.  
E-mail: thiago.aromaterapia@gmail.com  
Av. Prof. Montenegro - Distrito de Rubião Junior, s/n.  
CEP: 18618970-Botucatu/SP.

Orientadora: Profª Drª Eliana M. Braga, Coren/SP:  
31637. Tel.: (14) 3880-1001.  
E-mail: elmara@fmb.com.br  
Av. Prof. Montenegro - Distrito de Rubião Junior,  
s/n. CEP: 18618970-Botucatu/SP.

Qualquer dúvida adicional, você poderá, também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em relação a integrar o estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Apêndice 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem  
(Resolução n.º 466/12-Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Terapia Floral e Aromaterapia: práticas integrativas e complementares para o cuidado em saúde mental na atenção primária”**, que pretende estudar a relação entre as Práticas Integrativas e Complementares e o Cuidado no Campo Psicossocial para usuários, familiares e trabalhadores no contexto da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser usuário da Unidade Saúde da Família Aeroporto, utilizar a demanda de cuidado à saúde mental pelo menos três vezes nos últimos seis meses, fazer uso contínuo de medicação ansiolítica ou psicotrópica e residir na área de abrangência há pelo menos um ano.

A pesquisa consta de uma oferta de intervenções baseadas em duas técnicas que são aromaterapia e terapia floral que fazem parte de um conjunto de práticas terapêuticas integrativas e complementares. Para ambas, o sr(a) passará por uma consulta de enfermagem com o pesquisador, com o objetivo de levantar suas necessidades de saúde que poderão ser atendidas pela aromaterapia ou terapia floral. Para aromaterapia, o sr(a) receberá massagens com óleos essenciais e receberá um inalador individual para olfação dos óleos essenciais ou um creme neutro com óleos essenciais que deverão ser utilizados em seu domicílio, conforme orientação recebida pelo enfermeiro pesquisador. Os óleos essenciais são substâncias extraídas de plantas aromáticas por um processo físico (destilação) e atingem a concentração que os classificam como grade medicinal. Em relação à terapia floral o sr(a) receberá um frasco com a formulação individualmente prescrita de florais de Bach que são extratos preparados a partir da infusão solar de flores silvestres em recipiente com água, essa formulação deverá ser utilizada segundo orientação que receberá do enfermeiro pesquisador. A literatura científica, onde baseamos as práticas em saúde, não atribuem reações adversas ou complicações a qualquer uma desses recursos terapêuticos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou no ano de 1998 um documento que não considera as essências florais e os óleos essenciais como medicamentos, drogas ou insumos farmacêuticos. Ambos os procedimentos tem por finalidade contribuir para o tratamento em saúde mental no contexto da atenção primária.

Durante o acompanhamento e participação na pesquisa, o sr(a) será convidado(a) a participar de entrevistas individuais ou em grupo, onde serão questionados o histórico da doença, a relação com o serviço de saúde, sua percepção sobre sua saúde mental e sua percepção quanto ao uso da aromaterapia ou terapia floral. As entrevistas em grupo e individuais serão audiogravadas e em seguida serão transcritas para análise do enfermeiro pesquisador, ocorrerão no decorrer do acompanhamento quando o sr(a) deverá comparecer a Unidade de Saúde. As entrevistas em grupo terão aproximadamente 2(duas) horas de duração e as entrevistas individuais 1(uma) hora.

O resultado esperado dessas intervenções permite aumentar as possibilidades de cuidado em saúde mental na atenção primária apoiado em práticas complementares e integrativas, será possível discutir as potencialidades e das fragilidades a partir da presença de um profissional especialista em aromaterapia e terapia floral.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir com seu tratamento. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Abaixo estão os dados do pesquisador e demais membros da equipe de pesquisa, pessoas que podem tirar suas dúvidas sobre sua participação nesse projeto. Desde já agradecemos!

Pesquisador: Thiago da Silva Domingos, Coren/SP:  
250544. Tel.: (14)99775-1758.  
E-mail: thiago.aromaterapia@gmail.com  
Av. Prof. Montenegro - Distrito de Rubião Junior, s/n.  
CEP: 18618970-Botucatu/SP.

Orientadora: Profª Drª Eliana M. Braga, Coren/SP:  
31637. Tel.: (14) 3880-1001.  
E-mail: elmara@fmb.com.br  
Av. Prof. Montenegro - Distrito de Rubião Junior,  
s/n. CEP: 18618970-Botucatu/SP.

Qualquer dúvida adicional, você poderá, também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em relação a integrar o estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_



**Apêndice 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO – FAMILIAR/RESPONSÁVEL  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Este instrumento vem solicitar ao sr(a) o assentimento de a participação de seu familiar/tutelado(a) na pesquisa chamada **“Terapia Floral e Aromaterapia: práticas integrativas e complementares para o cuidado em saúde mental na atenção primária”**, que pretende estudar a relação entre as Práticas Integrativas e Complementares e o Cuidado no Campo Psicossocial para usuários, familiares e trabalhadores no contexto da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Seu familiar/tutelado(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa ser usuário da Unidade Saúde da Família Aeroporto, utilizar a demanda de cuidado à saúde mental pelo menos três vezes nos últimos seis meses, fazer uso contínuo de medicação ansiolítica ou psicotrópica e residir na área de abrangência há pelo menos um ano.

A pesquisa consta de uma oferta de intervenções baseadas em duas técnicas que são aromaterapia e terapia floral que fazem parte de um conjunto de práticas terapêuticas integrativas e complementares. Para ambas, seu familiar/tutelado(a) passará por uma consulta de enfermagem com o pesquisador, com o objetivo de levantar suas necessidades de saúde que poderão ser atendidas pela aromaterapia ou terapia floral. Para aromaterapia, seu familiar/tutelado(a) receberá massagens com óleos essenciais e receberá um inalador individual para olfação dos óleos essenciais ou um creme neutro com óleos essenciais que deverão ser utilizados no domicílio, conforme orientação recebida pelo enfermeiro pesquisador. Os óleos essenciais são substâncias extraídas de plantas aromáticas por um processo físico (destilação) e atingem a concentração que os classificam como grade medicinal. Em relação à terapia floral seu familiar/tutelado(a) receberá um frasco com a formulação individualmente prescrita de florais de Bach que são extratos preparados a partir da infusão solar de flores silvestres em recipiente com água, essa formulação deverá ser utilizada segundo orientação que receberá do enfermeiro pesquisador. A literatura científica, onde baseamos as práticas em saúde, não atribuem reações adversas ou complicações a qualquer uma desses recursos terapêuticos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou no ano de 1998 um documento que não considera as essências florais e os óleos essenciais como medicamentos, drogas ou insumos farmacêuticos. Ambos os procedimentos tem por finalidade contribuir para o tratamento em saúde mental no contexto da atenção primária.

Durante o acompanhamento e participação na pesquisa, seu familiar/tutelado(a) será convidado(a) a participar de entrevistas individuais ou em grupo, onde serão questionados o histórico da doença de seu familiar, a relação com o serviço de saúde, a percepção sobre sua saúde mental e a percepção quanto ao uso da aromaterapia ou terapia floral. As entrevistas em grupo e individuais serão audiogravadas e em seguida serão transcritas para análise do enfermeiro pesquisador, ocorrerão no decorrer do acompanhamento quando o seu familiar/tutelado(a) deverá comparecer a Unidade de Saúde. As entrevistas em grupo terão aproximadamente 2(duas) horas de duração e as entrevistas individuais 1(uma) hora.

O resultado esperado dessas intervenções permite aumentar as possibilidades de cuidado em saúde mental na atenção primária apoiado em práticas complementares e integrativas, será possível discutir as potencialidades e das fragilidades a partir da presença de um profissional especialista em aromaterapia e terapia floral.

Caso você não autorize seu familiar/tutelado(a) participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir com o tratamento de seu familiar ou qualquer outro serviço que venha solicitar junto à unidade de saúde. Você poderá retirar esse assentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do nome de seu familiar/tutelado(a) em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Abaixo estão os dados do pesquisador e demais membros da equipe de pesquisa, pessoas que podem tirar suas dúvidas sobre sua participação nesse projeto. Desde já agradecemos!

Qualquer dúvida adicional, você poderá, também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa,

Pesquisador: Thiago da Silva Domingos, Coren/SP:  
250544. Tel.: (14)99775-1758.  
E-mail: thiago.aromaterapia@gmail.com  
Av. Prof. Montenegro - Distrito de Rubião Junior, s/n.  
CEP: 18618970-Botucatu/SP.

Orientadora: Profª Drª Eliana M. Braga, Coren/SP:  
31637. Tel.: (14) 3880-1001.  
E-mail: elmara@fmb.com.br  
Av. Prof. Montenegro - Distrito de Rubião Junior,  
s/n. CEP: 18618970-Botucatu/SP.

através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE ASSENTIMENTO e estou de acordo em relação a meu familiar/tutelado(a) integrar o estudo proposto, sabendo que dele poderemos desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

#### APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO - Trabalhador

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ - Ocupação: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Religião:  Não  Sim – Qual \_\_\_\_\_

Tabagismo:  Não  Sim – Cigarros/dia \_\_\_\_\_

Uso de bebida alcoólica:  Não  Sim – Frequência (dose/semana): \_\_\_\_\_

Atividades de lazer: \_\_\_\_\_

Sono:  Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Horas de sono/noite:  dez a oito horas

cinco a sete horas

um a três horas

Insônia:  Não

Sim:  Início

Interrupção

Acorda cansado

Estado civil:  Casado

Solteiro

Relação Estável

Viúvo

Nível Escolaridade:  Fundamental completo

Médio completo

Técnico

Superior

Pós-lato sensu

Mestrado

Vínculos empregatícios:  apenas um – Qual: \_\_\_\_\_

dois –  ambos no turno diurno ou  um diurno e um noturno

Tempo na Instituição:  Um ano

Dois a quatro anos

Cinco a dez anos

Mais de dez anos

Tempo na profissão:  Um ano

Dois a quatro anos

Cinco a sete anos

Oito a nove anos

Mias de dez anos

Satisfação no trabalho (Escala de 0 a 10, sendo 10 muito satisfeito): \_\_\_\_\_

Satisfação na profissão (Escala de 0 a 10, sendo 10 muito satisfeito): \_\_\_\_\_

Renda familiar:  Um a dois salários mínimos

Três e quatro salários mínimos

Cinco ou mais salários mínimos

Problemas de Saúde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Uso de Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já utilizou acupuntura anteriormente:  Não

Sim – Descrever: \_\_\_\_\_

## Apêndice 5 – Modelo de Convite para Oferta de Terapia Floral e Aromaterapia

### CONVITE!

Prezado(a) Sr(a). \_\_\_\_\_

Nós da **Estratégia Saúde da Família do Jardim Aeroporto** estamos iniciando uma atividade para melhorar o cuidado da **saúde mental** da população. Faremos um primeiro encontro no **dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018, às \_\_\_\_ horas na Unidade de Saúde do Jardim Aeroporto.** Nessa ocasião vamos explicar em que consiste a oferta dessa atividade e assim, **gostaríamos muito de contar com sua importante presença!**

Atenciosamente,

Equipe de Saúde do Jardim Aeroporto

---

## Apêndice 6 - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – Usuário

Atendimento: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ - Ocupação: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Religião:  Não  Sim – Qual \_\_\_\_\_

Tabagismo:  Não  Sim – Cigarros/dia \_\_\_\_\_

Uso de bebida alcoólica:  Não  Sim – Frequência (dose/semana): \_\_\_\_\_

Atividades de lazer: \_\_\_\_\_

Sono:  Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Horas de sono/noite:  dez a oito horas

cinco a sete horas

um a três horas

Insônia:  Não

Sim:  Início

Interrupção

Acorda cansado

Estado civil:  Casado

Solteiro

Relação Estável

Viúvo

Nível Escolaridade:  Fundamental completo

Médio completo

Técnico

Superior

Pós-lato sensu

Mestrado

Vínculos empregatícios:  apenas um – Qual: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Tempo de Diagnóstico:  Um ano

Dois a quatro anos

Cinco a dez anos

Mais de dez anos

Quais serviços da RAPS utiliza:  ESF

UBS

Consultório de Rua

CAPS. Especificar: \_\_\_\_\_

Comunidade Terapêutica

Cooperativas

Internações – Hospital Geral

CAIS

Centros de Convivências

Fale-me sobre seu transtorno mental (investigação de sintomatologia): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Outros Problemas de Saúde: \_\_\_\_\_

---

---

Há quanto tempo utiliza medicamentos (psicotrópicos/ansiolíticos): \_\_\_\_\_

Uso de Medicamentos: \_\_\_\_\_

---

---

---

Fale-me sobre sua experiência com os medicamentos psicotrópicos/ansiolíticos: \_\_\_\_\_

---

---

---

Já utilizou terapia complementar anteriormente:  Não

Sim – Descrever: \_\_\_\_\_