

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**PRISCILLA MARIA DE ASSUMPÇÃO COSTA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E FLORAIS  
DO AGRESTE: NÃO À MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**  
**NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

**PRISCILLA MARIA DE ASSUMPÇÃO COSTA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E FLORAIS  
DO AGRESTE: NÃO À MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof<sup>a</sup> Dr. Keyla Cristina Vieira Marques Ferreira.

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2016**

**PRISCILLA MARIA DE ASSUMPÇÃO COSTA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E FLORAIS  
DO AGRESTE: NÃO À MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 12/12/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Prof<sup>a</sup>. Me. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Paula Carolina Valença Silva

Prof<sup>a</sup>. Dra. Paula Carolina Valença Silva (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Sandra Patrícia Ataíde Ferreira

Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco- CE

## RESUMO

**Introdução:** o modelo biomédico passa a atuar com maior expressividade, a legitimar suas práticas em saúde a partir do século XVI, mas sua predominância começou a ser questionada, pois sua suposta efetividade começou a ser ineficiente, provocando uma busca, por outros e inovadores modelos e práticas de atenção à saúde. **Objetivo:** analisar o enfoque e os usos da Terapia Floral do Agreste, enquanto itinerário de cura do corpo emocional e de promoção de vida não medicalizada. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo narrativo, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo de Bardin, seguindo os seguintes passos: 1- pré-análise; 2- exploração dos materiais; 3- tratamento e interpretação dos dados. **Resultados e discussão:** após a leitura criteriosa e análise dos materiais, foram elaborados três eixos temáticos de discussão, a saber: Medicalização da vida, Multidimensionalidade e Terapia Floral. **Considerações finais:** podemos constatar que os Florais do Agreste têm poder desmedicalizante, que propicia que os sujeitos a utilizem como uma ferramenta para o equilíbrio das suas energias no nível do corpo emocional, sem esquecer que as intervenções no nível do corpo físico pelo modelo biomédico são de grande importância, quando este realmente é indicado para isso.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Terapia Floral, Medicalização.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the biomedical model begins to act with greater expressiveness, to legitimize its health practices from the sixteenth century, but its predominance began to be questioned, since its supposed effectiveness began to be inefficient, provoking a search, by other and innovative models and health care practices. **Objective:** to analyze the focus and uses Floral of Agreste Therapy, as an itinerary of healing of the emotional body and promotion of unmedicated life. **Methodology:** this is a bibliographical research, of the narrative type, using the technique of content analysis of Bardin, following the following steps: 1- pre-analysis; 2- exploration of materials; 3- treatment and interpretation of the data. **Results and discussion:** After the careful reading and analysis of the materials, three thematic axes of discussion were elaborated, namely: Medicalization of life, Multidimensionality and Floral Therapy. **Final considerations:** we can see that the Florais of Agreste have demedicalizing power, which allows the subjects to use it as a tool to balance their energies at the level of the emotional body, not forgetting that the interventions at the level of the physical body by the biomedical model are Of great importance, when this really is indicated for this.

**Keywords:** Health Promotion, Floral Therapy, Medicalization.

---

## SUMÁRIO

ARTIGO.....	6
INTRODUÇÃO.....	6
METODOLOGIA.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSSÃO.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	34

## **ARTIGO**

### **INTRODUÇÃO**

Desde o início da modernidade, mais precisamente, a partir do século XVI, o modelo biomédico tem também se inspirado, e legitimado suas práticas em saúde, com base na hegemonia do paradigma newtoniano/cartesiano, fortemente influenciado pela visão copernicana de mundo advinda da primeira revolução científica de cunho excessivamente mecanicista (TAVARES, 1998).

Dentro desta concepção de ser humano, existem os princípios do mecanicismo (ao considerar o universo como máquina e subjugado a matemática); empirismo (onde só se constrói conhecimento com cientificidade através da análise quantitativa dos fatos, tendo eles caráter mensurador); determinismo (pelo conhecimento acerca das leis que perpassam os fenômenos, poderia determinar sua evolução); e a fragmentação (onde se estuda o objeto compartimentalizado) (TAVARES, 1998).

Essa orientação resultou, e ainda hoje repercute, numa acentuada tendência da cultura ocidental, em especial, da racionalidade médica (medicina liberal), de fragmentação do sujeito moderno, seja no que tange à sua relação com os objetos (trabalho, liberdade, doença, saúde, cura, educação, entre tantos outros) (JESUS, 2005). Seja no que concerne aos esforços dos discursos e das práticas em saúde de supervalorizar o enfoque da medicalização da vida e de negligenciar a pertinência, legitimidade e abrangência das noções de integralidade, multidimensionalidade e interdisciplinaridade (BRITO, 2010).

Essas noções, historicamente configuradas tanto pelo pensamento das ciências humanas e sociais, em suas interfaces com as lutas dos movimentos sociais pela redemocratização da sociedade brasileira pós-regime militar (1964-1985), quanto pelos paradigmas da promoção da saúde e das práticas integrativas e complementares, atualmente reivindicam a reformulação das práticas clínicas e da atenção básica, ambas em curso no mundo contemporâneo e, consideravelmente, enfatizado pelo campo da educação e saúde no Brasil (GUTIERREZ, 1997).

No entanto, e abordando aqui com maior especificidade o objeto medicalização da vida, por se tratar de uma tendência atual advinda não apenas da

racionalidade médica, todavia de seus entrecruzamentos com o ranço quantitativo do perfil epidemiológico e da racionalidade de mercado, é fundamental apresentar o que chamamos de medicalização da vida (BLANK, 2009).

A referência é a atitude de transformar problemas que não tem indicação para serem tratadas a partir da biomedicina, para problemas que legitimem e reforcem que as práticas e intervenções biomédicas (CANESQUI, 2013).

Com seus tratamentos e seus sistemas de diagnósticos, em sua maioria, invasivos e que são aplicadas para todos os “supostos” problemas de saúde, subjugando-os a classificações, como por exemplo, doentes, disfuncionais, com isso, assegurando sua hegemonia e diminuindo a validação de outras formas e itinerários terapêuticos (TESSER, 2008). Isto tem dificultado a compreensão, visibilidade, reconhecimento, aplicabilidade, dos enfoques da integralidade, multidimensionalidade e, conseqüentemente, da interdisciplinaridade, na área da saúde (BRITO, 2010).

Assim como, nas práticas desenvolvidas na atenção básica e no cuidado, na maioria das vezes, desconsiderando a realidade, contexto sociocultural e as atividades da vida diária das pessoas, fortalecendo, num sentido, a investida da concepção de saúde enquanto mercadoria, como objeto de mercado. Noutro sentido, a falácia de que as pessoas não são capazes, são passivas, tampouco são também coresponsáveis pela promoção da sua própria saúde (CANESQUI, 2013).

Sendo assim, as práticas de saúde operam ainda apoiadas no conhecimento excessivamente empírico, arraigado à racionalidade médica baseada, sobretudo, na busca de evidência científica com base apenas na exploração e medicalização do corpo físico, naquilo que lhe pareça palpável, mensurável, quantitativo, negligenciando a abordagem da integralidade, multidimensionalidade e interdisciplinaridade que constituem o sujeito e configuram o modelo mais abrangente para a área e práticas em saúde (ROHR, 2010).

Entretanto, a predominância do modelo biomédico começou a ser questionada, pois sua suposta efetividade e seu alto custo começaram a dar sinais de crescentes insuficiências, reducionismos e ineficiências, provocando uma

procura, por uma grande parte de profissionais da saúde, por outros e inovadores modelos e práticas de atenção à saúde (ALVIM, 2006).

Além disso, e em particular, após a Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, a saúde passa a ser discutida e praticada enquanto um produto social, em sintonia com as demandas culturais e locais da população (URSS, 1978).

E que para tanto, passou a ser reconhecida de uma forma mais ampliada: saúde não é apenas ausência de doença, porém um recurso para a preservação e conservação da própria vida, e não apenas um objetivo a ser atingido. Saúde como direito à vida, em seu aspecto físico, emocional, social, mental, coletivo (OPAS/OMS, 1986).

Desse modo, e por dentro do movimento de transição paradigmática levantado aqui, algumas lutas (nacionais e internacionais) podem ser apreendidas como dispositivos históricos de relativização e diminuição do impacto do modelo biomédico em saúde (BLANK, 2009).

Uma dessas lutas foi a realização da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, nos anos de 1986, que resultou na publicação da Carta de Ottawa e seus pertinentes acordos acerca da atualização e da ampliação do conceito de saúde (OTTAWA, 1986).

Sendo até hoje reconhecida como base fundamental para a criação e implementação das práticas de promoção da saúde, a Carta de Ottawa subsidiou um conjunto de outras conferências internacionais e regionais (Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005, entre outras) (HEIDMANN, 2006).

A Carta de Ottawa contribuiu não apenas para a consolidação do seu campo do conhecimento, mas para a formação de sensibilidades sociais e novas orientações em saúde fundamentadas na ênfase da: reorientação dos serviços de saúde, política pública saudáveis, capacitação da população, direito a ambiente saudável. Ou seja, desenvolver um trabalho ombro a ombro com a demanda, atividades e ação comunitária (OTTAWA, 1986).

Além disso, a oitava Conferência Nacional de Saúde ocorrida no mesmo ano, deslindou sobre a necessidade iminente de criação de um novo modelo de saúde, a exemplo daquele que já havia sido declarado na Carta de Ottawa (HEIDMANN, 2006).

Todo esse movimento reverberou na Constituição Federal de 1988, constituição cidadã, como referência e resultado das lutas da sociedade brasileira pela redemocratização do país e reforma da saúde, partindo de um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade, a garantia de direitos à saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 1988).

Isto é, a saúde passou a ser compreendida como dever do Estado, garantindo também o acesso da população ao sistema de saúde: “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Aqui é importante também ressaltar as lutas dos movimentos sociais em saúde que culminou com a Reforma Sanitária e com a criação do nosso sistema único de Saúde – SUS, em 1989, enfatizando os conceitos e princípios de gratuidade, integralidade, universalidade, equidade, descentralização (HEIDMANN, 2006).

Estes fatos históricos criaram as condições para a publicação, no ano de 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde, gerando uma reorientação dos serviços de saúde, desta vez, subsidiada pela noção de equidade, intersetorialidade e integralidade (PNPS, 2006).

Sendo objetivo principal da política, combater as iniquidades em saúde, com estratégias que aconteçam além do SUS e através da intersetorialidade e ênfase na justiça social, visando melhoria da qualidade e modos de vida, onde todas as esferas, federal, estadual e municipal estejam unidas, promovendo a participação e o controle social, potencializando o protagonismo social da população (PNPS, 2006).

Podemos citar projetos e iniciativas em promoção de saúde realizadas em alguns municípios do estado de Pernambuco, os quais obtiveram sucesso nos

esforços de ampliação dessa nova consciência em saúde seja por parte dos gestores, seja por parte da população (FRANCO DE SÁ, 2008).

Um excelente exemplo desta iniciativa pode ser citado pelo Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP/UFPE), criado no ano de 1995, atuando como órgão promotor de saúde, preocupando-se com o desenvolvimento humano, sustentável e atenção às demandas e necessidades sociais das coletividades (FRANCO DE SÁ, 2008).

O NUSP, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e Agência CONDEPE/ FIDEM implementaram e desenvolveram o projeto Municípios Saudáveis entre os anos de 2003 e 2007, a princípio nas cidades de Sairé, Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Felix e São Joaquim do Monte (FRANCO DE SÁ, 2008).

As atividades fundamentavam-se no estímulo de um pensamento coletivo e crítico, solidariedade mútua e participação social, visando com essa experiência, principalmente, o empoderamento e a capacitação para a participação e controle social por parte da população (FRANCO DE SÁ, 2008).

Outro expressivo exemplo, esse mais recente, foi a realização da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - 2016, onde foi reforçada a necessidade de garantia de políticas de cuidados e promoção para populações mais saudáveis. Nesta conferência, foi formulada a Carta de Curitiba, incorporando em seus compromissos ações como: defesa dos direitos humanos e da promoção da saúde, equidade, mobilização e organização pública (CURITIBA, 2016).

Entretanto, vale ressaltar a pertinência de falar, pensar e agir em Promoção da Saúde agregando-a a diversas outras políticas e iniciativas que servem de arcabouço teórico-prático para atualizar, reformular, transformar, potencializar as ações, sobretudo, na atenção à saúde na atualidade (WEYKAMP, 2015).

Uma dessas iniciativas foi a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs, 2006), que tem por objetivo a racionalização das ações de saúde. Isto é, a utilização de estratégias inteligentes para a melhoria da qualidade de vida, que incorporem valores, como: baixo custo, fácil execução e

acesso, bem como eficiência, e que estas sejam sustentáveis para a comunidade e contribuam para o desenvolvimento e manutenção do cuidado (SILVA, 2015).

Primeiro, utilizando-se dos recursos naturais de cada região no desenvolvimento dos itinerários de cura, preservando e respeitando a natureza. Segundo, através do campo da educação em saúde, formando e habilitando os profissionais na utilização desses recursos para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (PNPIC, 2006).

Para exemplificar contribuições na formação humana e profissional em saúde, no intuito de enfatizar o paradigma das PIC's, operacionalizando essas políticas na prática e na vida, é a formulação do novo perfil de Enfermagem UFPE/CAV e inserção de disciplinas como: Bases Sociais, Antropológicas e filosóficas da Saúde, Didática Aplicada a Enfermagem, Sociologia da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (SILVA, 2015).

Assim, as PIC's utilizam do campo da Educação em Saúde como arcabouço metodológico, chamando a atenção para uma direção de práticas que tornem possível o desenvolvimento de uma nova consciência em saúde, pautada na utilização de vários tipos de conhecimentos, abarcando também nessa construção, os saberes populares, tradicionais, da comunidade (WEYKAMP, 2015).

Essas ações devem ser compostas pelo desenvolvimento de promoção, prevenção e manutenção da saúde, oportunizando a troca de experiências entre usuário e serviço, tendo como característica principal a flexibilização dessas ações às necessidades que se apresentem, onde o usuário é autônomo para realizá-la (WEYKAMP, 2015).

São consideradas práticas integrativas: Medicina Tradicional Chinesa (MTC) - Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo – Crenoterapia e Medicina Antroposófica. Ficando de fora a Terapia Floral (TF), apesar da Organização Mundial da Saúde – OMS ter dedicado trinta anos de pesquisas ao estudo dos florais, e seu caráter científico já tenha sido comprovado (PNPIC, 2006).

No entanto, na contemporaneidade, as atualizações da noção de saúde mais abrangentes não cessam, como é o caso da perspectiva da abordagem da Medicina

Vibracional (SALA, 2014). Esse enfoque, entre tantas outros, estuda a cura do corpo pela via da manipulação e equilíbrio das suas energias ou frequência, que são formadas por uma substância fundamental, de onde tudo se originou e se formou (GERBER, 2012).

Essa energia pode ser terapêuticamente ajustada pelos remédios vibracionais, a exemplo dos florais, como iremos ver em seguida, de modo que essa administração cause a estabilização emocional que, no sentido oposto, inverso, é considerada fonte de toda doença (GERBER, 2012).

Edward Bach, médico inglês que nos anos de 1934 e 1936 realizou uma jornada de autoconhecimento, encontrou nas flores 38 essências com teor vibracional, que eram capazes de nos conduzir a descoberta das reais causas do adoecimento humano, onde terminou por completar seu trabalho com a produção de técnicas de conservação do estado vibracional das pétalas em água (CAMPOS, 2015).

Assim, a cura se estabelecerá pela consequência dessa noção de si mesmo, alcançada através das virtudes e aproximação da natureza, restabelecendo o equilíbrio tanto interior como exterior, promovendo saúde (JESUS, 2005).

A Terapia Floral tem indicações específicas, pois é preciso que o usuário tenha uma percepção correta da sua condição atual, para que os florais certos sejam manipulados e combinados de uma forma que vibrem a favor da pessoa (SALA, 2014).

O baixo custo, nenhum efeito adverso e a possível associação com outros fármacos, tornam essa terapia viável, o que impulsiona cada vez mais seu uso, pois em países em desenvolvimento e com escassez de recursos, a comunidade pode ser ensinada a cultivá-las para seu consumo, sendo a utilização dos florais uma nova, saudável e integral itinerário para a conquista de uma vida não medicalizada (DANIEL, 2013).

Nesse intuito, os usos dos florais têm encontrado espaço e valor científico, na medida em que permite o indivíduo se autoanalisar e encontrar os motivos emocionais para o adoecimento, ele também viabiliza o processo de estabelecimento da cura (JESUS, 2005).

Existem em Pernambuco vários tipos de florais sendo estudados e utilizados, em diferentes cidades por diversos pesquisadores, facilitando o acesso das pessoas a essa terapia. Os Florais do Agreste foram criados por Ferdinand Röhr, que é professor Titular da Universidade Federal de Pernambuco, e professor do Programa de Pós-graduação em Educação da UFPE e presidente do Núcleo de Educação e Espiritualidade - NEE/CE/PPGEduc/UFPE.

O local de estudos onde são cultivadas e extraídas essências florais, estão localizados entre as cidades de Bezerros e Sairé, com temperatura, condições climáticas e flora típica do Agreste pernambucano, que se mostra uma alternativa acessível, já que são produzidos no próprio Estado. Se tornando uma opção não medicalizada de atenção à saúde (ROHR, 2010).

Nesse sentido, os estudos e os esforços empreendidos para reconhecer e efetivar a TFA como uma prática integrativa (e de promoção da saúde) é necessário para que o sistema de saúde e o sujeito contemporâneo vivam a multidimensionalidade própria da condição humana, alcancem a integralidade do cuidado e diminuam a incidência da medicalização da vida humana (CANESQUI, 2013).

Sendo assim, a presente pesquisa objetiva descrever o enfoque e os usos da Terapia Floral do Agreste (TFA), pretendendo evidenciar suas interfaces com o paradigma da Promoção da Saúde (PS), assim como, da abordagem das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC's), enquanto itinerário de cura do corpo emocional e de promoção de vida não medicalizada.

## **METODOLOGIA**

O estudo se trata de uma revisão bibliográfica, do tipo narrativa. Na elaboração da revisão bibliográfica, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin, seguindo os seguintes passos: 1- pré-análise; 2- exploração dos materiais; 3- tratamento e interpretação dos dados (BARDIN, 2009).

A fase de pré-análise foi composta pela definição do pressuposto norteador da pesquisa, a escolha dos documentos e leitura flutuante (BARDIN, 2009). O pressuposto norteador da pesquisa foi: os Florais do Agreste como integrante das

práticas integrativas e complementares, promovem saúde e contribuem para uma vida não medicalizada.

A escolha dos documentos para definição do *corpus* da pesquisa se deu pela busca dos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) para definição dos descritores. Captaram-se as seguintes palavras-chave: Promoção da Saúde; Medicalização; Terapia Floral.

O levantamento dos materiais foi realizado nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). O intervalo de seleção dos artigos científicos foi estabelecido de 1990 até 2016.

Os materiais escolhidos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão: artigo disponível na íntegra, conter como temática de estudo a promoção da saúde, práticas integrativas e a terapia floral e seus desdobramentos para relativizar a hegemonia do modelo biomédico.

Excluíram-se os artigos que representaram dados insuficientes para responder à questão norteadora da pesquisa, ou estavam indexados em mais de uma base de dados, sendo considerado apenas uma vez. Para mais detalhes, consultar o fluxograma (Figura 1).

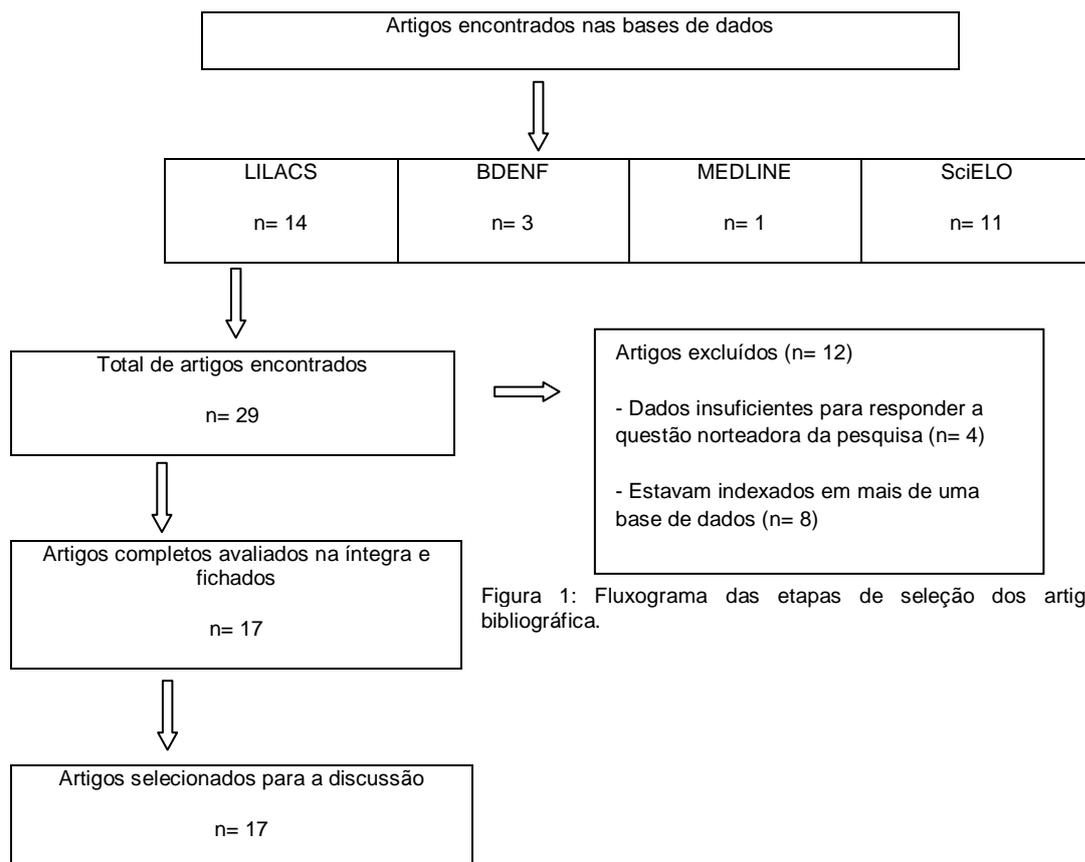


Figura 1: Fluxograma das etapas de seleção dos artigos da revisão bibliográfica.

Outras fontes de dados também foram utilizadas, como livros que discorreram sobre a promoção da saúde, práticas integrativas, a terapia floral e a questão da multidimensionalidade.

Foram analisados também vídeos postados no blog chamado Saúde Emocional do Professor, de autoria do Professor Ferdinand Rohr, que colaborou na compreensão acerca dos Florais do Agreste.

A leitura flutuante é o primeiro contato com os dados, onde se começa a conhecer todas as fontes, e é realizada simultaneamente à escolha dos documentos.

A segunda fase, que compreende a exploração dos materiais, onde todo material coletado é submetido a realização do fichamento dos materiais. Que foi realizado através de uma análise descritiva após leitura completa de cada artigo, capítulo e vídeo no intuito de sistematizar a coleta de informações, e facilitar a recuperação das principais ideias (BARDIN, 2009).

A terceira fase compreende o tratamento e interpretação dos dados, que a fim de afirmar a validade de uma ou mais propostas contidas nos materiais, procurou-se identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam, formando eixos temáticos de discussão (BARDIN, 2009).

Ao total foram selecionados 29 artigos, onde 17 foram escolhidos para compor o material bibliográfico e posterior escrita da discussão. Como também 6 livros sobre promoção da saúde e práticas integrativas e complementares, e 28 vídeos sobre os Florais do Agreste. O recorte foi realizado entre os anos 1990 até 2016.

## **RESULTADOS**

O Quadro 1 aponta a distribuição das produções, que de acordo com o ano de publicação, apresentando 2 publicações nos primeiros 10 anos. Nos dezesseis anos seguintes, 1 publicação no ano de 2003, 2 publicações em 2006, 1 publicação em 2007, 2 publicações em 2008, 2 publicações em 2009, 2 publicações em 2010, 3 publicações em 2012 e por fim 2 publicações em 2014.

**Quadro 1.** Distribuição dos artigos segundo título, revista/periódico de publicação/ano, as principais contribuições para presente pesquisa, entre os anos 1990 a 2016.

	<b>Título</b>	<b>Revista/Periódico da Publicação/Ano</b>	<b>Contribuições para a pesquisa</b>	<b>Base de dados</b>
1-	<b>O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira.</b>	Revista Latino-Americana De Enfermagem/2006.	Demonstrou a influência biomédica no contexto de formação e atuação profissional dos enfermeiros;	<b>SciELO</b>
2-	<b>A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde.</b>	Arquivos Brasileiros de Psicologia/2008.	Demonstrou a medicalização generalizada, que instiga a criminalização do paciente.	<b>SciELO/LILACS</b>
3-	<b>(Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica.</b>	PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva/1992.	Abordaram uma visão crítica da prática médica, suas relações com a sociedade, lidando com aspectos referentes ao que se convencionou chamar medicalização.	<b>SciELO</b>
4-	<b>Biopolítica e medicalização dos anormais.</b>	PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva/2009.	Analisou a temática da medicalização dos sofrimentos e das anomalias comportamentais numa perspectiva histórica.	<b>LILACS</b>
5-	<b>A inserção das terapias complementares no Sistema Único de Saúde visando o cuidado integral na assistência.</b>	Revista eletrônica quadrimestral de Enfermagem/2009.	Estudou a perspectiva mecanicista do modelo biomédico, mostrando como ele ainda é marcante no meio científico e na área da saúde.	<b>LILACS</b>
6-	<b>Biopolítica, indústria farmacêutica e medicalização: construções de formas simbólicas sobre a influenza A (H1N1).</b>	Fractal, Revista de Psicologia/2012.	Apresentaram os desdobramentos da biopolítica referentes à indústria farmacêutica e medicalização.	<b>LILACS</b>
7-	<b>O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde.</b>	Interface- Comunicação, Saúde, Educação/2012.	Desenvolveu na promoção da saúde alternativa para enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, dentro da capacidade de agência dos sujeitos na produção de sua saúde.	<b>SciELO</b>
8-	<b>Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.</b>	Revista Ciência & Saúde Coletiva/2007.	Analisou a integralidade como um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir.	<b>SciELO/LILACS</b>
9-	<b>A integralidade na Terapia Floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema Único de Saúde.</b>	O Mundo da Saúde/2010.	Discutiu a inclusão da Terapia Floral nas práticas terapêuticas do Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia da concretização do princípio de integralidade na atenção à saúde.	<b>LILACS</b>
10-	<b>Institucionalização de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde!?</b>	História, Ciências, Saúde/2014.	Apontou o poder da biomedicina hegemônica travestida na autoridade máxima para arbitrar sobre a saúde humana.	<b>SciELO</b>
11-	<b>O conceito de biopoder hoje.</b>	Política & trabalho- Revista de Ciências Sociais/2006.	Apresentou o conceito de biopoder e suas racionalizadas intervenções sobre as características vitais dos seres humanos, seres vivos que nascem,	<b>SciELO</b>

			crescem, habitam um corpo, e por fim adoecem e morrem.	
12-	<b>Representações Sociais e Prática do Enfermeiro: limites, avanços e perspectivas.</b>	Revista de Enfermagem. UERJ/2012.	Desvelaram como avanços e perspectivas o planejamento em saúde, a resolubilidade dos serviços, as atividades extramuros num contexto intersetorial, na busca da atenção integral.	<b>LILACS/ BDEF</b>
13-	<b>Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.</b>	Revista de Saúde Pública/2008.	Demonstrou que as medicinas alternativas e complementares têm potencial desmedicalizante, sendo válida sua inserção no SUS.	<b>LILACS</b>
14-	<b>Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.</b>	Revista Ciência & Saúde Coletiva/2010.	Apontou que desde a implantação do SUS, a medicalização pode ser superada, contribuindo para diminuição da hegemonia biomédica.	<b>LILACS</b>
15-	<b>Florais se bach: uma abordagem na enfermagem segundo Martha Rogers.</b>	Revista Baiana de Enfermagem/1993.	Teceu considerações sobre o modelo científico hegemônico, o paradigma holístico, e descreve o sistema de tratamento com as essências florais de Bach e suas contribuições.	<b>BDEF</b>
16-	<b>Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem.</b>	Revista Latino-Americana De Enfermagem/2003.	Observou um crescente interesse pelas terapias alternativas/complementares, sendo a Terapia Floral a mais conhecida e utilizada.	<b>MEDLINE/SciELO/LILACS/ BDEF</b>
17-	<b>Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.</b>	Revista Ciência & Saúde Coletiva/2014.	Analizou a pertinência e a atualidade do conceito de medicalização que o tema vem adquirindo em publicações no campo das ciências humanas e sociais nas últimas décadas.	<b>LILACS</b>

Fonte: autores (2016).

É importante observar que na primeira década analisada os estudos são escassos, apontando apenas para os rebatimentos da hegemonia do modelo biomédico, não apontando uma alternativa para essa observação. É a partir da publicação da PNPS/PNPIC em 2006 que observamos o aumento dos estudos que além de fazer considerações sobre o modelo biomédico, aponta resolubilidades para considerar os indivíduos na sua totalidade.

**Quadro 2.** Livros quem compõem o *corpus* da pesquisa, de acordo com nome do livro, autor/ano, capítulo utilizado.

	<b>Nome do Livro</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Capítulo utilizado</b>
<b>Livros</b>	Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação.	BARRETO, A. F. (Org.)/2014.	Cap. 02- Visão Histórica e Sistêmica: Bases para o Paradigma Integrativo em Saúde. Cap. 03- Práticas Integrativas em Saúde: a Margem, o Núcleo e a Ambivalência. Cap. 05- Resgatando a

			Espiritualidade Humana: Caminhos Indicados para um Cuidado Sustentável e Íntegro!
Cultura de paz: restauração e direitos.	PELIZZOLI, M. L. (Org.)/2010.		CAP. 10- CULTURA DE PAZ: Saúde mente e corpo pela contribuição da teoria floral.
Diálogos em educação e espiritualidade.	RÖHR, F. (Org.)/2010.		Cap. 10- Espiritualidade e Educação.
Ações Integradas e Comunitárias para Promoção da Saúde da Criança.	SCHMALLER, V. P. V.; SÁ, R. F. (Org.)/2008.		Cap. 1- Um Sobrevôo Histórico, Conceitual e Axiológico no Campo da Promoção da saúde.
Medicina Vibracional: Uma Medicina para o Futuro.	GERBER, R. (Org.)/2012.		Cap. 1- De Hologramas, Energia e Medicina Vibracional: Uma Visão Einsteiniana dos Sistemas Vivos. Cap. 2- Medicina Newtoniana versus Medicina Einsteiniana: Perspectivas Históricas Sobre a Arte e a Ciência da Cura. Cap. 4- Os Domínios de Frequência e os Planos Sutis da Matéria: Uma Introdução à Anatomia Multidimensional Humana. Cap. 7- A Evolução da Medicina Vibracional: Aprendendo a Curar com a Sabedoria da Natureza.
Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade.	AUGUSTO, L. G. S.; BELTRÃO, A. B./2008.		A promoção da saúde e implicações para as políticas e as cidades saudáveis.

Fonte: autores (2016).

No quadro 2, os livros datam a partir de 2008, que demonstra que as políticas acima citadas, atuam baseando novas abordagens em saúde. Indicam ainda que a terapia floral é apontada como um importante fator da diminuição de desigualdades e da medicalização exercidas sobre a vida humana. Os livros apontam ainda conceitos que precisam ser resgatados e/ou revisados como: integralidade, multidimensionalidade dos sujeitos, e as práticas integrativas e complementares, em especial, as essências florais. E a relação dos florais com as dimensões dos sujeitos, como mostra o quadro a seguir.

**Quadro 3. Escala das dimensões básicas do ser humano, que vai da matéria mais densa para a mais sutil.**

Dimensão Material	Dimensão Sensorial	Dimensão Emocional	Dimensão Mental	Dimensão Espiritual
Matéria mais densa			Matéria mais sutil	

Matéria física	Sensações físicas:	Estados emocionais:	Raciocínio lógico:	Comprometimento
Corpo biológico	visão, audição, olfato, tato, paladar	alegria, medo, empatia, entusiasmo, tristeza, raiva, etc	reflexão, memória, imaginação, fantasia, intuição	incondicional com valores éticos ou metafísicos

Fonte: RÓHR (2010).

No quadro 3, se encontram a representação das cinco dimensões básicas do ser humano, onde as essências florais têm atuação na dimensão emocional, ou corpo emocional.

Quadro 4. Demonstra os vídeos que fizeram parte do *corpus* da pesquisa, de acordo com o endereço eletrônico do blog, nome, conteúdo e ano.

	NOME	CONTEÚDO	ANO
VÍDEOS	1- Apresentação do Projeto- parte 1	Apresenta o projeto de extensão: A multidimensionalidade na Formação humana do Educador: A contribuição da Terapia Floral para a Saúde Emocional do Professor.	2012
	2- Apresentação do Projeto- parte 2	Fala sobre a Terapia Floral, e o papel da emoção no conjunto das dimensões básicas do ser humano.	2012
	3- Apresentação do Projeto- parte 3	Mostra como fazer a avaliação nos meridianos, para avaliar quais florais são necessários.	2012
	4- Instruções sobre cansaço acumulado- parte 1	Fala sobre o cansaço, e como ele influencia na vida cotidiana.	2012
	5- Instruções sobre cansaço acumulado- parte 2	Comenta sobre algumas características humanas que levam ao cansaço.	2012
	6- Instruções sobre cansaço acumulado- parte 3	Comenta sobre quais os Chakras que estão em desequilíbrio nesse processo.	2012
	7- Instruções sobre cansaço acumulado- parte 4	Ainda sobre quais os Chakras que estão em desequilíbrio no cansaço.	2012
	8- Instruções sobre cansaço acumulado- parte 5	Fala sobre o floral 5/10, que atua na impaciência.	2012
	9- Instruções sobre cansaço	Comenta sobre posologia para	2012

	acumulado-parte 6	uso dos florais.	
	10- Instruções sobre cansaço acumulado-parte 7	Comenta sobre como a vida acadêmica causa e fortalece o cansaço.	2012
	11- Instruções sobre cansaço acumulado-parte 8	Comenta sobre o disciplinamento exagerado que contribui com o cansaço.	2012
	12- Combinação do 3º Chakra- 7/11	Comenta sobre o equilíbrio sob a contrariedade desse floral e evitar a somatização.	2012
	13- Combinação 9/1	Comenta sobre a atuação dessa essência em medos específicos.	2012
	14- Recomendações 4/8	Comenta a atuação desse floral em pessoas com dificuldades de dizer não.	2012
	15- Instruções 6/2- parte 1	Comenta sobre o desequilíbrio do Chakra da garganta.	2012
	16- Instruções 6/2- parte 1 continuação	Comenta sobre as características de possessividade.	2012
	17- Instruções 6/2- parte 2	Comenta sobre os efeitos da possessividade.	2012
	18- Instruções 6/2- parte 3	Comenta sobre as características de superioridade.	2012
	19- Instruções 6/2- parte 4	Comenta sobre os efeitos da superioridade.	2012
	20- Instruções 6/2- parte 5	Comenta sobre a importância de perceber que está sob efeito dessas características.	2012
	21- Instruções 6/2- parte 6	Comenta sobre a preocupação exagerada.	2012
	22- Instruções 6/2- parte 7	Comenta sobre a preocupação exagerada.	2012
	23- Complementação 6/2	Comenta sobre as consequências de cometer os mesmos erros.	2012
	24- Indicações 6/12	Comenta sobre a indicação para pessoas que são tímidas, recuadas e pessoas bipolares.	2012
	25- Indicações 3/4	Comenta que essa essência é indicada para pessoas que se perturbam muito para	2012

		desempenhar atividades.	
	26- Indicações de Emergência	Mostra os Chakras e todas as situações que os florais podem ser utilizados.	2012
	27- Florais do Agreste- parte 1	Fala sobre Dr. Bach e sua contribuição para os sistemas florais.	2012
	28- Florais do Agreste- parte 2	Mostra que cada parte do corpo tem um floral correspondente.	2012
Endereço Eletrônico do blog: <a href="http://ferdinand-rohr.blogspot.com.br/search?updated-min=2012-01-01T00:00:00-08:00&amp;updated-max=2013-01-01T00:00:00-08:00&amp;max-results=28">http://ferdinand-rohr.blogspot.com.br/search?updated-min=2012-01-01T00:00:00-08:00&amp;updated-max=2013-01-01T00:00:00-08:00&amp;max-results=28</a>			

Fonte: autores (2016).

No quadro 4 estão representados os vinte e oito vídeos que colaboraram para um maior entendimento acerca dos Florais do Agreste. Demonstam também todas as essências florais que fazem parte desse sistema floral, e suas indicações.

Percebendo ser a partir dessa organização do pensamento, a forma mais linear de compreensão dos fatos a serem abordados, foram elaborados três eixos temáticos de discussão, a saber: Medicalização da vida, Multidimensionalidade e Terapia Floral.

## **DISCUSSÃO**

### **Medicalização da Vida**

Na sociedade ocidental, as práticas de e para a saúde são desenvolvidas a partir dos conhecimentos que possuem caráter estatístico, perpassando quantitativamente o processo saúde-doença, legitimado pelo modelo biomédico, e baseado em racionalidades médicas, instrumentalizado através do exercício da medicina, sendo o cientificismo considerado a única meio de justificação para suas intervenções e diagnoses sob os diversos aspectos da vida humana (CALANZAS, 2008).

Do mesmo jeito que a medicina avança com novas descobertas de tratamentos e terapêuticas, focados na patologia, generalizando o consumo exagerado e banalizado de fármacos pela população, distancia o sujeito de sua autonomia enquanto participante de uma sociedade (FRANCO DE SÁ, 2008), tornando-o passivo diante da imposição de critérios de enquadramento do corpo

físico, acarretando o distanciamento da sua subjetividade e do seu próprio modo de viver, ou seja, exercendo a medicalização da vida (CORRÊA, 2012).

Conceitualmente, medicalização (CORRÊA, 2012; ZORZANELLI, 2014) pode ser considerado como um fenômeno onde todas as situações e sentimentos cotidianos, como: a dor, morte, sofrimento; que não eram considerados como sendo pertencente à área médica, agora, passa a serem incluídos dentro das atribuições da medicina, transformando-os em alvo de seus dispositivos.

Caponi (2009) afirma que dentro na lógica de medicalização da vida, está englobado o aumento da quantidade de hospitais, laboratórios, distribuição indiscriminada de medicamentos e incorporação da condição humana em esquemas classificatórios, como: doença ou transtorno; medicalizando minuciosamente os corpos e todas as dimensões humanas, ponto-a-ponto, à luz da responsabilidade de saúde pelo Estado (RABINOW, 2006).

Com isso, acaba por retirar dos sujeitos a sua autonomia de constituísse como produtor e construtor da sua própria vida e saúde, limitando suas escolhas em detrimento ao racionalismo científico (FERNANDEZ, 2012).

O processo de medicalização não está só atrelado à medicina, embora esta reforce suas práticas, outras instituições também a utilizaram e utilizam numa tentativa de controle e regulação da população (TESSER, 2008).

A medicalização é um processo antigo, datando desde o século XIX, onde se ocupou de administrar as questões psiquiátricas, assumindo total controle da vida dessas pessoas consideradas desviadas do comportamento padrão e aceitável da sociedade, como doentes, mulheres históricas, pessoas consideradas pervertidas, drogados, pobres abandonados a própria sorte, sendo criados os hospitais psiquiátricos, lugar onde a medicalização e biopoder sobre os corpos eram exercida de maneira livre, sem importância sobre como aquelas condutas e condições desumanas afastavam-nas de suas relações familiares e sociais (RABINOW, 2006), porém esses estados humanos ainda não pertenciam à área médica.

É na verdade a partir do século XX, com o crescimento da indústria midiática (CORRÊA, 2012) e os diversos avanços biotecnológicos, exames de imagem, diagnósticos e seus respectivos tratamentos, bem como, a pressão midiática envolvida nesse processo, para sua melhor aceitação, que a medicalização normatizante sobre o que seria normal ou anormal, ganhou espaço para incorporar e

invadir com as racionalidades biomédicas e suas intervenções cada vez mais, aspectos da vida humana (ZORZANELLI, 2014).

A racionalidade biomédica é considerada a “teoria das doenças”, no momento em que comporta dentro do seu campo teórico-prático procedimentos de padronização dos organismos em especialidades, subjugação a exames muitas vezes danosos e desnecessários, que fragmenta os indivíduos, os transforma em consumidores vorazes de diversas medicações, e demarca sua atuação em órgãos vitais, local das verdades das doenças (CAMARGO JR, 1992).

A superação da medicalização é necessária, e cada vez mais possível, desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a população tenha a oportunidade de entrar em contato com formas outras de atenção à saúde, relativizando as atividades biologicistas (TESSER, 2010).

Paralelo a essa problemática, existe o crescente interesse nas chamadas práticas integrativas e complementares (PIC's), reconhecida pelo seu potencial desmedicalizante (TESSER, 2008).

Portanto, as PIC's, partem do pressuposto de uma visão holística do processo saúde-doença, onde mente e espírito não pode ser distanciado, e integra todas as dimensões do sujeito em suas abordagens (BARROS, 2014).

Sendo amplamente utilizadas, essas práticas respeitam a individualidade das pessoas, suas formas de lidar com os problemas da vida, prezando pelo conhecimento dos usuários, atuando na promoção e prevenção da saúde, para o alcance da integralidade dos sujeitos (CORDEIRO, 2008).

### **Multidimensionalidade**

A crescente tecnificação dos tratamentos no exercício da medicina, sua atuação pontual apenas em fatores de adoecimentos externos sobre o organismo, vem sofrendo alterações, numa busca por mais humanidade no campo da saúde (NEVES, 2010).

Diante das constantes apostas na dualidade entre corpo-mente pelos sistemas médicos, é necessário se pensar em outras abordagens, que relativizem as terapêuticas voltadas apenas a processos fisiológicos, que apresente e concretize o conceito de integralidade nos sujeitos (RÖHR, 2010).

A integralidade por sua vez, ressignifica o sentido das intervenções em saúde, por se tratar de um conceito que compõe os princípios do SUS e exclui qualquer

tentativa de reducionismo e objetividade sobre os sujeitos, abrindo espaços para uma troca de conhecimentos e reconhecimento de suas vontades (NEVES, 2010).

Como ela permite que os indivíduos se identifiquem como potencialidades, capazes de desenvolver sua autonomia e participação ativa nas intervenções dirigidas a si mesmo, a integralidade compreende todas as dimensões dos sujeitos, operacionalizando a multidimensionalidade das novas práticas em saúde (RÖHR, 2010; MACHADO, 2007).

A multidimensionalidade é a inclusão da várias dimensões inerentes as seres humanos, e que uma dimensão estando em desequilíbrio, interferiria nas outras e assim por diante, seguindo da dimensão mais densa, até a dimensão mais sutil (RÖHR, 2010). Röhr (2010) afirma que essas dimensões são hierarquizadas e interdependentes, de acordo com suas densidades, que fazem parte da percepção da saúde humana integral.

Diante da representação das cinco dimensões básicas dos seres humanos, é preciso um reconhecimento de que desse modo é possível trabalhar a integralidade, a partir de sua multidimensionalidade (RÖHR, 2010), conscientes de que diante do complexo simbólico de representações no campo da saúde (SAMPALIO, 2012), qualquer sistema explicativo dessas realidades subjetivas é também, embora em menor grau, uma redução dela (RÖHR, 2010). Assim, como podemos observar existem cinco dimensões básicas: a dimensão física, sensorial, emocional, mental e espiritual (RÖHR, 2010).

Para melhor compreensão de cada dimensão, apontaremos algumas características de cada uma delas: a **dimensão física**: inclui a noção de corporalidade físico-biológica; a **dimensão sensorial**: é representada pelas sensações, como calor-frio, dor-prazer físico, doce-amargo, toda percepção envolvendo os cinco sentidos: tato, visão, audição, olfato e paladar (RÖHR, 2010).

A **dimensão emocional**: é o lócus da ação dos Florais do Agreste e envolve a psique e os estados emocionais, como o medo, euforia, tristeza, alegria, insegurança, saudade, solidão; a **dimensão mental**: compreende o racional e lógico correspondente aos pensamentos universais e formais (lógica, matemática), e a capacidade de reflexão, de questionamento de todas as coisas; e por fim, a **dimensão espiritual**: que não é religiosa, mas que pode incluir a espiritual, porém contém características de comprometimento incondicional em relação a algo, incluem-se valores éticos e metafísicos (RÖHR, 2010).

Portanto, o conceito de integralidade a qual a multidimensionalidade se apropria é de que precisamos reconhecer de cada dimensão supracitada, e que não é possível interferir numa dimensão sem levar em consideração a outra, e a saúde das pessoas, dependem da harmonização dessas dimensões básicas (RÖHR, 2010).

Nessa corrente de pensamento, as dimensões básicas serviriam para direcionar os serviços de saúde, para a necessidade de uma terapêutica individualizada, pois cada pessoa tem uma forma de lidar com cada uma dessas dimensões, e que estivessem de acordo com a realidade local das populações (SAMPAIO, 2012).

Como o modelo biomédico não dá conta de analisar os aspectos da multidimensionalidade, e já foram colocadas outras práticas terapêuticas que apostam em ações para uma abordagem holística do processo saúde-doença (PNPIC, 2006; PELIZZOLI, 2014), é necessário o desenvolvimento de uma perspectiva de promoção (PNPS, 2006), prevenção e proteção da saúde (SAMPAIO, 2012), como apóia as Práticas Integrativas e Complementares, para o fortalecimento da autonomia e emancipação dos sujeitos, requerida para que a integralidade seja exercida. E apesar do poder hegemônico imposto nas ações de saúde, e autoritarismo médico (PERURENA, 2014), quero destacar aqui, a Terapia Floral, que será abordada mais a frente, que se constitui numa importante contribuição para atividades de atenção a saúde, subsidiando um serviço humanizado (NEVES, 2010).

### **Terapia Floral**

Os tratamentos atuais só concentram suas intervenções no corpo (CEOLIN, 2009), esquecendo a existência de dimensões sutis, que podem e na maioria dos casos se encontra em desequilíbrio energético, sendo necessário buscar por outras maneiras de cuidar, que considerem outros aspectos do ser humano, como as emoções (RÖHR, 2014).

No século XX, a partir das descobertas de Einstein sobre a visão da matéria expressa na forma de energia, sendo o humano formado por essa mesma matéria, o homem passa a ser considerado como criaturas energéticas, formados de sistemas energéticos, que precisam para atingir um estado de equilíbrio, estar em uma harmonia entre essas energias (TROVO, 2003).

Quando paramos para analisar a causa do adoecimento das populações, constatamos que, na maioria dos casos se dá por estados emocionais desequilibrados, que causam somatizações no nível do corpo ou dimensão física (RÖHR, 2010).

A emoção por se tratar de uma dimensão mais sutil do que a física, altera demoradamente a matéria mais densa, o que no contrário, qualquer alteração do corpo físico quase que instantaneamente é capaz de modificar o estado emocional, dificultando a associação causa e efeito dessa relação (RÖHR, 2010).

Por se tratar de uma prática vibracional, dessa maneira, a Terapia Floral reparam as perturbações nas matérias mais sutis, no decorrer da ministração de porções terapêuticas compostas por energias sutis equilibradas, as essências florais (GERBER, 2012).

A cultura oriental inicialmente que sempre se lançou e aprofundou-se sobre esses estudos, descobrindo os meridianos, considerados similarmente a corrente sanguínea, por onde passa nossas energias, e teria ligação com os chakras, com ligação no corpo sutil inteiro, que por função se encarregariam de captar, filtrar e expulsar energias sutis nos meridianos (RÖHR, 2010).

O precursor de área, Dr. Bach, que através de sua sensibilidade, encontrou um campo energético nas flores, que ao entrar em contato com energias desequilibradas, proporcionariam uma condução a volta da sua condição inicial, devolvendo o padrão vibracional daquele estado emocional (NEVES, 2010).

Entretanto, os florais de Bach, não são mais cultivados e produzidos por ele, cabendo a indústria farmacêutica comercializar em larga escala as essências florais, o que se torna esses florais às vezes ineficazes em seus efeitos, pois as multinacionais estão preocupadas em lucro, não na qualidade do material ofertado (RABINOW, 2006).

Contudo, existe um sistema floral que foi desenvolvido a partir das pesquisas de Bach, e que são oriundos da região do Agreste Pernambucano, sob clima e condições favoráveis para cultivo, os chamados Florais do Agreste (RÖHR, 2010).

Os Florais do Agreste, assim como os de Bach, atuam no equilíbrio de condições emocionais (ALVIM, 2006), o que diferencia um pouco da abordagem de Bach, é que os Florais do Agreste, fundamentalmente tem a função muito mais específica (RÖHR, 2010).

Quanto mais o indivíduo tem a consciência de que emoção está em desequilíbrio no seu corpo sutil, mais rápido e eficiente vai ser os efeitos das essências florais, por isso a importância no autoconhecimento dos usuários dessa terapêutica, otimizando assim tempo de tratamento, porém não se descarta avaliação por um terapeuta floral, detectado uma camuflagem no reconhecimento das emoções (RÖHR, 2010).

As essências florais do Agreste são colhidas preferencialmente de dia, embora existam flores que devam ser colhidas a noite, quando a energia solar que é yang está mais presente, e é ela que extrai a energia da flor, colocando-se num recipiente água e as pétalas, e deixando-as expostas, favorecendo a extração do campo vibracional das mesmas, que ficam impressas na água (RÖHR, 2010).

A ingestão dessas essências está diretamente ligada às formas de expressão de pensamento, sentimentos e modos de encarar a vida. Pois os florais buscam o cuidar das causas e não o resultado do processo de somatização (NEVES, 2010).

Portanto, embora vivamos em uma sociedade imediatista, movidas pela lógica do capital, onde a saúde vira mercadoria e as pessoas são influenciadas a se tornarem cada vez mais medicalizadas (CORREIA, 2012), temos em contrapartida, sistemas que atuam com uma visão holística da vida e dos seres humanos, quanto políticas que garantem a viabilização desses sistemas, para que sejam introduzidos e utilizá-los como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde e integralidade da atenção em saúde, englobando-os em suas multidimensionalidades (CEOLIN, 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nas pesquisas realizadas para a construção desse artigo, podemos constatar que os Florais do Agreste são considerados uma prática integrativa com poder desmedicalizante, que propicia que os sujeitos a utilizem como uma ferramenta para o equilíbrio das suas energias no nível do corpo emocional, através do autoconhecimento, sem esquecer que as intervenções no nível do corpo físico pelo modelo biomédico são de grande importância, quando este realmente é indicado para isso.

Também pudemos constatar toda luta para a construção de um sistema de saúde que atendesse a população de igual forma, apresentando novas práticas em

saúde que remetessem ao objetivo de potencializar a saúde dos indivíduos reconhecendo, em particular, seu caráter multidimensional.

Podemos apontar como limitações para os estudos, as escassas publicações referentes às práticas integrativas, em especial a terapia floral e os Florais do Agreste, por talvez ser um sistema floral mais recente.

Por fim, é possível reconhecer a partir dos autores apresentados, a que é necessário o desenvolvimento de estudos e práticas que promovam a expansão de uma nova consciência em saúde.

Na qual a mesma seja um recurso para a construção de uma vida mais humana, voltada para os seus aspectos positivos, onde cada pessoa possa ser empoderada e co-responsável pelo próprio caminho que fará para obtê-la, certo de que sua escolha é autêntica e livre.

É necessário mais pesquisas com abordagens que mostrem como os florais podem ser inseridos no SUS, na expectativa de que esse seja um caminho para uma saúde mais digna e igualitária.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, A. T. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, maio-jun 14(3), 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, N. F. Práticas Integrativas em Saúde: a Margem, o Núcleo e a Ambivalência. In: BARRETO, A. F. **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE, 2014.

BLANK, D. M. P. BRAUNER, M. C. C. **Medicalização da saúde: biomercado, justiça e responsabilidade social**. JURIS, Rio Grande, 14: 7-24, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_**Lei 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, Brasília, DF, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_**Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_**Ministério da Saúde. Carta de Curitiba**. Curitiba, junho de 2016.

\_\_\_\_\_**Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.**

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

\_\_\_\_\_**Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 197/ 97, Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e / ou qualificação do profissional de enfermagem. In: COREN-SP. Documentos básicos de enfermagem**. São Paulo: Escrituras, 2001. p. 159-60.

BRITO, M. A. Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. In: CAPONI, S., VERDI, M., BRZOZOWSKI, F.S., HELLMANN, F., organizadores. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 1ª Edição. Palhoça: Editora Unisul; 2010.

CALAZANS, R., LUSTOZA, R. Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008.

CAMARGO JR, K. R. (Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica. **Revista de Saúde Coletiva** Vol. 2, Número I, 1992.

CAMPO, C. M. G. WIDERSKI, K. Uso dos Florais de Bach para o tratamento de ansiedade e estresse dos profissionais de enfermagem. **Saberes Unicampo**, Campo Mourão, v. 01, n.02, jan. – dez. 2015.

CANESQUI, A. M. A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica. In: CAPONI S., VALENÇA, M. F. V., VERDI, M., ASSMANN, S. J., organizadores. **A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica**. São Paulo: Editora LeberArs; 2013.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [ 2 ]: 529-549, 2009.

CEOLIN, T. et al. A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. **Enfermería global**, n. 16, 2009.

CORDEIRO, J. C., AUGUSTO, L. G. S. A promoção da saúde e implicações para as políticas e as cidades saudáveis. In: AUGUSTO, L. G. S; BELTRÃO, A. B. **Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, v. 1, p. 75-81, 2008.

CORRÊA, G. ROSO, A. Biopolítica, indústria farmacêutica e medicalização: construções de formas simbólicas sobre a influenza A (H1N1). *Fractal*, **Revista de Psicologia**, v. 24 – n. 2, p. 227-252, Maio/Ago. 2012.

DANIEL, M. A. I. et al. A Terapia Floral no Controle do Estresse Ocupacional. **Revista Saúde.Com**; 9(1): 33-43. 2013, Santa Catarina.

FERNANDEZ, J.C.A.; WESTPHAL, M.F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.42, p.595-608, jul./set. 2012.

FRANCO DE SÁ, R. Um Sobrevôo Histórico, Conceitual e Axiológico no Campo da Promoção da Saúde. In: SCHMALLER, V. P. V.; FRANCO DE SÁ, R. (Org.). **Ações Integradas e Comunitárias para Promoção da Saúde da Criança**. 1ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2008, v.1, p. 19-45.

GERBER, R. **Medicina Vibracional: Uma Medicina para o Futuro**. Editora Cultrix, São Paulo, Ed. 12, 2012.

GUTIERREZ, M. L. *et al.* La promoción di salud. In: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M. T. (Orgs.) **La Promoción de la salud y La Educación para La Salud en América Latina**. San Juan: Editora de La Universidad di Puerto Rico, 1997.

HEIDMANN I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

HIRATA, M. C. Florais de Bach: uma abordagem na enfermagem segundo Martha Rogers. **Revista Baiana Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 28-46, abr, 1993.

JESUS, E. C.; NASCIMENTO, M. J. P. Florais de Bach: uma medicina natural na prática. **Revista de Enfermagem UNISA**. 2005; 6: 32-7. São Paulo.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, ed. 5, 2003.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 335-342, 2007.

NEVES, L. C. P. SELLI, L. JUNGES, R. A integralidade na Terapia Floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema Único de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; 34(1):57-64.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Genebra: OMS, 1986.

PELIZZOLI, M. L. Visão Histórica e Sistêmica: Bases para o Paradigma Integrativo em Saúde. In: BARRETO, A. F. **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE, 2014.

PERURENA, F. C. V. Institucionalização de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde!? **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v21, n.1, jan-mar., p .361-363, Rio de Janeiro, 2014.

RABINOW, P. ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais**. Nº. 24, abril, 2006 - p. 27-57.

RÖHR, F. Cultura de Paz: Saúde mente e corpo pela contribuição da teoria floral. In: Pelizzoli, Marcelo. (Org.). **Cultura de Paz - Restauração e Direitos**. 1ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010, v.1, p. 217-240.

RÖHR, F. Espiritualidade e Educação In: ROHR, FERDINAD. (Org.). **Diálogos em Educação e Espiritualidade**. 1ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010, v.1, p. 13-52.

RÖHR, F. BARRETO, A. F. Resgatando a Espiritualidade Humana: Caminhos Indicados para um cuidado Sustentável e Íntegro! In: BARRETO, A. F. **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE, 2014.

SAMPAIO, D. M. VILELA, N. A. B. A. SIMÕES, A. V. Representações sociais e prática do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20 (4): 481-7.

SALA, R. D., CRISTOFOLINI, G. M. A. F. A influência da essência floral vibracional quântica no padrão energético captado por eletrodiagnóstico ryodoraku de acupuntura. **Revista Saúde Quântica** / vol.3 –nº3/ Jan–Dez 2014.

SILVA, L. B. LIMA, I. C. BASTOS, R. A. Terapias Complementares e Integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de Enfermagem de uma instituição pública. **Revista. Saúde Coletiva UEFS**, Feira de Santana, 5(1): 40-45, dez, 2015.

TAVARES, C. **Iniciação à visão holística**. Rio de Janeiro: Record, 4a. ed.,1998.

TESSER, C. D., BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, 2008; 42(5): 914-20.

TESSER, C. D. *et al.* Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3): 3615-3624 2010.

TROVO, M. M., SILVA, M. J. P., LEÃO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, julho-agosto; 11(4): 483-9, 2003.

ZORZANELLI, R. T. ORTEGA, F. JÚNIOR, B. B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6): 1859-1868, 2014.

WEYKAMP, *et al.* Motivação: Ferramenta de Trabalho do Enfermeiro na Prática da Educação em Saúde na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 19(1): 5-10, 2015.

## ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

### NORMAS – PHYSIS (Revista de Saúde Coletiva)

#### Escopo e política

**Physis** é uma publicação trimestral voltada para a produção acadêmica na área de Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras das temáticas da área. A revista é composta basicamente por artigos de livre submissão dos autores, bem como uma seção de resenhas. Ocasionalmente, o Conselho Editorial poderá propor temas específicos, considerados relevantes, com textos de autores convidados, com inserção relevante no debate sobre o tema, que serão igualmente submetidos ao processo de revisão por pares. Os autores devem indicar, em nota de fim, se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. No caso de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, os autores devem explicitar, em um parágrafo na seção do artigo que trata da metodologia, que a pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). Deve-se atentar, sobretudo, ao disposto na Resolução CONEP nº 196/96.

#### Forma e preparação de manuscritos

**A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:**

**Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências):** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*doubleblindpeerreview*) - e conforme disponibilidade de espaço.

**Formato para encaminhamento de textos:**

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOneManuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário estar cadastrado no sistema. Realizado o cadastro, deve-se fazer o *login*, acessar o "*Author Center*" e dar início ao processo de submissão.
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção,

que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo ou em nota de fim.

4. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão** (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um **até 200 palavras**, eles devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido, assim como o título curto. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word* ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw* ou similar. **Todas as ilustrações devem estar em arquivos**

**separados** e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "*image*", "*figure*" ou "*table*", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências.** Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As **referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT.** No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências,** assim como por sua correta citação no texto.

9. **Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY.** A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, **deverá ser feita referência à primeira publicação na revista.** A **declaração de autoria** deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores,

digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível em publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada, recomendada pela Editoria de *Physis*, e os custos de tradução correrão por conta do autor.

**15. Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas.**

16. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

**Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais  
(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como  
"*supplemental file not for review*")**

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha

\_\_\_\_\_ foi a seguinte:

(identificação de autor 1): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor 2): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor *n*): (atividades desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis*:

*Revista de Saúde Coletiva*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar os respectivos créditos.

Assinaturas:

---



---



---



---

### **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã

20.550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 (21) 2334-0504 ramal 108 - Fax:

(21) 2334-2152

Endereço eletrônico: [publicacoes@ims.uerj.br](mailto:publicacoes@ims.uerj.br)

Web: <http://www.ims.uerj.br>

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

### **Padrões para referências**

#### **Livros e folhetos**

BIRMAN, J. *Pensamento freudiano*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. 204p.

ANÁLISE do desempenho hospitalar: III trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295 p.

#### **Capítulos de livros**

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1994. p. 131-152.

#### **Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.**

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...*  
São

Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

MENDONÇA, G. A. Câncer no Brasil: um risco crescente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 63-77.

### **Dissertações e teses**

CALDAS, C. P. *Memória de velhos trabalhadores*. 1993. 245 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. *A construção da Aids*. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

### **Periódicos**

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.

PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ,IMS, 1992- . Semestral. ISSN 0103-7331.

SILVA, A. A. M. da; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R. *et al.* Cobertura Vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

### **Jornais**

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

### **Referência legislativa**

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

### **Documentos eletrônicos**

REVENGE, S. J. *The internet dictionary*. Avon : Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 12 jul. 1998.

ALEIJADINHO. In: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, G. A. C. de. *Citações e referências a documentos eletrônicos*. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 dez. 1996.

COSTA, M. *Publicação eletrônica*[mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <[cbc@uerj.br](mailto:cbc@uerj.br)> em 10 ago. 2001.