

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Rúbia Mara Ribeiro

**O CUIDADO AMPLIADO PELA ANTROPOSOFIA: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A PRÁTICA DA ENFERMAGEM ANTROPOSÓFICA**

Juiz de Fora

2013

Rúbia Mara Ribeiro

**O CUIDADO AMPLIADO PELA ANTROPOSOFIA: um estudo de caso
sobre a prática da enfermagem antropológica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora

2013

R484e Ribeiro, Rúbia Mara, 1973-

A enfermagem ampliada pela Antroposofia : um estudo de caso sobre a prática da Enfermagem Antroposófica / Mara Rúbia Ribeiro. – Juiz de Fora, 2013.

121 f. : il. ; 29 cm.

Orientadora: Rosangela Maria Greco.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora.

1. Antroposofia. 2. Enfermagem - cuidado I. Rosangela Maria Greco. II. Título.

CDD: 615.851



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (32) 21023297 - EMAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação: O cuidado ampliado pela Antroposofia: um estudo de caso sobre a prática da Enfermagem Antroposófica.

Nome do aluno: Rúbia Mara Ribeiro

ORIENTADORA: Rosangela Maria Greco

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 21 de fevereiro de 2013

Profª Drª Drª Helena Maria Fekete Nuñez

Profª Drª Betânia Maria Fernandes

Profª Drª Rosangela Maria Greco

Dedico esta dissertação à minha irmã Fabíola que acreditou em mim e nos conhecimentos antropológicos para lutar na sua doença.

Você me mostrou o quanto a vida é linda e que a vitória deve ser celebrada todos os dias.

Obrigada por despertar em mim o maior dom de ser enfermeira: simplesmente estar junto!

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar e iluminar minha luta, não me deixar dominar pelo cansaço e pelo desânimo.

À minha família, pelas palavras de incentivo e por caminharem comigo em busca de meus ideais, renunciando muitas vezes seus sonhos e afazeres para que eu pudesse realizar os meus. Tudo que eu disser será pouco para expressar o quanto sou grata a vocês.

À minha irmã Vanessa que me incentivou a escrever e a contar as páginas escritas diariamente.

A minha irmã Samantha pela preocupação como minhas idas e vindas constantes.

A minha mãe Vilma que estudou Antroposofia para me compreender.

Ao Valdeci por estar ao meu lado incondicionalmente.

A minha querida orientadora Prof^a Rosangela por acreditar em mim. Em você descobri um ser humano de um coração enorme e uma grande amiga. Obrigada!

A minha querida amiga Prof^a Betânia por ser uma grande companheira e compartilhar o sonho de divulgar a Enfermagem Antroposófica.

Ao Paulo Maurício por me apresentar a Antroposofia.

As minhas colegas do Curso Básico em BH, o grupo Flor e Ser, por manter viva a minha busca espiritual.

A enfermeira antroposófica, Ana Amélia Miglio, que incentivou minha busca pelo caminho espiritual.

Ao meu amigo Carlos Eduardo por me emprestar seus ouvidos nos meus momentos de angústia.

A minha querida amiga Angélica, pela hospitalidade e pela amizade. Em você encontrei mais que uma grande amiga, mas uma irmã.

A minha amiga Katiucia pelas sábias palavras nos momentos de indecisão.

As minhas queridas amigas, Meirize, Rosângela, Clara e Jacira, terapeutas antroposóficas que me inspiram. Aprendi muito com vocês. Obrigada!

Ao meu amigo Charles por estar sempre presente na minha vida.

Ao meu tio Adilson por me amparar nos momentos de dúvidas.

À secretária mais nobre que conheço. À você Jorbênia, pela sua disponibilidade e dedicação. Uma linda amizade surgiu e espero que seja eterna.

À querida Prof^a Cristina Arreguy pelo aprendizado proporcionado e pelas palavras de incentivo.

À coordenação do mestrado pela possibilidade de crescimento e empenho no intuito de se chegar à excelência.

A todos os professores que se esforçaram para que nosso sonho se realizasse.

Aos meus amigos de jornada acadêmica, Ana Cláudia, Márcio e Ângela Farnese pela amizade incondicional.

Aos meus companheiros do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais, câmpus São João del - Rei pelo apoio, incentivo e amizade.

À equipe da Clínica Médica Antroposófica Vivenda Sant'Anna, em especial ao diretor clínico, Dr. Antônio Marques pela excelente receptividade e pela valiosa contribuição ao estudo. Obrigada por me fazer acreditar cada vez mais na Antroposofia.

*“Nego-me a submeter-me ao medo que me tira minha
alegria de minha Liberdade, que não me deixa arriscar
nada, que me torna pequena e mesquinha, que me
amarra, que não me deixa ser direta e franca, que me
persegue, que ocupa negativamente minha imaginação,
que sempre pinta visões sombrias.
No entanto, não quero levantar barricadas por medo do
medo.*

Eu quero viver, não quero encerrar-me.

Não quero ser amigável por medo de ser sincera.

*Quero pisar firme porque estou segura, e não porque
encobri meu medo.*

*E quando me calo, quero fazê-lo por amor, e não por
temer as conseqüências de minhas palavras.*

Não quero acreditar em algo só pelo medo de acreditar.

*Não quero filosofar por medo de que algo possa atingir-
me de perto.*

*Não quero dobrar-me só porque tenho medo de não ser
amável.*

*Não quero impor algo aos outros pelo medo de que
possam impor algo a mim.*

Por medo de errar não quero tornar-me inativo.

*Não quero fugir de volta para o velho, o inaceitável, só
pelo medo de não sentir-me segura no novo.*

*Não quero fazer-me importante porque tenho medo de
que senão poderia ser ignorada.*

*Por convicção e amor quero fazer o que faço e deixar de
fazer o que deixo de fazer.”*

**AO MEDO QUERO ARRANCAR O DOMÍNIO E DÁ-LO
AO AMOR !**

Rudolf Steiner

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivos descrever o exercício da Enfermagem Antroposófica a partir de sua prática e vivência laboral em uma clínica antroposófica; identificar os tratamentos adotados no cuidado em Enfermagem Antroposófica; analisar, à luz da Antroposofia, os fundamentos do cuidado exercido pela enfermagem no ser humano. A Antroposofia significa sabedoria do ser humano com um duplo sentido: além da sabedoria terrena, também aquela que pode ser adquirida investigando-se outro mundo, o espiritual. Engloba o ser atuante, o tempo todo presente, que lida com sua dimensão material e espiritual. Nessa visão, o homem possui três faces da natureza, as quais Steiner (2004), fundador desta concepção, denominou de corpo, alma e espírito. Justifica-se a realização desse trabalho a incipiência de estudos sobre a Enfermagem Antroposófica no Brasil, diferentemente de outros países, há somente duas teses de doutorado publicadas sobre o assunto. Neste estudo foi utilizada uma pesquisa qualitativa, cujo método foi o estudo de caso e a observação participante como técnica de coleta de dados. Os sujeitos do estudo foram os membros da equipe de enfermagem de uma clínica médica antroposófica num município da Zona da Mata Mineira. Os resultados evidenciaram que as terapias utilizadas foram o banho intestinal, as compressas, as massagens (deslizamento e massagem com mel), banhos de imersão de óleo, repouso terapêutico, terapia com *viscum album*, nos casos de pacientes oncológicos. O cuidado antroposófico foi fundamentado nos doze sentidos, nos sete processos vitais, nos doze gestos do cuidado, na trimembração e na quadrimembração. O enfermeiro ao assistir considera o ser humano em sua singularidade, na sua relação com a natureza e com o cosmo. Constatamos que a cura envolve a existência de forças sutis e a enfermagem deve estimulá-la através de um cuidado individualizado.

Palavras- chave: Antroposofia. Cuidado. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to describe the practice of Anthroposophic Nursing from their practice and the experience of working in an anthroposophical clinic; to identify treatments used in Anthroposophical nursing care; examine, in the light of anthroposophy, the fundamentals of nursing care exercised by humans. Anthroposophy means wisdom of the human being, with a double meaning: beyond earthly wisdom, also one that can be gained by investigating other world, the spiritual. Includes active being; all time present which handles material and spiritual dimension. In this view, man has three faces of nature, which Steiner (2004), founder of this design, called body, soul and spirit. It is justified to carry out this work the paucity of studies on the Anthroposophical Nursing in Brazil, unlike other countries, there are only two doctoral dissertations published on the subject. This study used a qualitative research method which was the case study and participant observation as a technique for data collection. The study subjects were members of the nursing staff of an anthroposophical medical clinic in a town in Zona da Mata Mineira. The results showed that the therapies used were intestinal bath, compresses, massage (sliding and massage with honey), oil immersion baths, relaxing therapeutic, therapy with *Viscum album*, in cases of cancer patients. The anthroposophic care was substantiated in the twelve senses, in the seven life processes, in the twelve gestures of care, and in threefolding and fourfolding. The nurse watching considers the human being in its uniqueness, in its relationship with nature and the cosmos. We note that healing involves the existence of subtle forces and nursing must stimulate it through individualized care.

KEYWORDS: Anthroposophy. Care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Os Doze Sentidos Humanos e sua correlação trimembrada.....	43
Quadro 2 - Os Doze gestos de cuidados antroposóficos.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS

ABMA	Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
ESF	Estratégia Saúde da Família
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SMM	Sistema Metabólico- Motor
SNS	Sistema Neurosensorial
SR	Sistema Rítmico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
	Objetivos.....	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	ANTROPOSOFIA: a ciência espiritual de Rudolf Steiner.....	19
2.2	A concepção do ser humano segundo Antroposofia.....	21
2.3	Os doze sentidos.....	34
2.4	Medicina Antroposófica.....	41
2.5	Terapias antroposóficas.....	43
3	ENFERMAGEM: a arte de cuidar.....	48
3.1	Processo de trabalho da enfermagem.....	50
3.2	O cuidado como essência.....	52
3.3	Enfermagem Antroposófica.....	55
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
4.1	Delineamento.....	61
4.2	Coleta e Análise de dados.....	63
4.3	Cenário e sujeitos do estudo.....	66
4.4	Aspectos éticos.....	68
4.5	Fases do trabalho de campo.....	69
4.5.1	A primeira fase: a observação não participante.....	69
4.5.2	A segunda fase: a observação com alguma participação.....	70
4.5.3	A terceira fase: participação com observação.....	71
4.5.4	A quarta fase: reflexão.....	71
5	O CUIDADO AMPLIADO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM ANTROPOSÓFICA E AS TERAPIAS VIVENCIADAS.....	73
6	OS FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A LUZ DA ANTROPOSOFIA.....	89
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100

REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICE.....	115
ANEXOS.....	116

1 INTRODUÇÃO

Para a compreensão deste estudo, entendo ser oportuno recorrer ao meu percurso profissional o qual me direcionou para aproximação com este tema.

Durante o período no qual cursava a graduação em Enfermagem, entre 1996 e 2000, trabalhei como auxiliar de enfermagem em um hospital oncológico e pude perceber a intensa necessidade de cuidados que estes pacientes demandavam, fossem eles físicos ou emocionais. Percebia que havia um distanciamento da equipe profissional do paciente, em especial, a de enfermagem, e que me incomodava. O paciente oncológico, fragilizado pela doença e pela sensação de morte iminente exige um cuidado singular, que não requer somente um conforto físico, mas algo além da abrangência biológica, um cuidado transpessoal. Muitas vezes, este não era valorizado, tampouco, compreendido. No sentido de suprir esta necessidade e evitar que isto ocorresse, eu sempre oferecia palavras de conforto, tocava nas mãos e ouvia atentamente as necessidades de cada um que cuidava. Porém, não havia a continuidade da assistência, embora fosse a enfermagem que passava as vinte quatro horas com o paciente.

Concomitantemente, ouvia dos professores nas aulas da faculdade o termo “humanização” do atendimento e que, a enfermagem deve estar preparada para cuidar e para promover a vida, mesmo quando esta não é mais viável, como ocorria em alguns pacientes oncológicos. Mas, enquanto eu estagiava como acadêmica nos serviços de saúde percebia que “humanizar” era desconhecido para muitos, mesmo para alguns colegas de turma, pois, o processo da formação que vivenciávamos, em alguns momentos, era centrado no biologicismo, na fragmentação mecanicista, impessoal, tendo como foco a patologia e as técnicas, não o ser humano.

Esta trajetória na oncologia, aliada aos conhecimentos advindos da faculdade despertava em mim a necessidade de ampliar o cuidado e buscar alternativas terapêuticas frente à finitude.

Após minha formatura, em 2000, fui trabalhar no município onde residia minha família compondo uma equipe para atuar com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um dos poucos bairros que foram selecionados para implantação. A experiência era muito nova para todos os profissionais da equipe, portanto, tivemos que estudar muito para aprender, o que na época, era um novo modelo de

atenção, voltado para a família e para a comunidade. A ESF consistiu em um avanço para a profissão no município, pois a enfermeira poderia realizar algumas atividades que antes não eram “permitidas” e até mesmo desconhecidas por muitos profissionais. Como exemplo disto, posso citar a consulta de enfermagem que embora já reconhecida pela Lei do Exercício Profissional, desde 1986 não era formalmente realizada (BRASIL, 1986).

Nesta trajetória profissional, o despertar para a Antroposofia remonta a esse tempo em que eu trabalhava na ESF. Em 2002, um médico antroposófico trabalhou em uma destas equipes e introduziu em seus tratamentos as terapias dessa especialidade. No sentido de que as três equipes do bairro entendessem esta concepção, ele realizou um treinamento com as mesmas nos apresentando uma nova modalidade de tratamento e de visão do ser humano. Por ser uma enfermeira com formação tradicional baseada no modelo biomédico, não compreendia como as terapias antroposóficas poderiam obter resultados. Porém, ao acompanhar crianças de baixo peso na puericultura, e após várias tentativas em vão para que obtivessem ganho ponderal, passei a encaminhá-las para o tratamento denominado “banhos nutritivos”¹, e me surpreendi com a eficácia dos resultados: as crianças recuperavam o peso e ainda ficavam menos chorosas.

Dentro desse contexto, a Antroposofia se consolidou mais fortemente na minha vida, quando vivenciei uma situação de câncer na família, cujo paciente foi acompanhado por este mesmo médico. O paciente era uma pessoa em fase terminal que, com a terapia antroposófica instituída, não teve nenhuma queixa de dor em seus momentos finais.

Em 2006, a Medicina Antroposófica foi desvinculada da ESF sendo criado um centro de referência na rede municipal de saúde, denominado Casa da Saúde *AsklépiusTherapeuticum* mantido com recursos públicos, da associação antroposófica e pela população e que se mantém até os dias atuais.

Ainda ao me referir sobre o trabalho na ESF, após oito anos, a satisfação dos primeiros anos em trabalhar na saúde da família foi se perdendo; a enfermagem passou a ser visualizada pela gestão municipal como “gerência” da unidade e responsável apenas por tarefas administrativas. Com essa massificação burocrática,

¹ Banho nutritivo é uma terapia externa antroposófica que utiliza de um banho com leite, mel, ovo e suco de limão que atuam nos casos de desvitalização intensa e colabora nos estados de desnutrição (CAMPOS; BERKMAN, 2005).

os enfermeiros foram se afastando da assistência e meu descontentamento com a forma na qual a profissão estava sendo conduzida começava nesse momento. Retirei-me da ESF em 2009, e me dediquei exclusivamente às aulas na graduação em enfermagem, as quais se iniciaram em 2005. Procurei despertar em meus alunos, a beleza e a essência da profissão. Neste caminho da educação, estou até os dias atuais em que busco a qualidade e a grandeza do ser enfermeiro e encontro na Antroposofia uma nova forma de cuidar.

Diante do exposto, a fim de entender e me aprofundar nos conceitos da Antroposofia e despertar o olhar para um cuidado ampliado concomitante às aulas do mestrado, ingressei no “Curso Básico de Antroposofia” oferecido pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica – ABMA - em Belo Horizonte, a fim de subsidiar a minha prática profissional e os meus estudos na área. Além do curso básico, acompanhei as terapias externas antroposóficas realizadas por terapeutas em uma clínica de Medicina Antroposófica em São João del – Rei, onde pude acompanhar a vivência profissional, o cuidado e a prática antroposófica.

Desse modo, pude ir delimitando meu objeto de estudo e a descoberta da Antroposofia encontrava consonância com as aspirações de cuidado e de pesquisa que eu ansiava, embora ainda não conhecesse inteiramente seus preceitos. Hoje posso afirmar que a Antroposofia faz parte da minha intenção e de busca de crescimento pessoal, profissional e espiritual.

No intuito de apresentar o objeto de estudo teceremos algumas considerações iniciais sobre o tema a ser desenvolvido no decorrer desse trabalho.

A Antroposofia pode ser aplicada na Enfermagem e em outras áreas e tem sido conceituada como o conhecimento do ser humano, sendo caracterizada como uma sabedoria que aborda o homem como objeto de seu interesse. A ciência antroposófica ultrapassa os limites da ciência comum porque procura descrever e interpretar fatos e fenômenos (ABMA, 2011; LANZ, 1997).

Cabe ressaltar que o ser humano nesta concepção é constituído de corpo físico, alma e espírito. Assim, a Antroposofia traz um novo olhar à luz do cuidado, essência da enfermagem. Todas as modalidades médicas, nas medicinas integrativas, consideram o homem constituído de um corpo físico-biológico e um outro corpo, o energético. Na Antroposofia, além do físico e do energético, há o corpo etérico ou vital e o corpo astral ou alma.

Para Steiner, o homem é constituído por quatro elementos ou quatro corpos, conforme citado por Lanz (1997, p. 31): “o Eu (o indivíduo, o centro de seu ser), o corpo astral ou alma (que recebe os impulsos do mundo físico), o corpo etérico (que é a vitalidade e os ritmos corporais) e o corpo físico (base material da existência).”

Segundo a Sociedade Antroposófica no Brasil (SAB, 2010), a partir de 1920, os conhecimentos antroposóficos passaram a influenciar a prática médica, surgindo a Medicina Antroposófica. Na Alemanha, existem atualmente nove hospitais reconhecidos pelo governo.

A Medicina Antroposófica é considerada uma ampliação da medicina tradicional, sendo que entre as várias diferenças entre essas duas práticas pode-se citar o fato de que, na Antroposofia o ser humano poder ser compreendido na sua totalidade (LANZ, 1997).

No que tange à enfermagem, a Enfermagem Antroposófica surgiu em nosso país na década de 70; segundo Baldi (2003), como terapia complementar e trimembrada nas ações de cuidar, mediar e supervisionar. É praticada em todo o mundo em aproximadamente dezessete países. Existem várias associações internacionais que se reúnem anualmente no Fórum Internacional de Enfermagem Antroposófica (IFAP), cuja sessão situa-se no *Goetheanum*, na Suíça² (ANTHROPOSOPHICAL MEDICINE, 2012).

Nuñez (2008, p.72) refere que a Enfermagem Antroposófica é uma “Ciência e Arte do Cuidar” que visa a compreensão do ser humano em todo seu processo de saúde/ doença e sua relação com a sociedade.

Quanto à legislação, a resolução COFEN 197/1997 reconhece as terapias alternativas como especialidade ou qualificação do profissional de enfermagem e estabelece que estas práticas não sejam específicas de nenhuma profissão (COFEN, 1997).

O enfermeiro é o profissional cuja essência é a arte de cuidar e sua formação o prepara para atuar em diversos níveis de atenção à saúde. Entre suas áreas de competência, ele atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (SAMPAIO, 2009).

² Informações disponíveis em: <http://www.medsektion-goetheanum.org/en/home/ikam/care-nutrition/?view=170>. Acesso em 14. Jul. 2012.

Desta forma, para efetivação dos princípios anteriormente expostos, a Enfermagem Antroposófica utiliza-se das terapias antroposóficas.

As terapias antroposóficas podem ser descritas como sendo: terapias do espírito (organização neurossensorial, biografia), terapias da alma (terapias artísticas) e as terapias do corpo (massagem rítmica, quirofonética, euritmia, dietas e aplicações externas). Elas atuam revitalizando as forças curativas do próprio organismo utilizando-se de medidas naturais, de orientações alimentares, de cuidados gerais com a saúde e de aplicações externas (MORAES, 2005).

As terapias externas ou aplicações externas, as quais são as mais frequentemente empregadas na enfermagem, constituem-se de aplicações de substâncias na pele, levando seu efeito terapêutico para o interior do organismo. São realizadas através do banho medicinal, envoltórios com óleos, escalda-pés, fricções, massagens, banhos intestinais e compressas (BALDI, 2003). Essas medidas requerem o toque no paciente e o envolvimento deste no processo terapêutico. Esse toque exige do terapeuta (em especial, do profissional de enfermagem) uma atitude de carinho, compreensão e conhecimento antroposófico da terapia utilizada.

Atualmente, ainda não existem cursos de especialização em Enfermagem Antroposófica. O curso que é aberto aos enfermeiros denomina-se de “Curso Básico de Antroposofia”, oferecido pelas Associações Regionais de Medicina Antroposófica-ABMA, com duração de um ano. Em Juiz de Fora, desde 2008, a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Suprema, oferece um curso de complementação e ampliação do “cuidado”, com recursos da Medicina Antroposófica destinado a enfermeiros e aos demais profissionais de enfermagem. O curso é reconhecido pela ABMA e o certificado é emitido pelo Hospital Antroposófico de Matias Barbosa (VIVENDA SANT’ANNA, 2011).

No que tange à produção científica, encontramos apenas dois estudos de doutorado no Brasil que relacionam a enfermagem e a Antroposofia: “A Enfermagem e a Antroposofia: uma possibilidade de diálogo”, por Vivian Melhado Baldi (2003) e “Enfermagem Antroposófica: uma visão histórica, ético-legal e fenomenológica” por Helena Maria Fekete Nuñez, de 2008. A primeira tese caracterizou os enfermeiros antroposóficos no país e exemplificou um tipo de atuação profissional de enfermagem baseada na Antroposofia; na segunda, a autora caracterizou e

compreendeu o significado da prática antroposófica para os enfermeiros que a exercem através de um estudo fenomenológico.

Frente ao exposto, torna-se evidente a carência de estudos nessa área e a necessidade de divulgação da Enfermagem Antroposófica no meio acadêmico e em espaços diversificados, como Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), ambulatórios e hospitais.

Conforme Nuñez (2011, p. 58), a discussão da prática de Enfermagem Antroposófica tem aumentado em Congressos de Medicina Antroposófica e de Enfermagem. Há um interesse eminente por parte das enfermeiras em levar esse conhecimento às escolas de enfermagem, assim como a comunidades carentes por “apresentar terapias simples, naturais e eficazes.”

Sendo assim, optamos por ter como objeto de estudo desta pesquisa “**a prática da Enfermagem Antroposófica**”, o que se justifica, pois esta, diferentemente da medicina, apesar de ser exercida em vários países da Europa ainda se mostra incipiente no Brasil (BALDI, 2003).

Neste sentido, esta investigação apresenta como pressupostos as seguintes questões: Quais são as práticas de cuidados exercidas pela enfermagem com ampliação em uma clínica antroposófica? Qual é a atuação da equipe de enfermagem na prática de cuidados antroposóficos na clínica? Quais são os fundamentos do cuidado à luz da Antroposofia?

Como profissional de saúde, à procura de contribuir para a consolidação da profissão e de ampliar a visão do cuidado, percebo a necessidade de conhecer a inserção e a atuação da Enfermagem Antroposófica no Brasil no atendimento aos pacientes. Após estas questões destacadas salientamos que esta pesquisa tem por pressupostos o fato de que a utilização das práticas do cuidado na Enfermagem antroposófica conduz ao cuidado do ser humano na sua plenitude, ou seja, no corpo físico, etérico, astral e no Eu.

Portanto, os objetivos desta investigação são:

- Descrever o exercício da Enfermagem Antroposófica a partir de sua prática e vivência laboral em uma Clínica Médica Antroposófica;
- Identificar os tratamentos adotados no cuidado em Enfermagem Antroposófica;
- Analisar, à luz da Antroposofia, os fundamentos do cuidado exercido pela enfermagem no ser humano.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Antroposofia: A Ciência Espiritual de Rudolf Steiner

Para que possamos estudar a prática da Enfermagem Antroposófica é necessário que façamos uma revisão, sobre o desenvolvimento da Antroposofia.

A Antroposofia é um método de conhecimento do ser humano, da natureza e do cosmo. O idealizador da Antroposofia foi o austríaco Rudolf Steiner que nasceu em Donji Kraljevec (atual Croácia) no ano de 1861 e faleceu na Suíça em 1925. Sua primeira formação foi em ciências exatas e, depois, doutorou-se em filosofia e letras (STEINER; WEGMAN, 2007).

Esta ciência parte da compreensão de que o ser humano passa entender não a si próprio, mas a todo universo. A palavra é de origem grega (*anthropos*: homem; *sofia*: sabedoria) que quer dizer, “conhecimento do ser humano”. Ela busca conhecer e responder aos questionamentos mais profundos do homem, sem negar o biológico e a lógica científica (ABMA, 2011; SETZER, 2009).

O nome foi escolhido para ditar o caminho do conhecimento do homem para o conhecimento cósmico. “A Antroposofia é uma forma de conhecimento que pode levar o espiritual no homem para o espiritual no universo” (SAB, 2010).

Somente quem busca a sua própria essência, seu autoconhecimento, a essência do outro e do universo trilham o caminho antroposófico.

Para Vale (2011) a Antroposofia significa sabedoria do ser humano com um duplo sentido: além da sabedoria terrena, também aquela que pode ser adquirida investigando-se outro mundo, o espiritual. Engloba o ser atuante, o tempo todo presente, que lida com sua dimensão material e espiritual. Corroborando esta autora, Matwijn (2003) ainda afirma que é uma ciência cuja metodologia busca compreender a abordagem do espírito, da natureza e do mundo sensorial. Aplica um método definido de pesquisa experimental que dirige sua visão ao mundo de fatos suprassensíveis.

As ideias de Rudolf Steiner foram influenciadas pelas pesquisas de Goethe, um filósofo e cientista alemão que se contrapôs à frieza da ciência do século XIX e verificou a existência de formas arquetípicas nos reinos da natureza. Goethe propôs estudos sobre a natureza das cores e sobre a metamorfose das plantas (SAB, 2010). Steiner viveu numa época em que a ciência materialista era valorizada e a concepção antroposófica criada por ele gerou polêmica, embora a ciência e a filosofia sempre buscassem a compreensão do ser humano em vários âmbitos.

Cada ciência tem seu campo específico que procura entender os fenômenos e suas relações entre si, mas ainda há uma controvérsia entre conceitos e ideias elaborados por elas. Steiner relaciona ideia e realidade, ou seja, quando olhamos o mundo externo o percebemos da forma como ele se apresenta, como ele está lá, desconhecido a nós. Porém, quando as observações são os nossos próprios valores internos, nem tudo nos fica claro, ou seja, para que algo se torne objeto de observação, este deve ser examinado de dentro para fora, como experiência, isentos de nossos pensamentos (VALE, 2011). Para que este conhecimento do mundo e do ser humano seja aprofundado, é preciso que não haja “pré-conceitos” e que toda experiência seja considerada como nova.

Para a Antroposofia, o universo não é puramente explicado pela física ou pela química. Todos os seres vivos são possuidores de uma energia espiritual, não física, suprassensorial. A substância física é uma condensação deste espiritual, sendo, portanto, um estado do ser espiritual. Para ela o universo deve ser analisado de acordo com a sua relação com o homem, ou seja, para compreender a si próprio, o homem precisa compreender todo o universo que o cerca, através de uma percepção suprassensorial com maior clareza que se observa no mundo físico (SAB, 2010).

Neste caminho, o mundo suprassensível é passível de ser estudado tanto quanto o material. O homem, neste contexto, é um ser anímico, físico e espiritual; ele é uma imagem condensada do cosmo dentro de si mesmo. Fazem parte dele todos os seres vivos, os elementos, a matéria de toda a terra que funcionam como um conjunto harmônico. Esse cosmo possui um aspecto sensível, visível e mensurável com o qual nos relacionamos através de nossos sentidos e que compreendemos racionalmente através da nossa ciência acadêmica; mas também possui um conjunto de forças não visíveis, o seu aspecto imaterial ou suprassensível. O ser humano ocupa uma posição muito peculiar dentro dessa

cosmovisão. Ele é considerado uma imagem condensada desse mundo ao seu redor (AMA-PORTUGAL, 2011).

Na perspectiva de Steiner, o homem é um microcosmo dentro de um macrocosmo que vive em constante interação com o material e o espiritual, aspirando um caminho de autodesenvolvimento, reconhecendo-se como cidadão do universo. Durante toda sua vida, ele procurou compreender os fenômenos suprassensoriais, ou seja, os fenômenos não percebidos pelos nossos sentidos e descreveu como estes permeiam nossa vida. Em sua realidade existencial, homem e universo transcendem a ideia física e material (MATWIJSZYN, 2003).

Cada ser humano é individual, único, é um “Eu” que busca a todo o momento um equilíbrio entre si e seu mundo interno. Para Steiner (2004) o que difere um ser humano dos outros seres é a possibilidade de recriar e transformar a natureza.

As matérias que regem nossos órgãos se originam do mundo corpóreo e nos são reveladas pelos nossos sentidos físicos. De acordo com Steiner (2004), Morais e Hosomi (2011) o homem desenvolve através de seu corpo físico, os órgãos da percepção, os sentidos corporais (tato, vital, movimento, equilíbrio). Através deles, percebem-se os processos corpóreos. Porém, para que o mundo anímico e espiritual se apresente a ele é necessário que este desenvolva sentidos superiores (os anímicos, olfato, paladar, visão e térmico; e os espirituais, audição, linguagem, pensamento e Eu).

Para Steiner (2004) as nossas sensações, os instintos, os desejos, as paixões são regidas pelo mundo anímico. A alma é o veículo entre o corpo e o espírito do homem. Ela vive no corpo e participa de todas as suas funções (prazer, dor) e no espírito (um pensamento de alegria, outro de horror). É a mediadora entre o físico e o espírito.

Na Antroposofia, o homem só cumpre a sua missão quando deixa seu espírito reger suas ações.

2.2 A Concepção do ser humano segundo a Antroposofia

Neste subcapítulo, conceituaremos a visão do homem para o entendimento dos conceitos que embasam o conhecimento antroposófico.

A trimembração e a quadrimembração são formas de se ver a natureza e o ser humano, embora já utilizada anteriormente pelos alquimistas, foi revitalizada na visão de Steiner (MORAES, 2005).

O primeiro conceito fundamental é a **Trimembração**. Na concepção antroposófica, todos os seres vivos podem ser analisados a partir de uma dinâmica ternária. Todas as coisas e os processos naturais são representados por uma visão tripartida, assim descrita:

Quanto à sua natureza: corpo, alma e espírito; quanto à natureza do cosmos: mundo físico, mundo anímico e mundo espiritual; na corporalidade humana: cabeça, tórax e abdome-membros; na essência do conhecimento: ciência dos seres (biosofia), ciência do homem (Antroposofia) e ciência espiritual (teosofia); na natureza psicológica: pensar, sentir e desejar; na consciência: consciente, semiconsciente e inconsciente; na polaridade bem-mal se resolvem a partir de uma unidade teológica: ahrimânico (sal), crístico (mercúrio) e luciférico (sulphur) e no dogma teológico da Trindade: Pai, Filho e Espírito Santo (MORAES, 2005, p. 54).

Svezia e Santos (2008) conceituam o homem como cidadão de três mundos distintos: o mundo físico, anímico e espiritual. Segundo as autoras, “pertencemos e percebemos o mundo físico em nosso corpo, construímos um mundo singular, multicolorido com nossos sentimentos, em nossa alma, alcançamos a essência das coisas por meio do nosso pensamento, pelo espírito” (p. 3).

Nessa concepção, o homem possui três faces da natureza, as quais Steiner (2004) denominou de corpo, alma e espírito. O corpo é a matéria e sua composição, seus processos físico-químicos; a alma é a responsável pelas sensações e sentimentos, subjetiva; e o Espírito é o “Eu”, “o pensar” e a espiritualidade, a individualidade superior.

Para explicar a relação homem/animal recorreremos à classificação dos reinos. No reino mineral há somente a organização física, de composição inorgânica, caracterizado pela estrutura; no reino vegetal, tem-se o corpo físico e também o corpo etérico, caracterizado pela fisiologia, pelo movimento de transformação e trocas com o mundo exterior ao ser; no reino animal, há a presença do corpo físico, do etérico e do corpo astral. Este é responsável e caracterizado pelo sentir, pela

relação com o grupo, por se expressar; e por último, tem-se o reino humano caracterizado pela presença dos três corpos citados acrescido do “Eu”, do espírito (MORAIS, 2005).

Em sua obra “Teosofia”, Steiner descreve a trimembração como sendo:

Corpo: elemento pelo qual as coisas em redor do homem se apresentam a ele; alma: o elemento pelo qual o homem associa as coisas ao seu próprio existir, sentindo nela agrado e desagrado, prazer e desprazer, alegria e dor e espírito: o que se revela nele quando, segundo a expressão de Goethe, ele contempla as coisas ‘como se fosse um ente divino’ (STEINER, 2004, p. 28).

Ainda nesta conceituação tripartida, o ser humano pode ser dividido em cabeça, tronco e membros. Na cabeça, predominam os processos neurossensoriais; no abdome e nos membros, os processos metabólicos e no tórax, onde estão o coração e o pulmão, o equilíbrio entre as partes, o sistema rítmico.

O sistema neurossensorial (SNS), cujo centro localiza-se na cabeça, existe em toda a parte. Este sistema e todos os seus processos é o instrumento do pensar. O sistema rítmico tem seu centro nos órgãos torácicos abrangendo a respiração e a circulação, sendo a sede do sentimento, da harmonia, do equilíbrio entre o pensar e o querer. No sistema metabólico, cujo centro está no abdome e nos membros, tem-se a sede do movimento e da vida metabólica, o suporte somático da vida volitiva (HAUSCHKA, 2007).

O polo neurossensorial compreende a cabeça e as funções neurológicas; o rítmico, a parte torácica, a respiração e o ritmo cardíaco e o polo metabólico- motor, o abdome e os membros. O SNS possui uma estrutura de baixíssima vitalidade de função potencializada no frio, cujos ossos possuem um arcabouço sólido contendo em seu interior as partes moles. Nele encontramos os estados de consciência, de vigília e os reflexos nervosos. Podemos identificar se a pessoa está muito “neurossensorial” quando vemos que ela pensa demais, dorme pouco e tem uma excessiva atividade intelectual. Essa pessoa tem características de ser magra, friorenta e muito alerta. As atividades anímicas estão concentradas na cabeça (MORAES, 2005).

Os órgãos sensoriais transmitem à alma humana a noção do mundo ambiente através das ligações e das relações com o sistema nervoso. São, portanto, órgãos localizados na cabeça que se encontram na esfera cefálica cujas ações se

estendem de fora para dentro, desempenhando, no organismo, a função de porta (o olho capta a luz; o ouvido, o som; a boca, o alimento) (BURKHARD, 2007a).

Ainda no SNS acrescentamos a relação com o calor/ frio. Ressalta-se o fato de que na cabeça, ou seja, no sistema nervoso, não se pode ultrapassar certa medida de calor para funcionar adequadamente, uma dose extra pode resultar em febre. Desta forma, a função normal deste sistema não apenas exige inércia, mas uma temperatura bem mais amena, ou seja, um certo “frio”. Ele está relacionado com forças convergentes, centrípetas. Este é o polo do pensar e todas as energias penetram nesta região pelos órgãos já citados (BURKHARD, 2007a; VALE, 2011).

No sistema metabólico-motor (SMM), os ossos longos constituem a parte dura por fora e mole por dentro (a musculatura). Ao compararmos o homem com o animal, o homem é um invertebrado pela cabeça e vertebrado nos membros. Podemos palpar os órgãos abdominais, percebendo, no abdome, o tecido adiposo, o estado nutricional, os edemas e os ruídos peristálticos. As eliminações e as excreções orgânicas (urina, fezes, menstruação, ejaculação) se fazem através deste polo. Podemos detectar se a pessoa está muito metabólica quando percebemos o aumento do peso, o que torna a pessoa um tanto cifótica. Ao contrário do polo neurosensorial, a pessoa nesse sistema tende a ser gorda, de olhos não tão investigativos e mais calorenta (MORAES, 2005).

Para Burkhard (2007a), os músculos movimentam a pessoa que, para exercer sua função metabólico-motora, necessita de calor o que possibilita que este processo ocorra de forma eficaz. Estas transformações ocorrem também em vários outros órgãos como o fígado, o rim, o intestino e o sangue. Este sistema, centro dos processos metabólicos e dos membros, tem o fígado como órgão principal e que apresenta uma relação nítida com a vida. Está relacionado às forças de expansão, centrífugas. É o polo do querer.

Na visualização desses dois sistemas descritos, o sistema neurosensorial e o metabólico-motor, são opostos entre si. No primeiro, o mundo exterior é captado através dos sentidos; no segundo, encontramos atividade e influência sobre o ambiente (BURKHARD, 2007a).

Estes dois polos são interligados por um terceiro, dentro do corpo, centrado na caixa torácica, que é o mediador dos mesmos. É o que realiza o equilíbrio entre estes dois sistemas numa alternância temporal chamado de sistema rítmico (SR).

A caixa torácica envolve as partes moles, mas ela própria é envolvida por uma musculatura, numa repetição rítmica (osso- músculo- osso) e assim sucessivamente. O processo sadio na vida é produzido por esse sistema, que é o harmonizador entre os outros dois polos. Nele podemos verificar a respiração, determinando se a pessoa está deprimida ou com distúrbios respiratórios. É o revelador do estado anímico. Se a respiração está ampla e profunda, estamos animicamente bem; uma respiração curta e breve indica que estamos retraídos. Este sistema sempre indicará se estamos tendo uma tendência neurosensorial ou metabólica excessiva (MARQUES, 1996; MORAES, 2005).

A atuação desse sistema permite que os dois sistemas opostos não atuem ao mesmo tempo, mas em alternância contínua, rítmica. Durante o dia o homem está em constante vigília e sobre a atuação do SNS. No sono, há uma estimulação dos processos vitais e extinção da atividade sensorial para que o homem durma. O sistema rítmico alterna estes estados de sono e vigília numa dinâmica ininterrupta e natural. Os órgãos responsáveis por esta alternância são o coração e o pulmão. Suas funções alternam-se entre dilatação e contração no coração e inspiração e expiração, no pulmão, ritmicamente (BURKHARD, 2007a; MORAES, 2005).

Para Vale (2011) quando a pessoa está sob influência dos processos do SNS, ela fica mais acordada e acontecem as doenças esclerosantes; quando ela está mais metabólica, podem ocorrer doenças inflamatórias.

Em se tratando da parte anímico-espiritual, no primeiro caso, a alma não penetra no físico, mas está livre para pensar; no segundo (metabólico), a parte anímica está mergulhada profundamente nos órgãos e a pessoa está totalmente inconsciente. Neste equilíbrio, a ritmicidade está em mergulhar uma parte anímico-espiritual nos órgãos e a outra permanecer livre (BURKHARD, 2007a). Desta forma, considera-se que o mundo do pensar, está concentrado no neurosensorial; o mundo do sentir, no sistema rítmico e a vontade está no metabólico-motor.

A alma humana também pode ser dividida em três âmbitos: do pensamento, do sentimento e da vontade. Ainda pode ser manifesta de três formas: alma da sensação, alma do intelecto e alma da consciência. A primeira (alma sensível ou da sensação) traz a consciência das sensações e das vivências. Na alma do intelecto ou do sentimento, o homem formula seus pensamentos e suas percepções através dos pensamentos e das ideias. E, na alma da consciência, os conteúdos não materiais do mundo tornam-se conscientes. Sua individualidade é estabelecida e ele

está insatisfeito com as ideias racionais, duvida de tudo e se distancia da materialidade (LANZ, 1997). Retornaremos a este tema quando abordarmos os setênios.

Outro conceito fundamental na Antroposofia é a **quadrimemoração**. Para a Antroposofia, o corpo humano, integrado à alma e ao Eu, pode ser ainda quadrimembrado, ou seja, dividido em quatro corpos ou organizações.

Para Guelman (2012), o termo “Organizações” ao invés de “Corpos” é a nomenclatura que tem sido adotada na disciplina de Medicina Antroposófica na Universidade de São Paulo. Na definição do autor, as organizações são sistemas dinâmicos:

[...] entendemos que cada uma destas quatro organizações se manifesta, respectivamente, como quatro *lemniscatas*³ verticais que se relacionam diretamente com três sistemas orgânicos e psíquicos [...]. estas quatro *lemniscatas* verticais justapostas criam uma imagem integrada cuja porção superior se relaciona com o SNS, a região inferior com o MM e o centro com o SR (GUELMAN, 2012, p. 14).

Esta constituição quádrupla é descrita por Lanz (1997), ABMA (2011), Vale (2011) e pela SAB (2010).

O corpo físico ou a organização física é chamado simplesmente de corpo e é o revelador, pois, através dele visualizamos o ser humano. É o tema de estudo das ciências e da anatomia. É a base material da existência, fornece a matéria para os instrumentos que permitem o homem participar do mundo físico. Está presente em diversas formas na natureza e nos três outros reinos; é a estrutura sólida. Nesta organização, há a predominância dos quatro elementos: sólido, líquido gasoso e calórico.

O sólido relaciona-se às substâncias minerais, com tudo que é palpável; o organismo hídrico é o instrumento através do qual age a organização etérica; no gasoso, agem as forças astrais e o calórico é o instrumento através do qual age a organização do Eu. O órgão associado a esta organização é o pulmão; o reino é o mineral e o elemento é a terra.

³ *Lemniscata* é movimento do “oito invertido” que representa o equilíbrio dinâmico, perfeito e rítmico do corpo.

O corpo vital ou etérico ou a organização vital é a construtora da organização física, uma matriz invisível desta organização que o plasma. É a organização funcional que mantém o físico vivo e que impede que este se torne um cadáver. A avaliação da organização vital é feita de forma indireta, através da anamnese. Através da *fácies* podemos verificar o estado etérico, por exemplo, se ela irradia vigor, se está pálida e com os olhos apagados, sem brilho. O etérico confere a vida à pessoa, tem funções regenerativas, vegetativas e de reprodução, que são as orgânicas. Fornece o instrumento para o pensamento e para a memória. Os ritmos corporais dependem de seu bom funcionamento. Está presente em todos os seres vivos (animais e plantas). O órgão desta organização é o fígado; o reino é o vegetal e o elemento é a água. Não há vida sem água.

O corpo anímico ou astral ou a organização astral permeia as duas outras organizações. Corresponde a dinâmica da alma sensitiva e emocional do homem fazendo-o pensar e entrar em conexão com a realidade. Permite que tenhamos consciência e sensações a diversos estímulos (dor, prazer, fome, agressividade, sede, excitabilidade). Essa consciência desgasta a vitalidade, ou seja, esta organização possui uma dinâmica catabólica; porém torna o homem mais sábio. No etérico, dá-se o crescimento; no astral, a maturação. O campo das forças astrais contém o potencial de adoecer e de desequilibrar. Reordena os processos biológicos, permitindo a aparição do sistema nervoso e da vida psíquica no mundo animal num grau menos elaborado que no homem. O órgão é o rim; o reino é o animal e o elemento é o ar.

O corpo do Eu ou a organização do Eu está presente apenas no ser humano; é o centro de seu ser, a sua individualidade, a sua autoconsciência. É um esforço interno de aprimoramento e de elevação de si mesmo. A organização do Eu é aquilo que é próprio do ser humano e que reagrupa as atuações das outras três organizações através da postura, da fala e do pensamento. Determina o andar ereto e a capacidade de pensar e falar. Está relacionada com o calor, ou seja, para que o Eu viva em homeostase, é preciso que a temperatura corporal esteja bem distribuída. O calor psíquico é uma possibilidade de superação da alma onde esta organização atua mais intensamente. Nas angústias e nos dilemas da vida há um porvir, ou seja, é a organização do Eu se desenvolvendo. O órgão é o coração; o reino é hominal e o elemento é o fogo.

A Antroposofia utiliza-se também do conceito de temperamento e da diferenciação do indivíduo pela classificação por anos, setênios, conforme veremos a seguir.

Para Rudolf Steiner, cada ser humano é um enigma para si mesmo e os temperamentos são externos, fluem de dentro para fora e podem ser influenciados pela genética. A herança nos dá apenas um lado da natureza. Este lado envolve como uma capa o núcleo central da entidade humana, o espiritual, que pode ser vivido num mundo totalmente diferente (é a lei das encarnações). Assim, todo ser humano, ao entrar na vida física, passou por uma sucessão de vidas anteriores e, ao receber o corpo físico precisa adaptar-se e unir-se a duas correntes: a da sua individualidade e a da sua natureza genética. O que está entre essas duas é o que Steiner denominava de temperamento (STEINER, 1996).

O temperamento é uma qualidade interna, individual, característica de cada um. Ele estabelece um equilíbrio entre o eterno (espírito) e o efêmero. Na fusão destes dois fluxos, cada um dá algo de sua própria qualidade para o outro. É influenciado também pelos quatro elementos da natureza (ar, fogo, terra e água); sendo assim, também dividido em quatro tipos: melancólico, sanguíneo, fleumático e colérico. A prevalência de um ou outro elemento é o que dá o colorido à vida e o que se espera é que estes possam entrar em harmonia (MUTARELLI, 2006; RHAME, 2011).

As forças do temperamento atuam individualizando cada homem e tem ação recíproca nos quatro corpos (físico, etérico, astral e Eu). Quando uma pessoa tem a predominância do Eu, ela tem o temperamento colérico; quando o corpo astral predomina, encontramos um temperamento sanguíneo; ao predominar o corpo físico, temos que lidar com o melancólico e ao relacionar com o etérico, temos o fleumático. Os temperamentos são, portanto, a forma como o ser humano reage perante aos outros e ao mundo.

Desta forma, entendê-los é compreender as pessoas que nos cercam e a nós mesmos. Cada pessoa possui apenas um tipo de temperamento, mas pode ser influenciada pelos outros, o que interfere no cotidiano, no sono e até mesmo na alimentação. Sendo assim, é preciso identificá-lo e usá-lo em favor de si mesmo (RHAME, 2011).

No temperamento colérico, regido pelo elemento Fogo, há o domínio do Eu. O colérico é uma pessoa de vontade forte, com energia radiante, excitável,

entusiasta, prática, decidida, líder. No campo astral, seus sentimentos e sensações estão em constante flutuação. É independente, tem fé em si mesmo, possui uma força inesgotável, é visionária, produtiva. O seu andar é firme. Sua mandíbula é pronunciada, podendo indicar até mesmo certa agressividade. Sua boca é firmemente fechada, os lábios são finos. Tende a tomar decisões para si mesmo, é teimosa, estimula seus meios com suas ideias, valendo-se do Eu; têm planos e ambições infundáveis (MUTARELLI, 2006; BALDI, 2003; RHAME, 2011).

O colérico quer impor seu Eu em todas as circunstâncias, o que impede seus corpos etérico e astral de se desenvolverem, tornando os seus membros pesados causando a sensação de que seu crescimento foi detido. Os olhos são escuros, porque a predominância do Eu sobre o astral impede o surgimento das cores. O olhar é seguro, ardente e brilhante. São pessoas normalmente baixas e compactas. Seus pontos negativos são o sarcasmo, a autossuficiência, a ira, a dominação, a frieza e a insensibilidade (MUTARELLI, 2006; BALDI, 2003; RHAME, 2011).

No temperamento sanguíneo, regido pelo elemento Ar, há o predomínio do corpo astral, portador do prazer, dos instintos, das paixões, das sensações, dos desejos e dos impulsos. As pessoas, que têm este temperamento, não fixam sua atenção numa imagem em particular, elas correm de experiência em experiência, apresentando um interesse momentâneo pelas coisas. São também comunicativas, falantes, expressivas, cordiais, alegres, atrevidas, nervosas. É o mais sociável dos temperamentos e apreciam os pensamentos de outras pessoas concordando ou não com elas. São festivas, inovadoras, amigáveis. Têm brilho e alegria no olhar. Há o predomínio dos olhos azuis que estão intimamente ligados à luz interior do físico com o astral. Seu andar é leve e saltitante. Os olhos são despreocupados, curiosos, excitados e inquietos. Vivem o presente. Têm amigos próximos de si. Acordam cedo, transpiram muito e apreciam as realizações materiais. São pessoas que têm peso e altura proporcionais. Seus pontos negativos são a inconstância, a volubilidade, a instabilidade emocional, a indisciplina, o exagero, a desatenção e o egocentrismo. Têm altos e baixos devido à oscilação das sensações (MUTARELLI, 2006; BALDI, 2003; RHAME, 2011).

No temperamento fleumático, regido pelo elemento Água, tem o predomínio do corpo etérico que chamamos de vida, cujo resultado é uma sensação de bem-estar interior. Assim, a pessoa fleumática, sente-se tentada a permanecer

comodamente em seu íntimo. Nesta etericidade, o sistema glandular acaba se agregando ao corpo físico, tornando a pessoa obesa. São pessoas calmas, mansas, com andar arrastado. Por viverem imersas em seu interior, não se relacionam com as coisas e parecem querer não pisar no chão. São objetivas, diplomatas, organizadas, bem humoradas, dignas de confiança, tímidas e introvertidas. O olhar é apagado, sem brilho. O rosto é arredondado; tem baixa estatura, as mãos e os pés são pequenos em relação ao corpo e quase não transpiram. Seus pontos negativos são o egoísmo, a avareza, a autoproteção, a falta de interesse pelo mundo exterior, a indecisão e a desmotivação. Têm tendência à debilidade mental (MUTARELLI, 2006; BALDI, 2003; RHAME, 2011, STEINER, 1996).

E por fim, **no temperamento melancólico**, o corpo físico predomina e o elemento é a Terra. Como resultado, estas pessoas sentem que não têm domínio sobre o seu corpo. São desconfiadas, teimosas, apegadas à rotina e à ordem, talentosas, analíticas, introvertidas, sérias, perfeccionistas, autodisciplinadas e sensíveis. Têm uma vida rica interior. Seu olhar é triste, frágil, preocupado. Seus olhos são maçantes, sem brilho e turvo. O nariz é fino e comprido. Seu andar é firme, porém pausado e arrastado. São dispostas a sacrifícios pelos outros. Do elemento Terra, herdamos o peso, a secura e dureza que trazem dentro de si. São pessoas brilhantes e metódicas. Seus pontos negativos são a desconfiança, o mal humor, a crítica e a suscetibilidade. São antissociais e apresentam tendência à depressão e à loucura (MUTARELLI, 2006; BALDI, 2003; RHAME, 2011, STEINER, 1996).

Na concepção antroposófica, o ser humano desenvolve-se em ritmos; e para o homem, verifica-se que essa mudança ocorre em ciclos de sete em sete anos. Cada um desses períodos de desenvolvimento, ou “*setênios*”, originam-se a partir do interno do homem, e não somente de sua dimensão exterior. Sendo assim, a cada setênio verifica-se a formação do ser humano não só do ponto de vista físico, mas também anímico e espiritual (BURKHARD, 2000).

Neste desenvolvimento, o Eu humano desenvolve uma história individual e única: a sua biografia. Compreender o processo de saúde e de doença significa compreender o momento biográfico, suas crises e seus frutos (MORAES, 2005).

Estudar as leis biográficas é importante do ponto de vista biológico e psicológico para a Medicina Antroposófica porque podemos identificar, em cada uma

destas fases, acontecimentos significativos que podem marcar a vida da pessoa, sejam eles fisiológicos ou até mesmo patológicos.

Segundo Vale (2011, p. 76), até os 21 anos ocorre o amadurecimento do corpo físico; dos 21 aos 42 anos amadurecemos nossa alma ou psique (em três etapas: alma da sensação, alma da razão ou da índole e alma da consciência) e dos 42 aos 63 anos, vivenciamos o amadurecimento espiritual. A partir dos 63 anos, viver para a Antroposofia é uma “dádiva de Deus” e a pessoa não recebe mais muita influência do meio que o cerca. Para Burkhard (2000) a vida é um período mais livre e de colheita.

Os setênios são descritos em fases que compreendem períodos da vida conforme apresentaremos a seguir. A biografia humana pode também ser comparada às estações do ano.

Do nascimento aos sete anos de idade, ocorrem transformações relacionadas com o crescimento e com o desenvolvimento neuropsicomotor, ou seja, todas as energias estão voltadas para a organização física. O segundo setênio começa com a troca dos dentes e com o início da alfabetização. Aos quatorze anos, dá-se a maturação sexual e, dos 21 aos 28 anos, os jovens buscam a sua independência familiar e a sua própria identidade. Inicia-se a primeira estação, do nascimento até os 21 anos – a primavera. Dos 28 aos 35 anos, a pessoa busca pela vida profissional e pela organização familiar; dos 35 aos 42 anos, vai se transformando junto com o seu corpo físico-biológico, à medida que o Eu, a individualidade, vai se aprofundando em seu caminho pela Terra na busca de uma revalorização. O verão corresponde dos 21 aos 42 anos, quando estamos em constante expansão e o máximo de vitalidade. Dos 42 aos 63 anos, inicia-se o outono, no qual os frutos amadurecem e ocorre um leve declínio em nossas vidas. Os setênios seguintes são marcados pela individualidade humana, sabedoria, maturidade e desenvolvimento de consciência social. Chega, então, o inverno, as árvores perdem suas folhas e as sementes caem no chão, esperando uma nova primavera (MORAES, 2005; BURKHARD, 2000).

Essas fases dos setênios serão discutidas a seguir, relacionando-as aos chamados Ciclos do Corpo (primeiro, segundo e terceiro setênios), Ciclos da Alma (quarto, quinto e sexto setênios) e Ciclos da Individualidade (sétimo, oitavo e nono setênios).

O primeiro setênio, de 0 a 7 anos, é caracterizado pela individualização somática em que as proteínas herdadas dos pais são eliminadas (BURKHARD, 2000). É um período de profundas transformações relacionadas com o desenvolvimento neuropsicomotor e com todo o corpo físico. O surgimento de doenças da infância é uma oportunidade para este organismo “quebrar” as substâncias herdadas. Para Moraes (2005), as doenças infantis representam a *eclises*, ou seja, um processo de catarse, de eliminação das substâncias. O autor ainda enfatiza que, em algumas doenças, por exemplo, nas exantemáticas, ocorre a troca da pele e a reorganização das formas. Se a criança não passar por este processo, não será verdadeiramente um adulto.

Burkhard (2000) refere que o recém-nascido torna-se criança com pensar lógico, vontade própria e muita agilidade, mas apresenta uma intensa atividade corporal. Entrega-se ao mundo com confiança ilimitada, ingênua em que bem e mal se confundem, porque ainda não sabe discernir o certo do errado. Todos os órgãos perceptórios estão abertos, ela responde aos estímulos do ambiente, por imitação, que gera inconscientemente, o fundamento da sua vida futura. Lanz (1997) complementa que a criança está aberta a muitas amizades, mas estas são apenas superficiais, pois, o objetivo é apenas o de brincar que deve ser sempre estimulado pelos pais e pela escola. A criança vivencia que “o mundo é bom”. A troca dos dentes marca o fim dessa fase.

No **segundo setênio, de 7 a 14 anos** inicia-se a individualização do corpo etérico. Burkhard (2000) diz que é nesta fase que ocorre a fixação de normas e hábitos e uma estruturação maior em seu sistema rítmico. A criança sai do seio da família em direção a uma vida nova, escolar, rompendo seus laços maternos, sentindo-se sozinha. Deve-se mostrar para ela que “o mundo é belo”, ampliando seu senso de criatividade. Para a autora, o pensamento da criança é um pensar com sentimento. Este pensar é, portanto, ainda muito diferente do pensar analítico e especulativo do adulto.

Corroborando com esta autora, Moraes (2005) menciona que a dentição definitiva marca o processo de maturação e de intelectualização da criança, em que as forças formativas etéricas se ocuparão deste aprendizado.

No **terceiro setênio, de 14 a 21 anos,** ocorre o desabrochar do corpo astral. A astralidade deste corpo faz despertar no adolescente sensação, desejo e sexualidade, às vezes, incontrolláveis, uma vez que o Eu ainda não se desenvolveu

plenamente. Acontece a maturação sexual, o desenvolvimento da personalidade e do pensar. O jovem luta pela verdade, pela sua individualidade e pela sua afirmação no mundo, o que causa, muitas vezes, o seu confronto com seus pais. É um querer excessivo, que algumas vezes pode tender ao isolamento. É importante que o jovem acredite que “o mundo é verdadeiro” (MORAES, 2005; BALDI, 2003; BURKHARD, 2000).

O quarto setênio, de 21 aos 28 anos, segundo Moraes (2005) e Burkhard (2000), o jovem vive o despertar da alma da sensação. O mundo tem uma conotação mais profunda, marcado pela procura da identidade. Vive uma busca de fusão com o outro, de encontro e de emoções. Esta busca perpassa pela sua formação profissional, pelo seu campo afetivo, à procura do (a) companheiro (a) e da liberdade individual desvinculando-se dos laços afetivos dos pais.

No quinto setênio, de 28 aos 35 anos, o Eu atua sobre o corpo etérico despertando a alma afetivo-intelectual ou alma da razão ou da índole. É a fase racional, na qual conseguimos controlar nossas emoções. Ela é mais introvertida, levando o indivíduo a uma vida mais interiorizada. Nesta fase, a pessoa já confirmou sua vocação, sua carreira profissional e sua independência. É a fase de estruturação da vida. Sobrevive por si própria e busca sua afirmação na própria existência. Caminha para a maturidade e para o envelhecimento (MORAES, 2005; BALDI, 2003; BURKHARD, 2000).

No sexto setênio, de 35 aos 42 anos, ocorre o despertar da alma da consciência. O Eu entra em confronto com o corpo físico que começa a desgastar-se. A regeneração dos tecidos torna-se mais difícil. Esta proximidade com o físico leva a pessoa a uma preocupação excessiva com sua saúde e com sua beleza física levando-a a procura de atividades físicas e cuidados com o corpo. É uma época de encontro com a vida, de despertar de novos valores descartando os velhos. É fase de avaliar o que deve ou não continuar (BURKHARD, 2000).

No sétimo setênio, de 42 aos 49 anos, o amadurecimento traz consigo a fusão do corpo astral e do espiritual, o que torna o ser humano mais complexo, desenvolvendo em si sua individualidade. Nesta fase, a pessoa vive uma segunda adolescência, tentando resgatar vivências que não viveu naquele período. É a chamada idade do (a) lobo (a) que a pessoa procura viver uma juventude que não existe mais, o que pode causar-lhe uma grande crise existencial, separações conjugais, mudanças de emprego, etc. (MORAES, 2005; BALDI, 2003).

O oitavo setênio, de 49 aos 56 anos é considerado a fase da sabedoria, quando a pessoa já aprendeu muito com a vida e pode passar sua vivência aos outros, pela coletividade. Suas escolhas são baseadas nas coisas que realmente são importantes. Ela conhece todo o caminho da sua biografia, é alguém experiente que pode compartilhar suas vivências com os mais jovens. Ela tem agora uma “vitalidade espiritual”, denominada por Steiner, que traz para si uma espiritualização, ou seja, um bem estar consigo mesmo e com o mundo (MORAES, 2005; BURKHARD, 2000).

No **nono setênio, de 56 aos 63 anos**, o Eu está mais elaborado, mas o corpo físico encontra-se em declínio, resultando num outro membro espiritual. O “homem-espírito” que faz com que esta pessoa tenha uma maior consciência de sua existência, de como rápido a vida passa e como ela está próxima do fim. Tem serenidade e calma interior e procura viver utilizando-se de coisas que lhe darão prazer. A partir dos 63 anos em diante, a espiritualização pode tornar-se maior à custa de sua degradação física (BURKHARD, 2000; MORAES, 2005).

Segundo Burkhard (2000) algumas idades a partir deste setênio são individualizadas: Dos 63 a 70 anos, a pessoa tenta recuperar as forças do primeiro setênio. Admira os pequenos milagres do dia a dia e irradia alegria. Dos 70 aos 77, têm novas imagens do mundo, liberdade interior, vivências suprassensíveis do cosmo e venera o belo; dos 77 aos 84, confronta-se com o mundo inconsciente e tem coragem para enfrentar a morte.

2.3 Os Doze Sentidos

Rudolf Steiner definiu os sentidos como fontes que nutrem nossa vida como se fossem alimentos para nossa alma. Eles nos permitem conhecer o mundo e acreditar nas percepções que nos permeiam. São os sentidos que nos permitem acessar nossa trajetória espiritual (MORAIS; HOSOMI, 2011).

“Os sentidos são as grandes janelas pelas quais entramos em contato com o mundo interno e externo, experimentando sensações; e pela conscientização das sensações que temos a percepção do mundo” (BURKHARD, 2007b).

Estes sentidos somam um total de doze e são assim agrupados: sentido do tato, da vida ou vital, do movimento e do equilíbrio (âmbito do querer ou corpóreos); do olfato, do paladar, da visão e térmico (âmbito do sentir ou anímicos); da audição, da palavra, do pensamento e do Eu (âmbito do pensar ou espirituais) (MORAIS, HOSOMI, 2011; BURKHARD, 2007 b).

Steiner classificou-os em sentidos mais “internos” (tato, vital, movimento, equilíbrio, paladar e olfato) e os “externos” que nos levam para fora de nós mesmos (visão, térmico, audição, linguagem, pensamento e Eu).

Para Morais e Hosomi (2011, p. 5):

O tato nos define os limites corporais da pele; o vital revela a harmonia ou desarmonia de nossos conteúdos corporais; o movimento nos permite a consciência dos músculos e juntas; o equilíbrio nos permite perceber como o nosso peso se distribui no espaço [...]

O paladar e o olfato trazem uma consciência vigil sobre as necessidades do nosso corpo. O da visão e o térmico são tidos como subjetivos. Por exemplo, se um dia está frio, temos a sensação de uma atmosfera fria também. Na audição, ficamos imersos na nossa interioridade; como se estivéssemos fora de nós mesmos. Um exemplo disto é a audição de uma música. O equilíbrio nos leva à segurança do espaço físico; na palavra, nos é revelado a “escultura” dos gestos, dançamos com as palavras que ouvimos e o pensamento as discerne. No sentido do Eu temos a consciência do contato com o outro, das primeiras reações que tivemos ao encontrá-lo pela primeira vez (MORAIS; HOSOMI, 2011).

Quanto aos sentidos, o primeiro que abordaremos e relacionaremos neste capítulo será o sentido do tato.

Para Vale (2011), o tato é o sentido do contato com o mundo que se estende por toda extensão do corpo e acontece devido às terminações nervosas. As partes do corpo relacionadas com este sentido são os pés.

O tato ou tacto é um dos sentidos clássicos propostos por Aristóteles, divididos em quatro outros sentidos: sistema somatossensorial (identificação de texturas), propriocepção ou cinestesia (reconhecimento da localização espacial do corpo), termocepção (percepção da temperatura) e nocicepção (percepção da dor).

Geralmente associado apenas com a pele, na verdade inclui vários órgãos diferentes como o labirinto e medulas (AQUINO, 2006)⁴.

Este sentido transmite a experiência dos limites do corpo através do toque. O toque é a condição para a confiança básica na relação interpessoal enfermagem/cliente (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

Segundo Steiner (2012, p.7) este sentido interage de uma maneira muito rude com o mundo exterior. O processo de tatear ocorre na parte interna da pele fazendo com ele tenha consciência de que o toque é algo interno. Quando um objeto é tocado, por exemplo, se este é uma agulha, sabemos que ela é pontiaguda, mas, “o que vivenciamos como pessoas tateantes acontecem dentro dos limites de nossa pele. Portanto, o que vivenciamos com o sentido do tato é algo que nos acontece interiormente, em nossa corporalidade”.

É o sentido que, de certa maneira, apresenta o fundamento de todos os outros. Nem todos apresentam, portanto, a visão, porque o sentido da visão é, dentre todos os sentidos, o mais perfeito no conhecimento, mas o tato é o mais necessário (AQUINO, 2006).

Enfatizaremos a seguir, o sentido da vida ou vital. Na medicina tradicional este sentido é chamado de propriopercepção, ou seja, a capacidade de perceber o próprio corpo. Na Antroposofia é a percepção de seu interior, de suas alegrias, tristezas, bem-estar, dor (VALE, 2011).

Para Steiner (2012), o sentido da vida acontece no interior do organismo e quando ocorre algum distúrbio é logo percebido. Muitas vezes, notamos um certo bem-estar, um sentimento de vida.

Quando esta sensação fica um pouco desgastada, nós procuramos restabelecer-nos para que ele se restaure novamente.

Nós sentimos essa restauração e esse desgaste do sentimento de vida, só que geralmente estamos acostumados demais a ele para podermos percebê-lo sempre. Porém esse sentido — o sentido da vida, por cujo intermédio sentimos a vida em nós — existe nitidamente, da mesma maneira como vemos com nossos olhos um pouco do que nos cerca. Nós percebemos a nós mesmos com o sentido da vida, da mesma maneira como enxergamos com nossos

⁴ Referência retirada do condensado do comentário à metafísica de Aristóteles escrito por São Tomás de Aquino. Disponível em <file:///D:/Documenta%20Chatolica%20Omnia/99%20-%20Pro...ri/mbs%20Library/001%20-Da%20Fare/05/0-Metafisica.htm> (1of 4)2006-06-01. Acesso em: 11 jun. 2012.

olhos. Não teríamos noção alguma do nosso processo vital se não possuíssemos esse sentido (STEINER, 2012, p.3).

Este sentido nos dá a consciência de que a pessoa está mal ou bem. Desta forma avaliamos a indisposição do outro e relacionamos com o que nós sentimos em relação a ele (MORAIS; HOSOMI, 2011). O sentido da vida nos permite perceber a desarmonia do organismo, ou seja, quando algo não está bem em nós.

Segundo Morais e Hosomi (2011, p. 16):

É o sentido interno dos órgãos e dos processos vitais. Experimentar o desequilíbrio do sentido vital é basicamente perder o bem estar, nos sentimos doentes, com dor. Só assim podemos entender a dor experimentada pelo outro, ou seja, vivenciamos a virtude da compaixão. E esta é a base que nos possibilita aliviar a dor e conferir conforto ao próximo.

Com o sentido da vida vivenciamos o que acontece interiormente em nossa corporalidade. “Nós não vivenciamos o processo que ocorre aqui ou ali fora de nós, e sim o que está dentro de nós” (STEINER, 2012, p. 8).

No sentido do movimento está a percepção de que os membros do organismo se movimentam em conjunto. Refere-se à percepção de movimento externo, como a aquela em que curvamos um braço, curvamos uma perna; a movimentação da laringe ao falar (STEINER, 2012).

Em Vale (2011) este sentido é que nos faz sentir e repetir os movimentos. É a sede dos estímulos para os movimentos, o que dá a possibilidade de percepção do mundo externo.

Não podemos entender este sentido somente como a habilidade de movimento do sistema locomotor, mas também como movimentação dos processos vitais. Podemos não ter consciência, mas nosso corpo todo se movimenta nos batimentos cardíacos, no funcionamento renal, nas expressões corporais. “E esta habilidade para se movimentar, esse princípio dinâmico, é chamado de corpo astral na Antroposofia. As plantas não têm corpo astral, por isso não se movimentam” (MORAIS; HOSOMI, 2011, p. 29).

Este sentido tem relação com a biografia. Morais e Hosomi (2011) expõem que para Goethe cada movimento que a pessoa completa é apenas parte de uma

totalidade, de um comportamento da vida. A totalidade é o curso da vida, a sua biografia, pois, cada movimento é uma etapa do envelhecimento.

Steiner alude que este sentido não trata de movimentos de andar para lá e para cá, mas daqueles que sentimos ao movimentar os membros ou a fala; são, portanto, os movimentos internos que são compreendidos como sentido do movimento. E ainda complementa:

Quando me movimento fora de mim, também me movimento dentro de mim. Temos de distinguir aqui duas coisas: meu movimento para a frente e aposição dos membros o interior. Portanto, o sentido do movimento é percebido internamente, assim como o sentido da vida e o sentido do equilíbrio (STEINER, 2012, p.8).

Em Burkhard (2007) este sentido não está ativo quando as pessoas apresentam depressão, melancolia, hipocondria. Seu desenvolvimento é realizado com ritmo, o que se alcança pela dança ou quando observamos movimentos exteriores a nós, como o movimento das nuvens, da fala de uma pessoa ou ao observar uma figura geométrica ao movermos nossos olhos. Está associado à sensação de liberdade interior.

Ele não é notado normalmente, exceto em situações de tonteira e desmaio quando o perdemos. Está associado à maneira de como nos sentimos dentro do mundo que só é percebido por nós por meio do sentido do equilíbrio. Trata-se de um sentido real (STEINER, 2012).

O olfato é um sentido em que saímos um pouco de nós, pois estabelecemos um relacionamento com o mundo exterior, embora temos pouca consciência de que por meio dele, estabelecemos este contato. Ao contrário do animal, o homem nem quer saber o que se pode experimentar no mundo exterior por meio deste sentido. Com isso, ele consegue pouco contato com esse mundo (STEINER, 2012).

O olfato capta os odores pelos receptores que estão na mucosa nasal e está relacionado com uma parte do cérebro, o rinencéfalo, que tem relação com a libido e correlaciona-se com o corpo astral (VALE, 2011).

Acredita-se, assim que este seja um sentido mais anímico e por meio dele penetramos também na intimidade de outro ser. É através dele que somos levados a repulsa ou a sensações sublimes (BURKHARD, 2007).

Outro sentido é o do paladar que está localizado na língua a qual detecta vários tipos de sabores. Trabalha sempre junto com o olfato e assim como ele, também está ligado à afetividade (VALE, 2011).

Ao contrário do olfato, com este sentido, o homem quer ter um contato maior com o mundo exterior. As qualidades intrínsecas do açúcar e do sal são mais bem vivenciadas. No doce, no amargo e no salgado, vivenciamos menos o objeto, pois o que nos interessa nestes sabores é o que eles se tornam em nosso paladar, e então nos interessamos menos pelo que está fora. O exterior mais interiorizado estabelece um maior relacionamento com o interior (STEINER, 2012).

Transmite a sensação das qualidades dos sabores (amargo, doce, salgado, azedo). A alma evolui nos sabores; portanto, uma dieta adequada auxilia na recuperação de problemas emocionais. Usa-se o salgado para acordar, o amargo nas tonteiras e o azedo para náuseas. O excesso de tempero e de sabores pode prejudicar os alimentos (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

No sentido da visão interiorizamos muito mais das características do mundo exterior. É a entrada para as imagens que se formam nos olhos e nos informa as aparências exteriores. A parte do corpo correspondente é o estômago (VALE, 2011).

O sentido da visão nos confere os efeitos de luz e cor que traz o mundo à tona. As cores e os designs dos ambientes não são apenas uma estética, mas, fatores importantes na vida de um cliente. Trazem as sensações de bem – estar, de humor e de orientação aos mesmos (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

Segundo Aquino (2006) este sentido nos revela o desejo do homem pelo conhecimento das coisas e pela utilidade da vida. O sentido é apreciado por causa de si mesmo, na medida em que é compreensível e também porque confere utilidade à vida. Os sentidos da visão e do tato apreendem sensações que são inerentes, assim como a cor, o quente e o frio.

Na sensação de frio e calor num objeto, temos o sentido térmico, o qual viveu intensamente essa relação interior com o objeto. Estabelecemos um relacionamento íntimo com o mundo exterior através do objeto percebido. Quando pegamos, por exemplo, um pedaço de gelo, nos convencemos de que não só sua superfície é fria, mas também todo ele por dentro (STEINER, 2012).

Este sentido nos revela algo sobre o interior da pessoa, mesmo sem o contato físico, pois tem relação com o calor e com o frio, ou seja, se a pessoa é calorosa ou fria e está associado ao coração (VALE, 2011).

A Organização do Eu regula os processos calóricos do organismo. Numa pessoa a qual apresenta esta organização muito enfraquecida ocorrem mudanças da temperatura corporal, como quadros subfebris, nos casos de pessoas com câncer, por exemplo (GARDIN, 2005).

Na audição, a relação com o interior do mundo externo se torna mais íntima. O que ouvimos nos revela conformação interna, bem mais do que o calor e muito mais do que o sentido da visão. Quando o metal começa a soar, ele nos revela como é em seu interior. Com o sentido do calor, também penetramos no interior. Quando fazemos alguma coisa soar, percebemos, de certo modo, intimamente o interior daquilo que está soando (STEINER, 2012).

Seus receptores estão localizados nos ouvidos e nos dão a possibilidade de, ao ouvir determinados sons, despertar-nos o íntimo da nossa natureza o nosso “Eu”. As partes deste sentido são as costelas e o tórax (VALE, 2011).

No sentido da palavra ou da linguagem existe uma percepção, um pensamento por detrás da palavra. Ela é percebida quando está separada do pensamento, por meio de gravações, ou mesmo quando se trata de palavra escrita. No relacionamento interpessoal, o ser que emite a palavra transporta por meio dessa palavra o sentido do pensar (STEINER, 2012).

No pensamento, percebemos o que está por trás do pensamento do outro, quando calamos nossos próprios sentimentos (BURKHARD, 2007b).

Trata-se de percepções tão diferentes quanto paladar e visão. Portanto, penetramos mais intimamente no mundo exterior quando não percebemos com o sentido da audição algo que soa, e sim quando percebemos pelo pensamento algo que tenha significado (STEINER, 2012).

Quando falamos no sentido do Eu, falamos na capacidade humana de perceber um outro Eu. É um relacionamento mais íntimo com o mundo exterior que nos possibilita nos colocarmos no lugar do outro, que passamos a sentir como a nós mesmos. Portanto, o que chamamos de vivência do próprio Eu é o amor que nos possibilita compreender realmente a percepção do Eu alheio por meio deste sentido (STEINER, 2012).

Através deste sentido podemos perceber outra individualidade, outro Eu que está por trás dos pensamentos e dos sentimentos. É a percepção dos próprios limites, tanto dos físicos como dos pensamentos. Tenta nos convencer a abandonar uma ideia ou tomar uma atitude (VALE, 2011).

É o sentido que nos mostra o curso da personalidade humana, que nos dá a possibilidade de conhecer a sua essência, o seu Eu (BURKHARD, 2007b).

Para tanto é preciso que nos conheçamos e nos amemos mais para compreendermos e sermos capazes de conhecer e amar o outro.

Quanto à associação dos sentidos humanos com a trimembração é assim referido por Vale (2011, p. 88):

Os quatro sentidos do primeiro grupo formam a base para a vida e para a liberdade. Os quatro do segundo grupo dão ao ser humano a possibilidade de trabalhar no mundo. E os seguintes, do terceiro grupo, dão ao ser humano, a percepção de seus propósitos de vida, ou seja, seus ideais e suas metas.

Sintetizando, o tato é a consciência da natureza física; o vital é a consciência de funcionamento dos processos vitais; o movimento nos mostra o controle que temos da organização física. No equilíbrio, nos mantemos no mundo. O olfato está associado à vontade e aos instintos. O paladar pode ou não permitir que alguma substância entre no organismo, ao contrário do olfato. Nele podemos identificar se a substância ingerida pode ser saudável para nossa natureza microcós mica. Na visão, o mundo se apresenta a nós. O térmico expressa envolvimento interpessoal. Na audição penetramos na natureza do objeto e na palavra, no mundo das ideias. No pensamento, compreendemos as palavras que estão sendo ditas. Por fim, no sentido do Eu, nos desligamos de nós mesmos e penetramos no Eu do outro (MORAIS; HOSOMO, 2011).

Apresentaremos um quadro resumido dos sentidos e sua relação trimembrada.

Sentidos Corporais Querer		Sentidos Anímicos Sentir		Sentidos Espirituais Pensar	
Tato	Define conscientemente os limites corporais	Olfato	Preenche e é preenchido por memórias e associações morais básicas	Audição	Desloca com segurança a matéria para a realidade do mundo espiritual
Vital	Identifica ritmos harmônicos e desarmônicos dos conteúdos e processos vitais	Paladar	Controla o ponderável através da dissolução para realizar julgamentos morais	Palavra	Capta os movimentos da fala que expressam-se em cores (entonação e sentimentos do interlocutor)
Movimento	Encontra o planejamento biográfico pela consciência dos movimentos corporais	Visão	Experimenta livremente o impoderável, revelando suas relações com as cores do ambiente	Pensamento	Identifica o fluxo de organização do pensamento (verdadeiro/falso) do outro.
Equilíbrio	Expressa-se pela postura ereta no espaço tridimensional	Térmico	Identifica a participação do eu através do entusiasmo, interesse pelo ambiente	Eu	Rompe os limites do outro para captar-lhe a individualidade

Quadro 1: Os Doze Sentidos Humanos e sua correlação trimembrada

Fonte: Morais e Hosomi, 2011, p. 94.

2.4 A Medicina Antroposófica

A Medicina Antroposófica valoriza os aspectos fundamentais que envolvem o ser humano, não apenas do ponto de vista de seu corpo físico, mas, sobretudo espiritual. O fundamento dela é que o ser humano mantém estreita relação com a natureza e com seus elementos que, juntos, eles compõem um organismo complexo e harmônico (LANZ,1997).

A Medicina Antroposófica foi desenvolvida na Europa no século XX pelo próprio Steiner e pela médica Ita Wegman, em Arlesheim na Suíça. Esta, após estabelecer vários contatos com Steiner, desenvolveu bases para uma medicina diferenciada, fundamentada na imagem do homem apresentada pela Antroposofia.

Atualmente é praticada em 44 países, sendo reconhecida oficialmente na Alemanha, na Inglaterra e na Holanda e em fase de reconhecimento pela comunidade europeia. Na Alemanha, há uma faculdade de Medicina Antroposófica reconhecida pelo governo, com hospital universitário. Neste país trabalham aproximadamente mil médicos e três mil enfermeiros em hospitais e em clínicas (MACHADO, SANTOS, TOPLER, 2004).

No Brasil, ela iniciou-se na década de 50, em São Paulo, com a médica Gudrun Krökel Burkhard e seu marido Pedro Schmidt, com o apoio da Clínica Tobias, onde teve início a primeira clínica antroposófica do país. Hoje, têm-se aproximadamente trezentos médicos reconhecidos pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA), sendo o Brasil, o segundo maior contingente de médicos antroposóficos do mundo, uma vez que o primeiro está na Alemanha. Alguns estão presentes na rede pública, a exemplo de Belo Horizonte, Brasília, São João del - Rei, Juiz de Fora e mais recentemente, no ambulatório de Matias Barbosa. A sede oficial que regulamenta a Medicina Antroposófica é o *Goetheanum*, ao qual a ABMA é filiada (ABMA, 2011; GARDIN; SCHLEIER, 2009).

Esta medicina foi inserida também na Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMPC), hoje, denominada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que incentiva a criação de Observatórios de Saúde, onde atualmente são desenvolvidas experiências em Medicina Antroposófica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

No Brasil, foi realizado um relatório técnico pelo observatório de Medicina Antroposófica do SUS, no período de 2009 a 2011. Segundo a pesquisa, foram encontrados dezoito serviços, e quatorze destes, possuem vinculação direta com o SUS. Desses, doze são SUS exclusivos e dois são considerados SUS/parceiros, ou seja, recebem algum tipo de apoio financeiro externo (BRASIL, 2011).

A Antroposofia, mesmo tendo sido originária no Ocidente, no século XX, cria pontes para a sabedoria das tradições mais antigas de cura tanto deste hemisfério quanto do Oriental. A Medicina Antroposófica não pode ser considerada uma alternativa à medicina convencional, mas uma expansão, cuja visão do médico não reside somente na utilização específica de diagnóstico, exames e tratamento, mas na visão integral do ser humano e sua relação com a natureza (CANTOR; ROSENZWEIG, 2009).

A Medicina Antroposófica tem como propósito a ampliação da arte médica através da imagem trimembrada do ser humano avaliado em sua individualidade. Nos processos patológicos, os medicamentos estimularão no organismo, uma reação que levará à cura ou alívio da enfermidade. O medicamento antroposófico, portanto, estimula as forças autocurativas do organismo (MIGLIO, 2010; SAB. 2010).

Conforme Gardin e Schleier (2009), na visão da medicina ampliada pela Antroposofia, o homem (físico, psíquico e espiritual) é um ser único que interage com a sociedade, com a cultura e com o meio ambiente. O médico não é um simples executor do exame físico ou prescritor de medicamentos, ele também passa por um processo interior de autodesenvolvimento.

Algumas correntes classificam a Medicina Antroposófica como “naturalista”, porém, as ideias defendidas por Daems (2009) afirmam que esta não é naturalista, não é fitoterápica e tampouco homeopata, embora se utilize de matérias primas naturais, de plantas medicinais e da dinamização de medicamentos. Concordando com este autor, Rodrigues, Hellmann e Sanches (2011) refere que o termo “alternativo” também não é adequado para denominá-la, uma vez que esta prática não pretende substituir nenhuma outra e nem qualquer outra racionalidade médica ou a própria medicina tradicional.

O termo “racionalidade médica” foi utilizado pela Dra. Madel Luz na década de 90, em que foi criada uma linha de estudos teóricos ou empíricos no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e hoje sediada na Universidade Federal Fluminense. As racionalidades médicas abarcam

comparações de sistemas médicos complexos (Medicina Ocidental ou Biomedicina, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda, Antroposófica) tanto em nível teórico (ciências humanas) como prático (médico terapêutico ou diagnóstico) (LUZ, 2005). Esta é definida por um conjunto de cinco dimensões interligadas: “a morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema diagnóstico, um sistema terapêutico, uma doutrina médica e a cosmologia” (LUZ, 2005, p. 5).

2.5 As Terapias Antroposóficas

As terapias antroposóficas abrangem o ser humano nas concepções citadas anteriormente, ou seja, coerentes com a visão trimembrada e quadrimembrada.

O ser humano é interligado pelas organizações física, etérica, vital e Espiritual e as terapias antroposóficas atuam revitalizando as forças curativas do próprio organismo, e são descritas como sendo: terapias do espírito (organização neurosensorial, biografia), terapias da alma (terapias artísticas) e as terapias do corpo (massagem rítmica, quirofonética, euritmia, dieta e aplicações externas) (MORAES, 2005).

As terapias externas ou aplicações externas são tratamentos utilizados através de aplicações de substâncias na pele que leva seu efeito terapêutico para o interior do organismo. Nessas terapias são essenciais o toque no paciente e o envolvimento deste neste processo terapêutico. O terapeuta deve ser amoroso e compreensivo na aplicação da terapia. Para que este efeito ocorra adequadamente, é necessário que aquele tenha a consciência de que a pele é um órgão de percepção e de troca com o mundo, pois, leva luz e calor para o interior dos órgãos e ao mesmo tempo elimina substâncias tóxicas, suor, sais (MACHADO; SANTOS; TOPLER, 2004).

As terapias externas são referidas como sendo tratamentos para a organização do Eu através do estímulo sensorio da pele. Sendo assim, na aplicação dessas terapias, é preciso que a pele esteja em correto funcionamento, para que ela perceba as forças de uma planta numa compressa, por exemplo, e a transmita para todo organismo. Nestas aplicações, a imediata percepção do medicamento é

essencial, pois, o que deve ser percebido é seu poder espiritual. Para que esta percepção ocorra, é necessário que a pessoa esteja em silêncio e em repouso para que o organismo não seja desviado por impressões sensoriais (DAM, 2008).

Estas aplicações são realizadas por meio do banho medicinal, dos envoltórios com óleos e argilas, dos escalda-pés, das fricções, das massagens, dos banhos intestinais, das compressas de chá e de ricota, dos cataplasmas, etc. (BALDI, 2003).

Para Moraes (2005), estas terapias atuam no metabolismo do indivíduo revitalizando seus processos inconscientes que se acumulam na esfera visceral que, ao serem revitalizados, transformam-no internamente o que promove sua cura.

A **quiromfônica** é uma terapia antroposófica que atua nos sons articulados que estruturam as palavras na qual os fonemas são considerados substâncias terapêuticas.

Segundo Corvelo (2011, p. 20) esta terapia é assim descrita:

Durante a emissão da fala, em cada fonema, o ar é articulado por movimentos da língua, palato, lábios e mandíbula. Através da quiromfônica, as qualidades destes fluxos aéreos são transmitidas para o corpo, em forma de massagem, ao mesmo tempo em que o terapeuta entoa os respectivos fonemas. Desta forma, o estímulo da fala é ampliado, pois além de auditivo passa a ser tátil, térmico e cinestésico, possibilitando o despertar de uma nova percepção das qualidades fonéticas.

Ainda segundo a autora, ela foi desenvolvida pelo fonoaudiólogo Alfred Baur que observou a relação entre o aparelho fonador e a estrutura global do organismo baseado na Antroposofia. Ela contribui para o equilíbrio físico e emocional da pessoa, sendo utilizada em diversas patologias desde as orgânicas e emocionais (bronquites, anorexia, depressão, fobias, histerias) até as de distúrbios da fala e da aprendizagem (dislalias, gagueira, disfonias, dificuldade de concentração e de memória, hiperatividade).

A **massagem rítmica** tem como função apoiar e sustentar o sistema rítmico através do toque de sucção rítmica, ou seja, simulando pelo toque das mãos, as pulsações cardíacas, estimulando e equilibrando a atuação de todos os corpos (HAUSCHKA, 2007).

Baseado no livro “Massagem Rítmica: segundo Ita Wegman: fundamentos antropológicos”, a massagem rítmica foi iniciada pela Dra. Ita Wegman (1876-1943) concebida segundo a imagem antroposófica do ser humano. Foi aperfeiçoada posteriormente pela médica Margarethe Hauschka e, hoje, leva o seu nome (massagem Hauschka). Ambas trabalharam em uma clínica em Arlesheim na Suíça, mas como a Dra. Hauschka dispunha de condições de desenvolver uma terapia artística concomitante à massagem, foi também uma das idealizadoras desta terapia. Nesta clínica, os primeiros cursos foram voltados para enfermeiras e para outras pessoas que trabalhavam com médicos e tinham fundamentos que contemplavam a massagem e a terapia artística (HAUSCHKA, 2007).

Para Hauschka (2007) essa ritmicidade não se constitui de uma técnica, mas de uma arte. Para tanto é necessário o conhecimento ampliado do homem que leve em conta a trimembração e a interação tanto sadia quanto patológica desse princípio. A massagem rítmica consiste em:

Estimular as forças do empuxo que devem atuar em qualquer circulação viva no sentido de não deixá-la sucumbir à gravidade. Ao encaminhar as substâncias para a espera da vida, o corpo etérico ou das forças plasmadoras, tira simultaneamente, o processo biológico do campo gravitacional, do campo de atuação das forças terrestres, abrindo-o à influência cósmica. A tendência sugadora dos toques iria então ao encontro da atuação do corpo etérico. Por fim, cabe mencionar a introdução muito eficaz da *lemniscata* e suas variações, a qual mostrou ser eficaz na harmonia e confluência dos efeitos biológicos dinâmicos (HAUSCHKA, 2007, p. 96).

Sendo assim, na massagem rítmica, o toque das mãos deve ser suave, fazendo círculos que aquecem com o intuito de restabelecer e estabilizar o ritmo adequado para o bem estar físico, anímico e espiritual da pessoa.

A terapia artística, como foi mencionada anteriormente, foi desenvolvida também pela médica Margarethe Hauschka que, ao chegar à clínica da Dra. Ita Wegman na Suíça, encontrou duas artistas alemãs (Sofia Bauer e Maria Kleiner) que praticavam pintura junto aos pacientes. Em conjunto, iniciaram um trabalho de pintura, escultura, modelagem e tapeçaria a partir da concepção antroposófica. Essas terapias atuam nos corpos e também nos arquétipos que precisam ser organizados na pessoa (MORAES, 2005).

Ainda segundo este autor, o objetivo não é que o paciente seja um artista, mas que vivencie, junto a estas atividades, as forças curativas que estão encobertas na arte. A argila produz uma resposta orgânica e anímica na pessoa; a pintura com seus elementos de luz e cor trabalha impressões e sensações anímicas; no desenho, há a vivência do espaço, há uma relação estabelecida entre o Eu e o corpo físico; na modelagem, contemplam-se as forças formativas do corpo etérico que moldaram os órgãos e tecidos, padrões de comportamento e hábitos da pessoa; nos fonemas, a pessoa exercita o seu Eu no mundo (MORAES, 2005).

A euritmia, proposta por Steiner, é movimento coreografado executado pelo corpo que age equilibrando as forças atuantes no corpo humano. Para a AMA-Portugal (2011), a euritmia é uma prática terapêutica em que o homem expressa pelos movimentos corporais as leis interiores do som e do tom que transformam a própria pessoa física, emocional e espiritualmente. Pode ser utilizadas em diversas patologias como depressão, estresse, correções de postura, enxaquecas, distúrbios de sono e de aprendizagem, etc.

Na euritmia, as qualidades interiores da música e da poesia adquirem vida através dos fonemas, dos ritmos, dos sons e dos tons (FROBÖSE; FROBÖSE, 2009).

Sendo assim, para Moraes (2005), esta terapia é definida como “arte total”, capaz de compactar através dos gestos corporais todos os elementos da arte, como a fala, a música, a poesia, o teatro, a dança, a cor das vestes, etc. Na combinação dos fonemas, que produzem efeitos terapêuticos específicos, o euritmista trabalha o seu paciente ou seu grupo.

A terapia biográfica foi apresentada ao Brasil pela médica Dra. Gudrun Krökel Burkhard que se tornou a mais experiente terapeuta ligada à Antroposofia.

Na metodologia biográfica usa-se a observação das etapas da vida que consiste em fazer com que a pessoa consiga enxergar sob a forma de imagens representadas por desenhos, de cores e de formas (na argila, por exemplo) um acontecimento da sua vida. As etapas da vida são divididas em setênios, ou seja, em ciclos de sete anos como já visto anteriormente. A pessoa ao ter uma visão panorâmica de sua vida pode vivenciar fatos que a marcaram e através do aconselhamento biográfico, é possível que alguns deles sejam modificados e redirecionados. É um trabalho que atua no nível mais anímico que leva as pessoas à

motivação, à autoaceitação e à procura de novas metas para a vida (BURKHARD, 2000).

A terapia biográfica pode ser realizada individualmente ou em grupo, mas para tanto, o profissional deve realizar um curso de formação que tem duração de quatro anos.

3 ENFERMAGEM: a arte de cuidar

A enfermagem tem sido caracterizada como uma profissão nova ou recente, porém, o cuidado, essência da profissão, tem sua origem nos primórdios da civilização. Neste sentido, a enfermagem existe desde que um ser humano cuida do outro, desde que existe vida; o que a transformou é o fato de que hoje ela é científica, sistematizada alicerçada em teorias que impulsionam a pesquisa.

No tocante a esse cuidar histórico, na origem da humanidade ele era realizado de forma instintiva, intuitiva e natural, como forma de sobrevivência e os povos antigos utilizavam forças místicas e utensílios naturais, como ervas e emplastos para a cura das doenças. Com o cristianismo e com o advento de ordens religiosas, o cuidado ganha um sentido próprio de cunho religioso, humanitário, com caráter prestativo de ajuda e de apoio espiritual. Após o surgimento dos hospitais e da necessidade de cuidar dos doentes, das feridas e de administrar medicamentos é que enfermagem emerge, neste contexto, ainda como prática não profissionalizada (CUNHA *et al*, 2009).

O termo Enfermagem tem sua origem no latim, conforme descrito por Scholler, Leopardi e Ramos (2011). Origina-se da palavra “enfermo”: *infirmus* (*in*: negação e *firmus*: firme, robusto, saudável). Enfermo, portanto, denota debilidade, fraqueza, perda de forças. O Enfermeiro é a pessoa que restaura tais forças. Enfermagem é, portanto, a realização do trabalho das pessoas que tratam dos enfermos, para que se tornem novamente sadios e firmes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), a enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado individual, coletivo, de grupo e comunidade de indivíduos de todas as idades, sadios ou enfermos que inclui a promoção da saúde e a prevenção de doença.

Para que possamos falar de enfermagem é necessário retomar os caminhos da história do cuidado, pois, são neles que encontraremos as raízes do que somos e as respostas para que e por que viemos.

A profissionalização inicia-se com Florence Nightingale que formulou os primeiros preceitos da enfermagem, cuja teoria englobava a natureza agindo sobre o paciente. Ao cuidar de feridos na Guerra da Criméia, em 1854, Florence considerou a influência do ambiente no cuidado aos mesmos e não imaginava que seu nome

entraria para a história como exemplo de coragem, compaixão, solidariedade e persistência no cuidado ao próximo. Com ela, o cuidado assumiu uma postura formal, organizada, holística, cujas ações extrapolavam o ambiente hospitalar (CUNHA *et al*, 2009).

Kruse (2006) e Oguisso (2005) referem-se à Florence Nightingale como sendo proveniente de uma família inglesa rica e aristocrata o que influenciou a sua formação e seus conhecimentos incomuns para as mulheres daquela época (política, línguas, literatura, artes, história). Sua vocação para cuidar de doentes surgiu na infância, o que não foi compartilhado pela sua família, uma vez que as mulheres “cuidadoras” eram pessoas sem moral julgadas pela sociedade. Marcada por uma personalidade forte, ela realizou várias viagens a fim de conhecer a formação de enfermeiras e estagiou em algumas instituições que marcaram imensamente seu trabalho profissional com destaque para Europa, mais especificamente, na Alemanha, onde conheceu o trabalho das diaconisas.

Ao ser deflagrada a Guerra da Crimeia, em 1854, Florence escreveu ao ministro de guerra oferecendo seu trabalho no cuidado dos feridos. Seguiu com trinta e oito voluntárias e em Scutari, no campo de batalha, encontrou um hospital com mais de quatro mil feridos. Destacou-se pela sua preocupação em questões inerentes ao ambiente, como a ventilação, a higiene, a alimentação, a ordem e a administração do local. Reduziu o índice de mortalidade de 40% para 2%. Recebeu um prêmio da rainha Vitória pela sua dedicação e projetou a enfermagem para o mundo ao fundar uma escola de enfermagem (*Saint Thomas*) no modelo nightingaleano (ANDRADE, 2007; KRUSE, 2006; OGUISSO, 2005).

As enfermeiras formadas na escola *Saint Thomas* disseminaram os conhecimentos de Florence para toda a Europa. Na América do Sul, em 1886, na Argentina foi fundada a primeira escola de enfermagem deste hemisfério (OGUISSO, 2005).

Sendo assim, Florence Nightingale foi a precursora da enfermagem em todo o mundo, destacando-se pela sua “disciplina, obediência e subserviência” em suas relações com os demais profissionais (ANDRADE, 2007, p. 2).

Fundamentando sua prática alicerçada a um modelo teórico, coerente e articulado, iniciou a consolidação da prática de enfermagem através da construção de um conhecimento científico que foi se reformulando e ampliando, dando origem às teorias de enfermagem.

Neste contexto, percebemos que a enfermagem teve sua concepção baseada no modelo nightingaleano e que seus princípios estão envoltos por sua história, permeados de assuntos médicos, religiosos e sociais.

No Brasil, esta profissão surgiu em 1890, através do decreto número 791, no qual o chefe do governo provisório da República, Marechal Deodoro da Fonseca, criou a Escola de Enfermeiros do Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, cujo enfoque era biologicista. O primeiro curso no modelo nightingaleano foi fundado no hospital Samaritano, em São Paulo, em 1894 (OGUISSO, 2005).

A consolidação e a regulamentação, em nosso país se deram a partir da Lei do Exercício Profissional número 7498/86, que regulamentou a profissão.

A enfermagem brasileira é composta de três diferentes categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Cada um com seus níveis de habilitação técnica e atribuições, determinadas pela Lei nº. 7.498/86, que dispõe sobre Exercício Profissional de Enfermagem e por Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), inclusive a que aprovou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 1986).

Diante desta lei, ao estudar a prática da Enfermagem Antroposófica, é imprescindível que as funções da equipe de enfermagem estejam claras para que sua prática seja refletida de acordo com as premissas da profissão tanto no que concerne ao Processo de Trabalho como também, no cuidado em si.

3.1 Processo de trabalho da enfermagem

Para abordar o trabalho da enfermagem é necessário, enquanto enfermeiros, compreendermos seu processo de trabalho e sua inserção no contexto da saúde.

O processo de trabalho em enfermagem corresponde à atividade exercida pela equipe (enfermeiro, pessoal técnico e auxiliar) objetivando satisfazer as necessidades de cuidado dos clientes que procuram os serviços de saúde (AMESTOY *et al*, 2010).

Neste sentido, Tanaka e Leite (2008) afirmam que esse processo de trabalho tem como finalidade o cuidar, que se expressa através do assistir, do administrar, do pesquisar e do ensinar.

Ou seja, as ações assistenciais que aprimoram a prática de enfermagem tendo o cuidado como finalidade do seu trabalho, são pautadas no gerenciamento, na educação e na pesquisa.

Acrescendo-se aos autores referidos, Azzollin e Peduzzi (2007), Santos, Garlet e Lima (2009) estabelecem que a dimensão técnica abrange os conhecimentos, os instrumentos e as habilidades necessárias para o planejamento da assistência, a saber: planejamento, supervisão, coordenação, controle e avaliação. Na política, articula-se o processo gerencial ao projeto assistencial proposto considerando as necessidades do paciente e da instituição. Na dimensão comunicativa visa-se o bem comum nas relações de trabalho em equipe. Na dimensão do desenvolvimento da cidadania há a integração teoria/prática e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. E, por fim, na dimensão gerencial são providos os meios para a prática do cuidado.

Por conseguinte, a divisão técnica e social emerge no contexto da enfermagem, no qual cabe, ao nível técnico, as atividades assistenciais e ao enfermeiro, além das atividades assistenciais, competem às ações de gerenciamento do cuidado e da unidade, presentes desde o período nightingaleano (TANAKA; LEITE, 2008).

Desta divisão percebemos que a força de trabalho em enfermagem foi então dividida entre o fazer intelectual e o manual.

Quanto ao objeto de trabalho da enfermagem, para Thofehrn *et al* (2011, p.193) é o “próprio ser humano e a natureza”, isto é, o corpo físico, transformado pela doença.

Amestoy *et al* (2010, p. 159) acresce que “o objeto de trabalho da enfermagem é o ser humano que busca a execução do cuidado pela equipe de enfermagem”.

Neste sentido, tendo como nosso objeto de trabalho o ser humano, a Enfermagem Antroposófica no que tange à assistência nas técnicas de enfermagem, tem como finalidade do seu trabalho a promoção do cuidado terapêutico executado com carinho e com atenção. Para Baggio, Erdmann e Dal Sasso (2010) as qualidades fundamentais que objetivam este fim são o contato, a presença, o afeto e

a relação interpessoal. Cuidar é um ato de entrega ao outro e, com essas qualidades, poderemos realizá-lo com a ética que a profissão exige, mas também com os nossos valores de ser humano, de consciência, de moralidade e de amorosidade.

Para que esse cuidado seja eficaz, a enfermagem utiliza-se de alguns instrumentos. Segundo Thofehrn (2011) estes são o suporte para o desenvolvimento das atividades e um deles é o conhecimento científico, qualidade essencial a qualquer membro da equipe, em especial, ao enfermeiro.

A enfermagem tem passado por diversas mudanças e reconfiguração do seu espaço, como exemplo, a estruturação do processo de enfermagem.

Para Tannure e Gonçalves (2008):

O processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências (p.17)

O processo de sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é organizativo nas ações de cuidado, mas deve-se ter sempre em mente que seu objetivo é melhorar o cuidado em saúde nas pessoas (BAGGIO, ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

Frente ao exposto, verifica-se que a SAE deve ser utilizada para a otimização das atividades na busca de uma assistência de qualidade, formalizada e científica.

3.2 O cuidado como essência

Para fins deste estudo, é importante resgatar o conceito de cuidado na literatura e, através dele, discutir a finalidade do trabalho da enfermagem.

A palavra “cuidado” pode ter várias conotações, mas sempre terá a ideia de preocupação, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento.

Na enfermagem percebe-se como é importante esta definição em sua prática. Trazer a reflexão sobre o cuidado tema muito abordado na atualidade e

vivenciado no cotidiano profissional é essencial para a compreensão da nossa prática. O cuidado é nossa essência e temos que cativar aquele a quem cuidamos. Precisamos do outro, assim como o outro (na nossa prática é o nosso cliente) tem a necessidade do nosso cuidado.

Definir cuidado é abrangente, pois ele não é algo imposto, nem manipulado, mas está no âmago de cada um, na essência de cada ser que pode praticá-lo ou não. Na enfermagem, ele é tido como a principal finalidade de trabalho que deverá ser desenvolvido por cada profissional, cada um com seu próprio estilo.

Para Cunha *et al* (2009) o cuidado está vinculado ao cotidiano das pessoas, em qualquer situação ou circunstância. Ele é inato, inerente, próprio do ser, desde a concepção até a morte.

Ora, o ser humano não é somente um corpo a ser desvendado, temos vida dentro de nós, pois somos únicos, individuais. O cuidar não pode ser um mera reprodução de técnicas básicas, mas algo mais profundo porque vamos tocar alguém que, além de diferente de nós, na maioria das vezes, nos é desconhecido. O cuidado não contempla somente um corpo terreno, mas trabalhamos sensações do outro e não sabemos como o outro sente ao recebê-lo.

Para Schoeller, Leopardi e Ramos (2011) estabelecemos uma relação entre a pessoa que cuida e a cuidada. O profissional imprime no cuidado sua marca pessoal, fazendo com que este momento seja único, uma vivência experimentada que jamais irá se repetir e, se não for vivenciado de forma positiva, deixará marcas irreversíveis na pessoa que o recebeu. O cuidado é uma atitude de amor; quando realizado numa relação de amizade, estimula o processo de cura na pessoa.

O cuidado é recebido desde o nascimento até a morte, e segundo Corbani, Brêtas e Matheus (2009, p. 90), o ser humano que não o recebe “desestrutura-se, definha e morre e, se morrer o cuidado, morre também o ser.”

Assim, percebemos que cuidar é uma condição da vida. Sendo assim, enquanto enfermeiros devemos estabelecer uma relação intrínseca no mundo do outro enquanto o assistimos em seu momento mais frágil, mais suscetível.

Quem cuida também deve estar disponível para esse encontro com o outro, pois a relação é multilateral; somos seres humanos que cuidamos de outro como nós, embora com uma biografia diferente da nossa.

Para Schoeller, Leopardi e Ramos (2011) ao interagirmos com o outro, cuja vida não conhecemos, criamos com ele uma relação solidária. Embora esta

aproximação seja necessária é importante que estabeleçamos uma relação de igualdade, sem relação de poder, por parte do profissional e de submissão, pela pessoa que recebe o cuidado.

As autoras complementam que ao cuidarmos do outro, devemos levar em conta a sua identidade, ponto essencial na abordagem terapêutica. Quando esta identidade, que é a própria história de vida, é interpretada, sabemos quem é a pessoa da qual estamos cuidando, não é a simples “pessoa do aneurisma do 38” ou a “paciente do 303”.

A pessoa não é uma coisa ou uma patologia, é um ser humano que eu, como enfermeiro que cuida, devo contribuir para uma melhora em sua qualidade de vida em todos os âmbitos.

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que para cuidar do outro é essencial que cuidemos de nós mesmos. Para Nascimento (2010), quando alguém cuida de si mesmo tem mais disposição para cuidar do próximo. Cuidar do outro conduz ao autoconhecimento e, ao descuidar-se de si mesmo, pode-se também descuidar-se do outro.

A enfermagem ainda está calcada no modelo hospitalocêntrico, centrado na lógica da doença e na valorização técnica. Pires (2007) diz que buscar o conhecimento técnico e instrumental é importante para a enfermagem, mas privilegiar a politicidade do cuidar ajuda a romper com as relações de poder que o profissional de saúde exerce sobre quem recebe o cuidado.

A autora considera que é preciso conhecer para cuidar, cuidar para confrontar e para emancipar. Neste sentido, o conhecer para cuidar é ter uma visão histórica das relações de ajuda e de poder e ampliar as possibilidades de cuidar. Cuidar para confrontar é politizar as ações do enfermeiro fortalecendo sua autonomia e cuidar para emancipar é valorizar o conhecimento, e, este tem uma vocação emancipatória, ou seja, quando refletimos sobre a prática profissional, emancipamos certos conceitos.

Para Guimarães e Bastos (2000) o cuidar tem algumas dimensões que são pautadas no assistir, no investigar, no educar e no administrar.

Na dimensão “assistir” deve-se realizar um planejamento e sistematização da assistência de enfermagem. O paciente não deve ser considerado somente como objeto de trabalho, mas como um agente participante no tratamento. A dimensão

“investigar” inclui a pesquisa como processo investigativo de compreensão de sua prática e produção de conhecimento (GUIMARÃES; BASTOS, 2000).

As autoras expõem ainda que a dimensão “educar” pode ser definida como ação educativa do enfermeiro em seu cotidiano. Ele deve humanizar e instrumentalizar sua equipe no desempenho de sua função. A última dimensão abordada pelas autoras é o “administrar” que é gerir a prestação da assistência, utilizando-se de instrumentos que contribuem para a promoção de um ambiente favorável para a realização da mesma.

Waldow (2010, p.132) acrescenta ainda neste processo, duas outras dimensões: a ética e a estética. A ética é a “coerência e a harmonia entre o sentir, o pensar e o fazer.” O sentir é anterior ao pensar, ou seja, as pessoas vivenciam o mundo através das emoções.

Na dimensão estética, a enfermagem, considerada como uma arte tem no cuidado, a expressão artística de seu fazer. O sentido estético nos remete à ideia de beleza, responsabilidade, interação e ação. Complementa a autora dizendo que “o cuidar é uma arte porque integra técnica, intuição e sensibilidade” (WALDOW, 2010, p. 132).

Ao trabalhar com essas dimensões, o enfermeiro estará promovendo um cuidar diferenciado porque ele irá prover, planejar e promover um ambiente propício à sua prática terapêutica.

3.3 Enfermagem Antroposófica

A Enfermagem Antroposófica amplia a tradicional arte da enfermagem porque valoriza a concepção do ser humano em todos os seus aspectos, inclusive o espiritual.

Segundo a enfermeira antroposófica Therkleson (2005), a Enfermagem Antroposófica foi desenvolvida na clínica de Ita Wegman em Arlesheim na Suíça, seguindo as bases filosóficas de Steiner. Para a autora, ela é uma extensão da enfermagem tradicional que requer o desenvolvimento pessoal interno para acompanhar uma abordagem científica. A Enfermagem Antroposófica mantém o

cuidado humano e amoroso da prática de enfermagem, mas mantém o rigor científico da pesquisa.

Desde a criação da clínica em Arlesheim, a Dra. Ita Wegman inseriu a Enfermagem Antroposófica no seio médico, e, em 1925, Steiner foi convidado para lecionar no curso de enfermeiros, o que não se concretizou devido à sua morte (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

A Enfermagem Antroposófica é reconhecida em instituições de todo mundo; hoje, existem pelo menos vinte e cinco hospitais na Europa especializados nesta modalidade: dezesseis na Alemanha, cinco na Suíça, dois na Holanda, um na Suécia e um no Reino Unido. Em 2000, foi criado o Fórum Internacional de Cuidados Antroposóficos (IFAP) que promoveu um grande impulso para o cuidado antroposófico de enfermagem. A partir disso, são realizadas, a cada dois anos, reuniões internacionais que discutem a educação e formação destes cuidados. As conferências acontecem no *Goetheanum* (ANTHROPOSOPHICAL SOCIETY IN NEW ZEALAND, 2007).

Apesar de ser reconhecida e praticada em vários países da Europa é ainda pouco divulgada no Brasil, especialmente no meio acadêmico.

Para Nuñez (2008, p. 70) “se a medicina é considerada uma ‘ampliação da arte médica’ ou a ampliação da ‘arte de curar’, poderíamos, nós enfermeiros, advogar que a Enfermagem Antroposófica é a ampliação da ciência e arte de cuidar”.

Para Baldi (2003) o enfermeiro antroposófico é o profissional que participou de um curso de orientação antroposófica. Ainda não existem cursos de especialização reconhecidos. No Brasil, ela passou a ser conhecida e exercida na Clínica Tobias, em São Paulo, na década de 70.

Internacionalmente, a Enfermagem Antroposófica possui várias associações que organizam conferências, boletins informativos e cursos certificados de Enfermagem Antroposófica como a *Anthroposophical Nurses Association of America* (ANAA) que forma enfermeiras para cuidado de seres humanos à luz da Antroposofia e que está associada à *Verband Für Anthroposophische Pflege* na Alemanha. Ainda há a *Nurses Association of New Zealand* (ANANZ), da Nova Zelândia sob orientação das enfermeiras Michelle Vette, Kristina Friedlander, Jocelyn Freeman e Debbie Bednarek. Na Áustria, sob a orientação da enfermeira Angela Praxl. Nas Filipinas, Anne Joris. Na Alemanha, Rolf Heine, Ursa Neuhaus,

Caroline Weiss, entre outros enfermeiros. Nos EUA, Anke Smeele. Na Espanha, a enfermeira Assuncion Stelles Leal (CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA, 2011).

Em 2009, o Fórum Internacional de Enfermagem Antroposófica da Seção Médica da Escola de Ciência Espiritual do *Goetheanum*, autorizou a certificação de Especialista em Enfermagem Antroposófica (*Anthroposophic Nursing Specialist – IFAP*).

Há quatro cursos de formação em Enfermagem Antroposófica na Alemanha, dois na Suíça e um curso de pós-graduação de três anos na Nova Zelândia. Os cursos englobam botânica, desenvolvimento humano, artes, pesquisa e a visão antroposófica do ser humano. A prática clínica inclui treinamento sobre aplicações externas: tratamento de feridas usando substâncias orgânicas puras e remédios da Weleda, compressas, massagem e hidroterapia (ANTHROPOSOPHICAL SOCIETY IN NEW ZEALAND, 2007).

O cuidado antroposófico é sempre relacionado a uma compreensão particular do homem e sua relação com a natureza, com a cultura e com a sociedade.

Quanto a este sentido, o *Guidelines for Good Professional Practice in Anthroposophic Nursing* (IVAA, 2008) estabelece que o fundamento da Enfermagem Antroposófica é compreender e conhecer o ser humano em processo de adoecimento ou sadio em seu ambiente natural e social. A doença é considerada um desequilíbrio entre funções e forças e a saúde é a restauração destes poderes. A enfermagem sustenta esse processo de integração permanente no cotidiano de pessoas saudáveis que estão temporariamente doentes, encorajando-as à independência e realizando cuidados que os pacientes não podem fazer por si. Também reconhece o ser humano como uma entidade única e espiritual em evolução contínua. Na relação entre paciente e cuidador, os enfermeiros consideram que o ambiente social influencia o cuidado podendo trazer condições benéficas e saudáveis ao paciente. A relação é interpessoal e o paciente pode ou não aceitar a prestação dos cuidados de enfermagem, sendo que sua dignidade é sempre respeitada.

Na Enfermagem Antroposófica, o ser humano é cuidado através de um olhar que valoriza a sua quadrimembração e a sua trimembração interligadas pelo seu momento biográfico. O temperamento é também observado, pois, no cuidado, os

pacientes coléricos, tendem a dominar a situação; os fleumáticos tendem aceitar as argumentações, mas pensam a respeito; nos melancólicos, as informações têm que ser cuidadosas, pois, podem gerar medo e ansiedade nos mesmos e os sanguíneos, aceitam facilmente as colocações, mas não quer dizer que se convenceram delas.

Essa enfermagem promove uma dedicação individualizada, reconhece o sagrado na pessoa e também que a doença não é uma adversidade, mas uma oportunidade de autodesenvolvimento e de autoconsciência (NUÑEZ, 2011).

Por conseguinte, a Enfermagem Antroposófica baseia suas ações também nos doze gestos do cuidado de enfermagem que veremos a seguir.

3. 4 Os doze gestos do cuidado da Enfermagem Antroposófica

Os gestos do cuidado da Enfermagem Antroposófica constituem de atos, de intenções e de entrega ao nosso cliente. Nas ações de enfermagem, os doze gestos do cuidado são perceptíveis, tais como, alimentação, higiene, medicação e os que nos são revelados por um mundo invisível, como amor, paciência, compaixão, atenção que são a essência da enfermagem. Os gestos de enfermagem encontram-se entre estas duas atitudes acima e são a ação e a manutenção destas posturas interiores (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

O paciente é o foco dos gestos de enfermagem. Em torno dele, doze forças podem se desenvolver sendo estes as doze expressões do zodíaco (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

Para Husemann (2010), o doze é o impulso da vida. Assim como o sol aparece nos doze signos do zodíaco, o nosso coração bate no meio de doze costelas. Cristo foi o décimo terceiro entre os doze apóstolos.

A seguir mencionaremos os doze gestos do cuidado citados na Associação de Cuidados Antroposóficos (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

O primeiro gesto é o **envolver ou proteger**, talvez o gesto mais elementar-primordial. São atitudes como: vestir, cobrir, abraçar, tomar nos braços, abrigar. Nas aplicações externas ele aparece ao friccionarmos um paciente desvitalizado com um óleo para aquecê-lo.

O segundo gesto é o **erigir**. Ele aparece quando ajudamos um paciente a ficar em pé. Para a enfermagem, o erigir ou edificar subentende o estar consciente de si mesmo, para além do simples estar de pé. O estar ereto se torna apropriado quando ajudamos o paciente a querer colocar-se a si mesmo de pé entre terra e céu, adquirindo confiança no mundo.

O terceiro gesto é o **aliviar** que é propiciado quando o paciente passou por doenças ou reveses em suas forças, o ajudamos a buscar sua paz interior e o aliviemos para que se cuide. Neste gesto, liberamos nosso cliente de qualquer atividade que lhe retire forças para os processos curativos do organismo. Na força atuante do erigir do Eu, está ativa, por exemplo, a configuração calórica. Aqueles movimentos exteriores, sendo trazidos ao repouso, podem transpor a um movimento interno, anímico e espiritual, ou então se mostrarem ativos na regeneração dos órgãos.

O quarto gesto, o **carregar**, resgata a capacidade que se encontra enfraquecida do paciente para que novas capacidade possam nascer. Este gesto pode ser descrito também como algo que permanece, como um pensamento desagradável, ou algo que fica remoendo. Ele se opõe ao gesto do aliviar. Aquele retira os obstáculos do caminho, enquanto este incentiva o penetrar no mundo e a dominá-lo.

O quinto gesto é o **equilíbrio ou a harmonia**. Este é o comedimento entre as unilateralidades, entre sono e vigília, movimento e pausa, concentração e soltura. Deve-se remover os excessos e acrescentar os insuficientes. Pode-se comprovar a presença deste gesto em quase todas as ações do cuidado. É o relacionamento entre o mundo exterior e o interior. O equilíbrio interior do terapeuta também faz parte deste gesto.

O sexto gesto é o **lavar ou o limpar**. Enquanto o equilibrar e o harmonizar se constituem no lado interno da profissão do cuidado, seu lado externo se constitui no lavar e no limpar. É a separação do cuidado essencial do não essencial, o importante do irrelevante. É fazer com que a pessoa se sinta purificada. É a interação do cliente com o meio.

O sétimo gesto é a **criação do ambiente de cuidado** que consiste na criação de ambiente terapêutico para o cuidado. É o preparo do ambiente que será realizado o cuidado: o local da cama, da guarda de material, o preparo do material para o

cuidado, os equipamentos, a adequação da luz e a circulação de ar no local. A diária arrumação e ordem se situam também neste âmbito.

O oitavo gesto é o **afastar** cujo objetivo é a retirada dos perigos para o paciente, proteção contra doenças. Para tanto, são utilizadas medidas como o agasalhamento, proteção de partes do corpo, uso de luvas de proteção, máscara, mudança de decúbito para evitar úlcera por pressão e a desinfecção e cobertura de feridas.

O nono gesto, **nutrir ou prover**, se dirige ao metabolismo, ao elemento anabólico. Com este gesto é dado aos necessitados de cuidados, as bases corporais da existência.

O décimo gesto, no **estimular ou ativar** ocorre um impulso a partir de fora, e aguarda uma resposta, ou seja, o gesto acontece do lado de fora e provoca uma reação interior. A execução de um banho frio, envoltório de mostarda e o odor do óleo nos banhos são, neste sentido, as expressões deste gesto.

O décimo primeiro gesto tem no **despertar ou excitar** temos não apenas ato reflexo corporal ou anímico, mas o reconhecimento de uma situação corporal, anímica ou espiritual. O lema deste gesto poderia ser: “Só sabemos que estávamos dormindo, quando acordamos!” Temos necessidade dele tanto quando acordamos do sono físico, quanto nos conscientizamos de coisas corriqueiras ou na compreensão de perguntas sobre a vida ou sobre o destino. Ajuda a pessoa a entender a sua biografia.

O décimo segundo gesto constitui-se da **confirmação ou reconhecimento** no qual temos a base do relacionamento entre o cuidador e o cuidado. É o estabelecimento de uma relação de confiança e de esperança entre o paciente e a enfermagem. Ele é a base da confiança que o paciente deposita no cuidador. Aquele que cuida, a partir deste gesto, encontra-se na condição de consolar e terá seus aconselhamentos acolhidos. Respondemos ao outro, sabendo qual é o tipo da sua dor, de suas capacidades e incapacidades.

Nas ações do cuidado, estes gestos se interagem, mesmo que o cuidador não tenha consciência disso. O cliente, foco desses gestos de cuidado está cercado por doze forças relacionadas ao zodíaco, nas quais ele pode se desenvolver.

Assim gestos do cuidado podem se ordenar com os gestos internos das qualidades planetárias:

[...] Encontram-se mais próximos de nosso sentir anímico do que os signos do zodíaco. A atmosfera básica que perpassa todas as ações do cuidado, assim como o sol o é para o zodíaco, é o interessar-se. A atmosfera do cuidado aparentada a Marte é o guiar. Para Vênus, temos a compaixão; para Júpiter a organização; Mercúrio, a mediação, para Saturno o acompanhar constante, sério e fiel. Aquele que cuida a partir da atmosfera da lua irá espelhar o cuidar. Irá se esforçar para se afinar às necessidades do paciente. [...] Aqui se situarão totalmente a serviço do cuidar, num patamar mais elevado e autoconsciente (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009, p. 5).

Portanto, acreditamos que o cuidar antroposófico seja baseado na visão da relação existente entre o homem, a natureza e o cosmo. A cura envolve a existência de forças sutis, pois, a doença tem dimensões anímicas e espirituais. A enfermagem, então, deve estimular a autocura, através de um cuidado individualizado, utilizando-se dessas forças curativas naturais, não mecanicistas, baseadas nos gestos do cuidado.

Gestos	Atitudes	Signos do zodíaco
Envolver ou proteger	Vestir, cobrir, abraçar, tomar nos braços, abrigar.	Virgem
Erigir	Ajudar a ficar em pé e adquirir confiança no mundo	Peixes
Aliviar	Ajudar na busca de sua paz interior após doença ou reveses	Gêmeos
Carregar	Incentiva a penetrar no mundo e a dominá-lo	Sagitário
Equilíbrio ou harmonia	Está no lado interno da profissão do cuidado	Libra
Lavar ou limpar	Está no lado externo, faz com que a pessoa se sinta purificada	Áries
Ambiente do cuidado	Criar um ambiente terapêutico	Leão
Afastar	Retirar os perigos do cliente. É a proteção contra as doenças	Câncer
Nutrir ou prover	Pela nutrição oferece as bases corporais para a existência	Touro
Estimular ou ativar	ocorre um impulso a partir de	Escorpião

	fora, e aguarda uma resposta	
Despertar ou excitar	conscientização de coisas corriqueiras ou a compreensão de perguntas sobre a vida ou sobre o destino	Capricórnio
Confirmação ou reconhecimento	É o estabelecimento de uma relação de confiança e de esperança entre o paciente e a enfermagem	Aquário

Quadro 2: Os Doze gestos de cuidados antroposóficos

Fonte: Verband Für Anthroposophische pflege, 2009

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizamos uma abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, com caráter descritivo e exploratório, adotando, a observação participante, a entrevista aberta e a análise documental como técnicas de coleta de dados.

A pesquisa se apoia na Antroposofia, cujo referencial teórico aborda os conceitos de Rudolf Steiner; da enfermagem como arte e ciência do cuidado e das ciências sociais.

A abordagem qualitativa neste contexto mostrou-se mais condizente com o objeto de estudo, pois permitiu a livre expressão das informações, experiências e vivências dos sujeitos (MINAYO, 2004). Para Queiroz (2007), nesse tipo de pesquisa, não há padrões previamente estabelecidos e nem conclusões definitivas; pode-se utilizar variados métodos e técnicas de coleta de dados.

A pesquisa qualitativa teve sua origem no século XIX na Alemanha; no Brasil, teve seu retorno na metade dos anos 70 quando recorria à técnica que, difere-se da pesquisa quantitativa desde a construção do objeto, passando pela coleta até a análise de dados. É uma metodologia que se propõe a responder dentro da prática de enfermagem, a profundidade de alguns fenômenos e realidades distintas (POUPART *et al*, 2008; QUEIROZ, 2007).

A pesquisa descritiva é utilizada para descrever uma situação social, porque é precisa nos detalhes e serve de base para as pesquisas explicativas mais desenvolvidas. É descritiva porque pretende ter uma nova realidade de uma população ou de uma experiência. A pesquisa exploratória é utilizada para explorar determinadas questões porque possibilita ao pesquisador familiarizar-se com as pessoas e com assuntos ainda pouco conhecidos e pouco explorados (GIL, 2008; POUPART *et al*, 2008).

O estudo de caso é um delineamento de pesquisa que está sendo frequentemente utilizado nas ciências sociais, assim como na área da saúde, a

exemplo da enfermagem. Para Yin (2010), este método caracteriza-se por uma pesquisa que permite a descrição e o aprofundamento de um fenômeno estudado.

É o estudo de um ou vários casos, sendo que o “caso” é o nosso objeto de observação. Pode ser conceituado como uma observação que pode ser um grupo, uma comunidade ou uma instituição ou somente um caso, ou seja, um grupo ou um indivíduo (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

O estudo de caso pode ser caracterizado com uma técnica de pesquisa que tem uma “lógica de pensamento incorporado a abordagens específicas à coleta e à análise de dados” (YIN, 2010, p. 8). Nessa metodologia o pesquisador permanece por um período de tempo no cotidiano do grupo envolvido, estudando e registrando suas observações (CHIZZOTTI, 2006).

A utilização do estudo de caso se justifica por conter as características condizentes ao nosso objeto, tais como: diversidade de métodos de coleta de dados, observação *in lócus* dos sujeitos de estudo, o foco do estudo ser um número pequeno de participantes (neste tipo de metodologia o caso pode ser uma única pessoa). É um método muito utilizado nas pesquisas qualitativas cujo âmbito de estudo é o cenário natural, “rico em dados descritivos e que focaliza a realidade de uma forma complexa e contextualizada” (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003, p. 372).

Este tipo de investigação exige do pesquisador rigor metodológico e preparação para a entrada em campo e, segundo Gil (2008), para tanto, algumas etapas devem ser seguidas. A primeira é a formulação do problema, que é a questão central da pesquisa. Devem-se fazer as perguntas básicas: qual é o problema a ser investigado? Por que é relevante estudar tal problema? Que objetivos se pretende alcançar? Como executar a pesquisa? E em seguida deverá ser feita uma seleção do caso delimitando quando e onde ele será observado.

Segundo Yin (2010) e Gil (2008) as etapas são: seleção do caso e a elaboração do protocolo, que é um instrumento indicando como será realizada a coleta de dados que poderá ser obtida através de várias fontes: documentais, entrevistas e questionários. A segunda, a condução do estudo, abrange a coleta e a análise de dados que ocorrem concomitantemente e resultam no relatório do caso; a última etapa é análise realizada em consonância com a literatura selecionada.

Para Yin (2010), na coleta de dados, o pesquisador deve refletir sobre a capacidade de fazer boas perguntas, não se deve levar por preconceitos e ser flexível para lidar com situações adversas.

Após a avaliação e a análise dos dados, os resultados são refletidos e os questionamentos formulados na problematização, respondidos.

A etapa seguinte concerne à técnica de coleta de dados que adotamos para fim deste estudo.

4.2 Coleta e análise dos dados

Adotamos para este estudo como formas de coleta de dados a observação participante, a entrevista aberta e a análise documental.

A estratégia da observação participante busca a “construção de um conhecimento e a revelação do contexto do objeto pesquisado” (CHIZZOTTI, 2006, p. 92).

Corroborando com o autor acima, Schwartz e Elsen (2003, p. 20) explicam que a observação participante “facilita captar uma realidade de situações ou fenômenos que não são obtidos apenas por meio de perguntas, uma vez que os indivíduos são observados no próprio contexto”.

Nesta modalidade de observação, o observador fica diante dos observados participando do seu cotidiano o que permite uma aproximação com uma gama de situações e vivências dos sujeitos. Desta forma, haverá uma interação entre sujeito e pesquisador.

Esta metodologia foi utilizada pela primeira vez na década de 20, na Escola de Chicago. Um dos principais pesquisadores que a utilizou foi o antropólogo inglês Bronislaw Malinowski que descreveu sua inserção entre os nativos das Ilhas Tramiand, com os quais conviveu por muitos anos no Pacífico. Malinowski, conhecido como o “pai da antropologia” foi o primeiro a realizar a pesquisa de campo e após seu trabalho, escreveu o livro “Argonautas do Pacífico Oriental” que aborda uma teoria sobre trabalho de campo e como este deve ser realizado (QUEIROZ *et al*, 2007; TRAVANCAS, 2006; LAGE, 2009).

Ainda segundo as autoras supracitadas, a observação sistemática proporciona uma visão ampla da realidade resultante da interação do pesquisador com o cenário e com os sujeitos investigados para melhor compreendê-los. O observador participa da vida profissional destes, em seu ambiente de trabalho

modificando e sendo modificado por estes. Antes de entrar em campo, precisa fazer uma vasta leitura bibliográfica sobre o assunto e saber as dificuldades e os riscos que vai correr antes de realizá-lo.

Corroborando com estas autoras, Minayo (2004) cita que o trabalho de campo na pesquisa qualitativa é de suma importância, uma vez que este contempla o recorte teórico que corresponde ao objeto de investigação. A interação entre pesquisador e sujeito de pesquisa torna-se mais efetiva na medida em que a coleta de dados vai sendo realizada.

Na abordagem qualitativa, a observação é uma técnica muito utilizada por aproximar o pesquisador com o grupo observado sem utilizar-se de um instrumento rígido de coleta de dados.

No entanto, para Travancas (2006), é necessário que todas as observações e impressões estejam registradas num caderno de campo que deverá conter questões acerca do tema do estudo: o porquê do grupo e do tema e os pressupostos que nortearão o estudo.

Em consonância a essa sistematização, a observação é realizada em etapas, encontradas nas citações de Schuwartz e Elsen (2003); Queiroz *et al* (2007), Silveira *et al* (2009) e Leininger e Mc Farland (2002):

- Observação não participante: É o primeiro contato estabelecido. O pesquisador está iniciando sua entrada em campo e deve ter uma visão ampla de todo o contexto, ter a ideia do todo, construir uma relação de confiança com o grupo. Esta aproximação envolve honestidade e paciência. Ele deve observar, documentar, ouvir os sujeitos, registrar e detalhar todo o contexto cultural antes de interagir com os mesmos de modo a não influenciar na relação e nas primeiras impressões.

- Na etapa seguinte denominada de observação com alguma participação, o pesquisador deverá focar seu objetivo. Nessa etapa, há uma aproximação maior com o sujeito com o qual se estabelece uma interação, observando suas falas e ações, começando a utilizar-se de conversas informais de modo a compreender e identificar como eles exercem suas ações. O observador pode utilizar-se de documentos oficiais e realizar levantamentos de informantes chaves.

- Na terceira etapa, participação com alguma observação, o pesquisador torna-se um participante ativo e a observação diminui. Ele envolve-se no contexto cultural, estabelece parceria com os informantes, aproxima-se de sua vivência e

experiências, criando vínculo e uma relação de confiança, porém, deve manter-se atento à condição de observação.

- Na quarta fase, a fase da reflexão, o pesquisador analisa, organiza todas as vivências e situações e recapitula experiências. É um participante mais ativo que recapitula todo o processo que ocorreu. Reflete as descobertas e pode checá-las com seus informantes-chaves, podendo utilizar-se de entrevista semiestruturada. Podem-se resgatar temáticas significativas e aprofundá-las. Os dados são comparados, analisados, organizados e categorizados para descobrir padrões de comportamentos e significados.

Silveira *et al* (2009) ainda colocam uma subetapa ou quinta fase, a fase de análise que constitui-se da síntese dos dados e da reflexão sobre as informações comparando-as com a literatura.

Travancas (2009) citando Ruth Cardoso (1986) relata que o envolvimento entre investigador e o grupo pesquisado na observação participante não deve ser hipervalorizada, para que ela não se transforme em “participação observante”. O que não se quer que aconteça é que o pesquisador se torne porta-voz da população em estudo, perca seu compromisso profissional e ético e a objetividade de seus dados.

Para se realizar a observação, o pesquisador não pode simplesmente olhar o que está acontecendo e ver tudo ao mesmo tempo, mas ter uma observação planejada e organizada sobre a ocorrência do fato. Devem-se ter objetivos precisos e limitados para que não se perca o foco da pesquisa (QUEIROZ *et al*, 2007).

Quanto ao tempo do pesquisador em campo, não há um limite estipulado. Queiroz *et al* (2007) preconizam que, em estudos antropológicos, este período dure em torno de seis meses; nas pesquisas em saúde, o tempo pode variar de seis semanas a três anos.

A coleta de dados foi intercalada com a etapa de análise, uma vez que nesta última, as categorias e temas emergiram dos dados, não tendo categorias previamente estabelecidas. A análise consistiu, portanto, da descoberta destas categorias através de um sistema de codificação e categorização de dados. A análise ocorreu ao longo da pesquisa concomitante à etapa de coleta.

Na etapa de análise foi utilizado, para guiar este estudo, como um dos passos da observação participante, o método teórico da enfermeira americana Madeleine Leininger, denominado Teoria da Diversidade Cultural e Universalidade do Cuidado Cultural ou Modelo Sunrise.

Segundo Schwartz e Elsen (2003) e Monticelli (2010) o modelo de Leininger, usado na antropologia tem sido utilizado por enfermeiros brasileiros há cerca de trinta anos. Para esta teórica em enfermagem, os conceitos de cuidado e cultura devem ser privilegiados na prática e na pesquisa em enfermagem.

Esta etapa do estudo teve como finalidade obter informações acerca da enfermagem antropológica extraídas durante a observação em campo enquanto prática profissional obtidas com a participação ativa da equipe de enfermagem através do diálogo reflexivo.

Em Monticelli *et al* (2010) é referido que na teoria transcultural, Leininger, as ações profissionais dirigidas aos clientes, têm como finalidade a preservação, a negociação e a repadronização de forma a respeitar seus valores culturais e seu estilo de vida. O método proposto por esta teórica, O-P-R (*Observation-Participation- Reflection*) utiliza a observação e a escuta nos primeiros contatos com os sujeitos do estudo; progressivamente, torna-se mais ativo na interação e obtém informações importantes sobre a cultura estudada e, finalmente, reflete sobre os dados coletados e os interpreta.

A etapa de análise é dividida por Leininger (1985) em quatro fases: coleta e documentação das primeiras impressões; identificação de descritores e componentes buscando semelhanças e divergências; análise contextual e de padrão a fim de condensar os dados na busca de comportamentos e padrões culturais manifestos; identificação dos temas e achados relevantes e formulações teóricas.

Ao analisar e categorizar estes dados pretende-se atingir ao objetivo proposto que é descrever a prática da Enfermagem Antropológica, a partir da observação e do acompanhamento de sua vivência profissional.

4.3 Cenário e sujeitos do estudo

O cenário deste estudo foi a Clínica Médica Antropológica Vivenda Sant' Anna⁵ na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Trata-se de uma clínica médica antropológica particular, inaugurada em 1986 e ampliada em 1990.

⁵ Autorização para divulgação do nome da clínica em anexo.

A escolha deste cenário ocorreu devido à história deste serviço, a existência de uma equipe de enfermagem atuante no espaço antropológico e por se tratar de um campo que atendia à metodologia da pesquisa.

A área física é composta de quatro consultórios, treze leitos (nove leitos para semi-internação e quatro leitos para desintoxicação - *spa* médico), quatro salas de espera, dois postos de enfermagem, duas salas de exames e procedimentos, duas salas de banhos, escritório, um laboratório de dinamólise capilar, um expurgo, uma sala de esterilização, uma sala de massagem, um auditório, uma copa, uma cozinha, um *solarium*, estacionamento e área verde (VIVENDA SANTANNA, 2011).

A equipe de enfermagem constitui-se de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, que foram os sujeitos do estudo.

Juiz de Fora está localizada no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à Zona da Mata Mineira. Localiza-se a sudeste da capital do estado, distando desta cerca de 283 km. Sua população, em 2010, foi estimada em 517.872 habitantes (IBGE, 2011).

É o quarto município mais populoso de Minas Gerais e o 36º do Brasil. Ocupa uma área de 1.429,875 km², sendo que do total, 317,740 km² estão em perímetro urbano. A vegetação predominante é a mata Atlântica. A cidade foi emancipada de Barbacena na década de 1850. Hoje a cidade é formada por cento e onze bairros, além dos distritos de Rosário de Minas, Torreões e Sarandira. Passou a ser conhecida como "Manchester Mineira" na época em que seu pioneirismo na industrialização a fez o município mais importante do estado (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2012).

Situada no Bairro Sant'Anna, no Morro do Cristo, em Juiz de Fora (MG-Brasil), a Clínica Médica Antropológica Vivenda Sant'Anna, foi fundada em 26 de julho de 1986 pelo médico antropológico Dr. Antônio Marques. A clínica dispunha anteriormente de doze funcionários e dois administradores (*Ilso Mattos*, financeiro e *Heloisa Marques*, de pessoal). Nos três primeiros anos, a clínica funcionou com apenas cinco leitos, um consultório, uma sala de banho intestinal, um posto de atendimento e uma farmácia anexa (*Farmácia Paracelsus*), mas com o crescimento da demanda esta necessitou de ampliação conforme o relato descrito:

Em 26 de julho de 1990, dia de Sant'Anna, contando com a presença da *Dr^a Michaela Gloeckler*, presidente da Seção Médica Antroposófica do *Goetheanum* (Suíça), do *Dr. Bernardo Kaliks*, presidente da ABMA (hoje SBMA – Sociedade Brasileira de Médicos Antroposóficos), de representantes da Sociedade Antroposófica no Brasil, do Laboratório Weleda, da Clínica Tobias (SP), além de convidados, pacientes, parentes e amigos, colocamos a *Pedra Fundamental*. A presença da *Dr^a Michaela* foi o ponto alto da inauguração da *Vivenda Sant'Anna*. Com seu carisma, conseguiu trazer um pouco da sabedoria antroposófica aos presentes. *Sant'Anna* é a avó, a pessoa sábia, que protege com a mão direita *Maria* e o *menino Jesus*, e com a esquerda aponta "joaninamente" para o céu. São dois princípios: *Rafaélico* e *Micaélico*, na figura feminina da *Sophía* (VIVENDA SANTANNA, 2012).

Atualmente, o corpo clínico é composto de um médico antroposófico clínico geral, um pediatra, uma médica pneumologista e nutróloga, uma dermatologista, uma dentista, duas psicólogas e uma esteticista, corporal, facial, consultora de imagem e massoterapeuta. A equipe conta ainda com duas secretárias, uma administradora, duas funcionárias de serviços gerais, um jardineiro, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, além da equipe da farmácia.

A equipe de enfermagem constitui-se de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, denominadas para fins deste estudo de *Violeta* e *Margarida*.

4.4 Aspectos éticos

Atendendo aos aspectos éticos da pesquisa, asseguramos que toda a etapa de realização do estudo foi pautada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovada sob parecer nº 326/2011 em 15 de dezembro de 2011.

A participação dos sujeitos foi estritamente voluntária e condicionada à leitura, aos esclarecimentos pertinentes e subsequente adesão ao termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado de acordo com as normas deste Conselho e baseado no modelo disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo este o critério de inclusão. A pesquisa em campo iniciou após a aprovação do projeto pelo comitê.

Nessa oportunidade, os sujeitos foram informados de que a pesquisa comporta risco mínimo por ser um estudo em que não se realizaria nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que dele participaram.

4.5 Fases do trabalho de campo

O trabalho de campo foi dividido em fases conforme o método O-P-R proposto por Leininger.

As visitas ocorreram no período de cinco meses, de dezembro de 2011 a maio de 2012, sendo que estas eram realizadas semanalmente às segundas ou às terças - feiras. Na fase da reflexão, retornei ao cenário do estudo para recapitular os dados, e refletir sobre eles por mais cinco vezes.

4.5.1 A primeira fase: a observação não participante

Esta fase constou de observações e da escuta ativa de tudo o que ocorria na clínica antroposófica. Nesta fase, fiz o primeiro contato com a enfermeira e com o diretor clínico da Instituição para expor os objetivos e a importância do estudo, assim como solicitar autorização para desenvolvê-lo neste ambiente.

Fui prontamente atendida e recepcionada pela enfermeira que me apresentou toda a equipe e à estrutura física do meu campo de estudo. Esta esteve sempre presente durante minha pesquisa e se mostrava interessada nos resultados. Atendia prontamente as minhas dúvidas quando era necessário.

Neste período, foi observada a dinâmica de funcionamento da clínica, o cotidiano da equipe, em especial a de enfermagem, os procedimentos realizados, a relação interpessoal da equipe de enfermagem com os clientes e a estrutura física. As visitas ocorriam semanalmente e a técnica de enfermagem se relacionava comigo de forma distante, como uma pessoa que estava ali para aprender com a enfermeira. Algumas vezes, tentava conversar com esta, na tentativa de sanar

algumas dúvidas, mas ela se referia a mim como uma “estagiária de enfermagem” e que só poderia ser acompanhada pela enfermeira. Esta distância foi atenuada à medida que fui me aproximando, questionando e solicitando sua ajuda. Ao final do trabalho de campo, este relacionamento tornou-se próximo e estabelecemos uma relação mais próxima.

Nessa fase, procurei me aproximar também dos demais funcionários, mas no decorrer do processo, várias foram as substituições de secretárias e dos serviços gerais. O contato e a minha apresentação tiveram que ser realizados em vários momentos. Ao final do processo, houve uma aproximação com a secretária que permaneceu os dias da coleta, o que facilitou a mesma, pois, ela permitia meu livre acesso e me reconhecia como alguém pertencente ao ambiente de trabalho, o que me deixava à vontade.

Quanto ao médico diretor clínico da clínica, após exposição dos motivos da pesquisa, sempre foi muito solícito à pesquisa proposta.

4.5.2 A segunda fase: a observação com alguma participação

Nesta fase, os períodos de observação ainda ocorriam, porém, era possível participar e interagir de alguma forma com a equipe de enfermagem envolvida neste estudo. Isto foi proporcionado devido à minha presença constante na clínica, sendo que alguns procedimentos a serem realizados eram encaminhados para a pesquisadora pela secretária, como se fosse integrante da equipe.

Durante os atendimentos, realizava algumas técnicas básicas de enfermagem como a verificação de sinais vitais, além de acompanhar a equipe em todos os procedimentos antropológicos. Ainda não realizava nenhum, procurando atender-me à diferença entre estes e os tradicionais, além de observar os cuidados de enfermagem que eram destinados aos clientes. Procurei me envolver no cotidiano da equipe, e muitas vezes, conversava com os clientes e acompanhava-os de um setor a outro. Nestes casos, quando os mesmos estavam realizando a “desintoxicação”, verificava como eles se comportavam na lavagem intestinal, os conduzia até seus apartamentos e à copa, onde realizam a dieta com frutas. Acompanhava o preparo das terapias, dos medicamentos, a aplicação dos mesmos

e como a enfermagem realizava os procedimentos, relacionando-os aos cuidados antroposóficos. Procurava saber a fundamentação teórica das terapias, das patologias e dos cuidados dispensados aos clientes. Além das observações, realizei entrevistas abertas com a equipe de enfermagem e análise de documentos como livro de ocorrências, prontuários, agenda diária, manual de normas e rotinas da clínica.

Este momento correspondeu à familiarização do observador com uma nova realidade a ser estudada.

4.5.3 A terceira fase: participação com observação

Neste período o objetivo da pesquisa foi se intensificando e fui me envolvendo mais nas atividades da Enfermagem Antroposófica. Chegava à clínica e entrava livremente, participava das orações diárias, conversava com os demais funcionários, conhecia alguns clientes e realizava alguns procedimentos como aplicação de injeções em locais específicos, diferentes dos tradicionais, preparo de chás. Acompanhava a enfermagem em todas as atividades e auxiliava em algumas terapias, como o banho intestinal, por exemplo.

Em todos os procedimentos, procurava entender como estes eram associados com a ampliação do cuidado e com a constituição humana segundo a Antroposofia. Através de conversas informais, pude obter várias informações com a enfermagem, deixando-a falar livremente, sem interrupções. Nas entrevistas, foquei mais nos objetivos da pesquisa a fim de coletar dados e categorizá-los.

4.5.4 A quarta fase: reflexão

Nesta fase, procurei organizar e categorizar todas as situações vivenciadas na clínica processando tudo que vinha ocorrendo durante as demais fases. Por mais cinco vezes, tive que retornar ao cenário de estudo para recapitular fatos inerentes à Enfermagem Antroposófica, refletindo, aprofundando as experiências e realizando algumas entrevistas abertas, para sanar algumas dúvidas. Ao analisar os dados,

após estas visitas, verifiquei que as entrevistas foram suficientes para ampliar as fontes de informação.

5 O CUIDADO AMPLIADO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM ANTROPOSÓFICA E AS TERAPIAS VIVENCIADAS

Na observação do cotidiano no cenário da pesquisa, foi possível identificar várias terapias empregadas pela equipe de enfermagem como: o banho intestinal, o banho de óleo, a aplicação de compressas, o escalda pé, o enfaixamento ou envoltório e as massagens. Estes cuidados são denominados de terapias externas ou aplicações externas.

Segundo Dam (2008), as aplicações externas eram conhecidas e utilizadas há muitos anos e foram resgatadas por Steiner e empregadas na medicina. O autor ressalta que estas se destinam à organização do Eu através de substâncias aplicadas na pele. Nas terapias externas, a substância é percebida via estímulo sensorial da pele o que desperta a percepção de seu poder espiritual. Para que esta ocorra, é preciso silêncio e repouso, pois, o mundo exterior não deve ser sentido por um curto período de tempo.

Reproduzindo o pensamento de Nuñez (2011), esta atribui às terapias externas uma diferença das práticas tradicionais, pois, a enfermagem, ao aplicá-las tem a missão de fortalecer o ser humano tornando o corpo físico mais suscetível aos processos de cura.

A ação das terapias externas é muito abrangente, pois elas nos remetem às sensações, ao toque carinhoso, ao cuidado, ao aconchego do ambiente, à preocupação com o calor e a minimização do sofrimento e resgatam hábitos antigos de cura (MIGLIO, 2011).

A seguir, descreveremos as terapias que identificamos nesse estudo e teorizadas em consonância com a literatura antropológica.

Entre as terapias observadas, o repouso terapêutico, classificado como “método europeu de desintoxicação”⁶, visa proporcionar ao cliente um dia destinado ao descanso, ao relaxamento e à revitalização. Na clínica estudada ele é oferecido entre as várias formas de atendimento, na modalidade de internação de um dia que é denominado “pacote de desintoxicação”. Este tratamento consiste em banho intestinal, massagem Hauschka ou massagem com mel, lanche, almoço

⁶Termo utilizado pelo médico do cenário de estudo.

desintoxicante, repouso com compressa, deslizamento, banho de óleo e jantar. Este atendimento pode ser reformulado, sendo prolongado por mais dias, ou pode ser oferecido o “meio pacote”, em que as terapias são reduzidas conforme as necessidades individuais do cliente (VIVENDA SANT’ANNA, 2011).

O banho intestinal é um procedimento terapêutico de limpeza e desintoxicação completa do intestino grosso. Tem como finalidades retirar os detritos acumulados, promover a depuração do sangue, purificar e nutrir os tecidos do organismo, melhorar o sistema de absorção e digestão dos nutrientes (revitalizando o sistema metabólico), desintoxicar os alcalóides e dependentes químicos, através da revitalização do fígado, revitalizar o sistema imunológico, favorecer a excreção de toxinas com ação diurética, auxiliar no tratamento do combate ao estresse, estimular a regularização do hábito intestinal e preparar o organismo para receber o tratamento medicamentoso antroposófico, o que ocorre pela penetração dos chás (MIGLIO, 2011; MACHADO, SANTOS; TOPLER, 2004).

Ainda segundo as autoras, este banho, também chamado de hidrocolonterapia é considerado uma terapia que consiste na limpeza do intestino grosso, no corpo físico, mas atua também em nível sutil.

Para Margarida:

O intestino grosso é considerado a 'lixreira' do corpo porque em suas paredes ficam aderidas substâncias putrefatas, que não foram eliminadas nas evacuações, produzindo toxinas que são absorvidas pelo sangue intoxicando todo o organismo, causando doenças degenerativas e inflamatórias.

As indicações para o banho intestinal são a desintoxicação do organismo, alcoolistas e dependentes químicos, intoxicação alimentar, constipação crônica e distúrbios do sistema metabólico motor.

É um procedimento que está contraindicado para crianças, adolescentes e gestantes, portadores de diverticulite, doença de Crohn, câncer de intestino, portadores de Alzheimer, pessoas sem controle esfíncteriano, portadores de hemiplegia, mulheres no período menstrual e sangramento intestinal (Margarida).

Em sua realização, a enfermagem acolhe o cliente e o conduz até seu apartamento, onde o mesmo ficará em repouso após as terapias.

Os cuidados de enfermagem no banho intestinal iniciam-se na recepção dos clientes na clínica e vão até sua alta. Depois de realizadas as primeiras orientações, o chá é preparado numa sala específica para este fim. Este chá, adicionado às demais substâncias que compõem o preparado (bicarbonato de sódio, sal grosso, silícia e fórmica) é colocado a um recipiente de inox (cuja capacidade é de 20 litros). Ele possui uma mangueira a qual é acoplado o cateter retal.

Os medicamentos utilizados nesta terapia são assim citados:

O banho intestinal é composto de ervas (mil folhas, cavalinha e camomila), bicarbonato de sódio, sal grosso, silícia e fórmica. A silícia e a fórmica são feitas aqui na nossa farmácia. A água quente associada a substâncias terapêuticas, melhora a circulação local, estimulando o sistema metabólico, purificando órgãos e tecidos (Margarida).

Ao ser encaminhado para a sala do banho intestinal, o cliente recebe as orientações iniciais sobre o procedimento. Inicialmente, um cateter retal é introduzido por via anal, seguindo a técnica básica de enfermagem. É explicado o desconforto que este pode lhe causar. Após as orientações iniciais, o cliente deve segurar o cateter durante todo o banho e, é orientado também que ele deve segurar o líquido por um curto período de tempo e excretá-lo em seguida. O cliente permanece sentado no vaso sanitário durante o processo.

A pressão arterial é monitorada antes, durante e após a terapia. A enfermagem proporciona também um ambiente aquecido, para que não haja perda de calor. Se o cliente for hipertenso, em uso de medicação, não se coloca o sal grosso no preparo, mesmo se a pressão arterial estiver normal no momento da aferição.

Estes cuidados estão confirmados a seguir:

No banho intestinal, a pressão arterial é medida antes, durante e após o banho. É importante verificar a prescrição médica antes. Se a pressão estiver elevada no banho, a gente deve comunicar ao médico e suspender o banho (Margarida).

Ao final do procedimento (após todo o líquido ter percorrido o intestino), o cateter é retirado e o cliente excreta os resíduos finais.

Nesta sala de banho, há um chuveiro onde o cliente realiza sua higiene corporal e íntima. Após o banho, este é encaminhado para o quarto onde permanece por um período de repouso. Findado este tempo, o mesmo é conduzido à sala de refeições para prosseguir seu tratamento de desintoxicação.

Quanto aos efeitos colaterais, é assim descrito na fala de Margarida:

As possíveis reações que podem ocorrer são sudorese, palidez cutânea, cólica abdominal, hipotensão e tonteira (Margarida).

Uma terapia externa também identificada no ambiente estudado é o banho de óleo aplicado no cuidado de enfermagem antroposófica. Para Miglio (2011), ele é definido como um procedimento terapêutico que utiliza a água associada a substâncias medicamentosas com seus efeitos benéficos.

O corpo é aliviado da ação da gravidade, encontra-se numa situação semelhante à que experimentou quando embrião. Por isso, o banho independente da composição da água exerce profundo efeito sobre a consciência humana, o homem sente-se desligado das forças terrenas. O banho é uma atividade que foi praticada por todos os povos no decorrer da história (MIGLIO, 2011, p.8).

Vários tipos de banhos podem ser realizados, como: apenas com óleo, óleo com o aparelho de dispersão, uso de escova, de fricção, de ondas, de *lemniscata* e os nutritivos. Sua utilização requer da equipe de enfermagem conhecimento técnico e fundamentação antroposófica. Estão indicados para portadores de doenças respiratórias, inflamatórias como artrite, reumatismo, dores articulares e anemia (CAMPOS, 1999).

Na fala de Margarida o banho é assim referendado:

Os banhos de banheira não são procedimentos apenas externos e superficiais. Tem efeitos profundos, porque a temperatura da água dilata os corpos e o óleo entra pela pele e chega até o fluxo sanguíneo, gerando impulsos que podem modificar estados orgânicos e psíquicos. O banho tem como finalidade estimular o sistema imunológico, promover o relaxamento físico e psíquico e a reorganização do sistema neurossensorial, rítmico e metabólico-motor.

Nos banhos de óleo com dispersador, o óleo essencial é misturado à água através de um aparelho de dispersão próprio. Campos (1999) afirma que o óleo, depois de passar pelo aparelho de dispersão, penetra na corrente sanguínea em vinte minutos.

Quanto aos óleos utilizados, segundo a entrevistada:

Os óleos que mais usamos aqui são os de arnica, de alecrim, de bétula, de camomila e de eucalipto, que são prescritos pelo médico (Margarida).

Ainda nos referindo aos banhos de óleo, estes apresentam alguns objetivos específicos, citados a seguir:

O banho é indicado em várias situações: na artrite reumatóide, o banho aumenta o calor corporal e ajuda desnaturar as proteínas velhas acumuladas nas articulações; na asma, o aumento do calor corporal dilata os brônquios; na bronquite, o aumento do calor corporal fluidifica as secreções facilitando a eliminação.

A entrevistada demonstra conhecimento intenso sobre os banhos, tanto no que concerne à sua definição e efeitos, quanto à sua aplicação antropológica.

Os banhos apresentam formas e objetivos diferentes. Os banhos de *lemniscata* ativam o calor corpóreo; os de óleo atuam em nevralgias, dores reumáticas e traumáticas, em processos inflamatórios, deficiências circulatórias (NUÑEZ, 2011).

Os banhos de *lemniscata* esquentam, vivificam e puxam o frio interior para fora. Em sua aplicação são feitas *lemniscatas* bem rítmicas na água circundando todo o corpo do cliente. Está indicado para reumatismo, gota e calcificações (CAMPOS, 1999).

O banho de escova tem a finalidade de ativar e estimular o corpo contra a preguiça e a indolência. Este banho é realizado com uma escova em cada mão que, com movimentos longitudinais, escova todo o corpo, com uma técnica específica (CAMPOS, 1999).

Nos banhos de fricção é usada a luva de sisal com dedo para que se façam movimentos de malaxação⁷ em todo o corpo, seguindo os movimentos da massagem rítmica. Ele atua estimulando a consciência e na eliminação de substâncias catabólicas. Está contraindicado nas pessoas hipertensas, nos fogachos do climatério e nos pletóricos (CAMPOS, 1999).

Há também a prática do “banho nutritivo” indicado para crianças desnutridas, pessoas desvitalizadas, infecções de repetição e anorexia (MACHADO, 1999). Para tanto, são utilizados nesta terapia, leite de vaca fresco, gema de ovo, limão e mel. Esta mistura é acrescida à água quente, na temperatura de 36° a 37°C. Realizam-se movimentos de *lemniscata* na água.

Para Machado (1999, p. 27) “a *lemniscata* confere à água uma maior vitalidade e maior homogeneização das substâncias”. Este banho nutre e revigora a pessoa atuando em seu corpo etérico desvitalizado. Ao ser retirada da banheira, a pessoa permanece envolta numa toalha para que as substâncias sejam absorvidas pela pele. Se for criança, esta é colocada num berço para descansar até que adormeça. É importante que a enfermagem leia um conto de fadas para a criança dormir. A pessoa ou a mãe é orientada para não dar banho ou se banhar naquele dia; retornando à clínica para o banho no dia seguinte.

Segundo o autor supracitado, Rudolf Steiner indicava os banhos nutritivos nos casos de desvitalização, com esgotamento e fadiga e conseqüente enfraquecimento do corpo etérico. As substâncias têm finalidades distintas: o leite liga-se ao corpo físico; o mel, por sua vez apresenta polaridade por ser um elemento cósmico ligado ao calor; o limão, pelo seu óleo etérico, fortalece o tecido conjuntivo, revitalizando também etérico e a água, que é o elemento etérico da natureza (MACHADO, 1999).

A pessoa permanece na banheira por vinte minutos e em repouso por uma hora. Este banho foi citado pela equipe com sendo um procedimento que raramente é praticado na clínica e, portanto, não foi acompanhado pela pesquisadora.

As contraindicações gerais dos banhos, na fala de uma das depoentes, foram assim citadas:

⁷ É uma espécie de amassamento utilizado na massagem rítmica. É executado com as duas mãos, no qual se procura soltar toda a cadeia muscular do osso de uma extremidade. É aplicado nas extremidades com uma leve variação no abdome (HAUSCHKA, 2007, p. 114).

O banho tem contraindicações que são as mulheres que se encontram no período menstrual, os portadores de lesões de pele, as pessoas em tratamento psiquiátrico e com doença de Alzheimer, as gestantes e as pessoas com câncer (Margarida).

Os cuidados de enfermagem observados durante o preparo do banho de óleo foram: mensuração da temperatura da água, que deve estar entre 35° a 36°c, de acordo com a indicação e o tipo do banho. Segundo Campos (1999) não deve ser alta demais para não causar choque no corpo etérico e nem baixa demais para que não haja diminuição da atuação das substâncias. O preparo da cama para o repouso do paciente é semelhante à “cama de operado”⁸, a verificação da pressão arterial ocorre antes, durante e após o banho, e, no caso de qualquer alteração desta, o banho é suspenso e reagendado com o cliente para outro dia. A duração do banho na banheira é em média de vinte minutos, para os adultos e dez minutos, nas crianças. Durante o banho o cliente recebe uma massagem baseada nos princípios da massagem rítmica (deslizamento)⁹.

Após o banho o paciente é encaminhado para uma cama, sem secar o corpo e é envolvido por camadas de tecidos: a primeira camada, de tecidos de algodão e a segunda por cobertores, para que não haja perda do calor e a pessoa permaneça no momento de encontro consigo mesma que é o repouso terapêutico. Uma toalha é colocada em torno de sua cabeça e seus ombros. Este repouso dura aproximadamente trinta minutos. O cliente é aconselhado a não tomar banho de chuveiro nas próximas vinte e quatro horas, para que a camada de óleo permaneça na pele por mais tempo. Esta terapia atua na reorganização da trimembração do ser humano.

Um das terapias mais realizadas pela equipe de enfermagem foram as aplicações das compressas. As compressas são aplicações externas cujo efeito terapêutico é conduzido através da pele para órgãos e locais específicos.

As compressas são classificadas quanto ao tipo de substâncias empregadas. Podem ser úmidas, quando sua ação é imediata; oleosas, quando a ação é lenta, profunda e contínua; gordurosas, quando a ação é duradoura e mais

⁸ Cama de operado: é a arrumação do leito realizada quando o cliente é encaminhado para a cirurgia, sendo que as cobertas são dobradas nos pés e no lado em uma prega larga, para facilitar a entrada do cliente no leito (PASSOS; VOLPATO, 2007).

⁹ É uma das modalidades da massagem rítmica, advinda da massagem sueca que consiste num deslizamento das mãos pelo corpo em direção ao coração. É um toque suave, quente e firme que abre caminho para a força unificadora do Eu (HAUSCHKA, 2007).

profunda e cataplasma, quando estas têm uma ação mais local e fornecem calor e umidade (MIGLIO, 2011). No campo em estudo, estas são frequentemente utilizadas, tais como, as compressas úmidas e quentes (de camomila e mil folhas) aplicadas no fígado e no abdome.

Segundo Nuñez (2011), as compressas devem ser utilizadas quentes ou frias. As quentes e úmidas atuam no corpo astral, sendo indicadas em diversas patologias, dependendo da substância indicada. As frias, como a de ricota, por exemplo, também usada no cenário em estudo, agem no sistema neurossensorial e são indicadas para flebite, mastite, erisipela, bursite e edema linfático.

Miglio (2011, p.14), classifica as compressas em relação à temperatura e apresenta as indicações da seguinte forma:

[...] bem quente e quente: ativam, estimulam a função de um órgão, diminuem câibras e harmonizam. Não são adequadas para a cabeça.
Morna: acalmam [...];
Fria: refrescam e descongestionam órgãos e tecidos [...];
Gelada: tem ação vasoconstritora e diminui a intensidade dos processos inflamatórios [...]

Ainda segundo a autora, várias substâncias terapêuticas podem ser empregadas nas compressas tais como: compressas de chá (mil folhas, camomila, arnica e macela), de raízes como o gengibre, de frutas como o limão, em forma de pomadas de cobre e ferro, de cataplasma de verduras, como o repolho e de elementos minerais, como a argila. Elas atuam nos sistemas neurossensorial, rítmico e metabólico.

Indicam-se as flores e os frutos para o sistema metabólico-motor; raiz, para o neurossensorial e o caule e folhas para o sistema rítmico.

Conforme Husemann e Wolff (1992, p. 236), na trimembração humana, “as raízes vegetais se relacionam com a cabeça e o sistema neurossensorial humano, as folhas com o sistema rítmico e as flores e os frutos com o metabolismo e os membros.” Desta forma, podemos afirmar que há uma relação da planta com ser humano no sentido invertido.

Para Husemann (1992) a planta também é trimembrada, pois possui raiz, folhas e flor. Segundo este autor, “os espíritos curativos unem-se primeiramente à flor, depois se restauram nas folhas e, por último estacionam nos sais da terra da

raiz, de modo que os espíritos curativos fluem de cima para baixo na planta” (idem, p. 38).

No estudo em questão, o cuidado com as compressas inicia-se na preparação dos chás. Neles, a água fervente é adicionada a erva escolhida. Esta solução é colocada em infusão e coberta por um tecido, deixando-a abafada pelo menos por dez minutos para que se retire seu princípio ativo.

É assim conceituada:

A compressa é um procedimento de aplicação local preparada com soluções e chás; os emplastos são preparados com pastas ou cremes. São indicados em infecções renais, disfunção hepática e biliares, reumatismo, gota, artrite, torções, luxações, contusões, apatia e litíase renal (Margarida).

As soluções e o chá são colocados em um recipiente inox e levados para o apartamento do cliente. Antes de realizar a aplicação da compressa, um tecido de algodão é dobrado e sobre ele, derrama-se o chá. Segura-se o tecido pelas pontas espremendo bem o chá. A enfermagem vai aproximando a compressa na região na qual será aplicada, tendo a cautela de não queimar a pele do cliente, segurando-a com as duas mãos e realizando movimentos de *lemniscata*. Sobre esta são colocadas três camadas de tecidos, cortados em tiras para que cubram somente a área da compressa. A primeira camada constitui-se de um tecido de algodão que fica em contato direto com o corpo e serve para prender a compressa, absorver boa quantidade do líquido e não esfriar rápido; a segunda é o envoltório de flanela e, o último, um tecido de lã ou um cobertor que vão aumentar o calor local. Uma bolsa de água quente é colocada em cima. Goebel e Glökler (2002) recomendam o uso de tecidos de fibras naturais, pois, estes criam condições para que o organismo reaja à aplicação da compressa de maneira desejável.

O corpo todo do cliente também deve ser coberto por cobertores, edredons ou lençóis, que variam segundo a temperatura ambiente, para que não haja perda de calor.

Nas compressas, a pele, além de absorver as substâncias, percebe as forças essenciais da planta e a transmite para todo o organismo (MACHADO; SANTOS; TOPLER, 2004)

Outros cuidados são encontrados na fala:

O local do tratamento deve ser silencioso, com circulação de ar fresco, sem corrente, desligar o celular, não ouvir música, ler ou receber visita. Após a aplicação, manter os braços e mãos sobre o cobertor; no caso de idosos e inquietos, manter a região do pescoço livre; já nos cardíacos, manter os ombros livres (Margarida).

O tempo varia de acordo com a prescrição médica (em média de trinta a sessenta minutos). A enfermagem promove também um ambiente de repouso e silêncio para que ocorra a fase regenerativa.

O escalda-pé ou pedilúvio está incluído nas terapias executadas pela enfermagem antropológica, embora empregado poucas vezes na clínica. Consiste na imersão dos pés em um recipiente que contenha uma substância terapêutica específica em uma temperatura e tempo determinados. As substâncias empregadas podem ser, por exemplo, chás de capim cidreira e tinturas, sais (sal amargo ou sulfato de magnésio) e farinha como a de semente de mostarda. A duração varia de cinco a vinte minutos, dependendo do princípio utilizado. O pedilúvio tem princípios energéticos, relaxantes, descongestionantes, purificantes, vivificantes e regenerantes que variam de acordo com a substância empregada (CAMPOS, 1999).

Nas aplicações dos pedilúvios, a enfermagem deve estar atenta à temperatura da água (40°C), tendo o cuidado de não queimar o cliente. Sentá-lo numa cadeira, forrar o chão com um tapete e colocar o balde sobre ele. Emergir os pés na água cobrir-lhe as pernas e os ombros. Após o tempo determinado, secar os pés, sem esfregar, com movimentos delicados.

No escalda pé, os cuidados de enfermagem foram relatados por um dos sujeitos:

No preparo, usar um balde, não de plástico, de tamanho suficiente para deixar os pés confortáveis e os ingredientes terapêuticos podem ser chás, tinturas, óleos, farinhas e sais. A duração do procedimento varia com os ingredientes terapêuticos (Margarida).

Esta terapia nos traz valores de resgate, de uma enfermagem humilde, compassiva e amorosa. Relembra-nos uma passagem da Bíblia, a cerimônia do “lava-pés”, na qual Cristo, em sinal de humildade, secou os pés dos Apóstolos. Esta passagem está assim descrita no Evangelho de João:

Jesus sabendo que o Pai tudo entregara nas Suas mãos e que Ele saíra de Deus e iria para Deus, levantou-se da ceia, tirou as vestes de cima e tomando uma toalha, cingiu-se. Depois deitou água na bacia e começou a lavar os pés dos discípulos e a enxugá-los com a toalha que estava cingindo [...] (Jo 13:1-17).

Ao lavar os pés dos discípulos, Jesus purificava suas almas e perdoava os seus pecados. É um significado de restauração do homem.

Para Campos (2005) nos pedilúvios deve-se proporcionar um ambiente harmônico, silencioso e sem correntes de ar, com iluminação tênue e agradável.

Nas terapias externas observadas como na aplicação de compressas, nos escalda pés, nos banhos de óleo, nos banhos intestinais e nos enfaixamentos, o repouso, o silêncio e a penumbra são parte essencial para o sucesso do tratamento.

Verificamos este cuidado na fala de uma das entrevistadas:

No repouso terapêutico a pessoa tem que ficar em silêncio para sentir o efeito da terapia em seu organismo. Este é um tempo para o encontro com o seu Eu (Violeta).

Vale ressaltar que esta fala demonstra conhecimento que embasa o cuidado antropológico que, aplicado adequadamente, conduz para o sucesso do tratamento e proporciona a cura. Esta é uma enfermagem que atua com sensibilidade, afeto e conhecimento capaz de proporcionar um cuidado humanístico.

O repouso ativa as forças vitais e regenerativas do organismo que se mobilizam na harmonia do corpo. Sem este repouso, a fase regenerativa não acontece adequadamente, pois, é através dele que a verdadeira cura se faz presente (MIGLIO, 2011).

No repouso evitam-se todas as percepções sensoriais para que o cliente sinta as forças de cura atuando em seu interior.

As terapias externas atuam em vários tipos de doenças, desde as crônicas degenerativas como diabetes, depressão, até as de menor gravidade, como uma infecção respiratória leve. Todas estas terapias demandam repouso após sua aplicação para que se alcance o efeito desejado. Na Antroposofia, o sono também é um instrumento de cura.

Para Miglio (2011, p.11):

O repouso corresponde à fase regenerativa do organismo, quando suas forças vitais começam a agir e a se mobilizar, preenchendo deficiências e trazendo uma nova ordem ao universo orgânico. O movimento inicial é realizado, porém, o processo se interrompe. O sono é o instrumento de cura dos deuses. É um meio pelos quais as energias da verdadeira cura se fazem presentes. O sono não deve ser nem longo, nem curto, mas o necessário para o indivíduo e para cada situação. Sem esta fase regenerativa, favorecida por um correto repouso, o organismo não pode incorporar devidamente esse impulso e somá-lo aos seus próprios.

Na aplicação destas terapias, é importante que o terapeuta seja sensível ao ser que as recebe e que esteja preparado tanto técnica como emocionalmente. Para as autoras “o processo terapêutico exige a participação de outro. Esse cuidador (terapeuta ou familiar) tem uma tarefa importante e precisa estar consciente de sua atitude. A atitude amorosa é emanada pelo terapeuta como calor atuante” (MACHADO; SANTOS; TOPLER, 2004, p.3).

Para Miglio (2011, p.7) “estas terapias ativam forças de revitalização através de estímulos de calor, relaxamento, sono e ritmo, ajudando o indivíduo a despertar as forças internas da cura.” A autora acrescenta que, a terapia, ao ser usada principalmente através da pele, o trato digestivo é poupado, uma vez que este é desgastado por cargas emocionais e pela alimentação. Sua aplicação é local, mas seu efeito é irradiado para as regiões específicas que necessitam da cura.

Complementando a observação sobre o cuidado de enfermagem deste estudo identificamos a massagem com mel, que consiste em utilizar a técnica de massagem convencional acrescentando o mel aplicado em camadas sobre a pele. Posiciona-se o cliente em decúbito ventral, com o dorso despido. Toca-se a lâmina sonora por três vezes consecutivas para iniciar a terapia. O mel é espalhado em toda a extensão do tórax posterior.

A massagem é realizada com movimentos das mãos em forma de pressão e descompressão que promove a ação sugadora de toxinas que serão eliminadas do organismo e que, ao final de 30 a 40 minutos, este mel apresenta-se numa forma pastosa, de cor clara ou escura (TSCHENZE, 2001).

Sobre a massagem com mel, foi relatado que:

A massagem com mel é relaxante e desintoxicante, porque libera toxinas. Age no sistema neurosensorial. Não tem contraindicação, menos as pessoas com câncer, porque a massagem ativa as células. [...] tem que fazer sempre no mesmo sentido e o paciente tem que ficar em repouso depois (Violeta).

Para finalizar a terapia, o cliente permanece em repouso na penumbra por trinta minutos e, após este tempo, a lâmina sonora novamente é tocada.

Sendo assim, em todos os cuidados realizados pela equipe, observa-se a preocupação em proporcionar o repouso ao paciente, assim como o ambiente silencioso e aconchegante, além do conhecimento antropológico sobre o procedimento executado.

Além dos cuidados citados anteriormente e que não contempla as denominadas “terapias externas” identificamos na prática da equipe a “*viscum* terapia”.

Em 1917, Rudolf Steiner propôs o uso do *viscum album* no tratamento do câncer, por se tratar de uma planta parasita (da família *Loranthaceae*) que tem efeito antitumoral e imunestimulante. Os primeiros pacientes receberam extratos desta planta na Suíça. Tal planta foi inicialmente batizada de Iscar (do grego: *Ixos*, que quer dizer liga) pela Dra. Ita Wegman. Em 1926, recebeu o nome de Iscador que prevalece até os dias atuais (MORAES, 2005; GARDIN, 2005).

Ele é um preparado extraído de vários parasitas, utilizado na forma injetável. No Brasil a planta parasita é conhecida popularmente como erva-de-passarinho (*Tripodanthus acutifolius*, *Psittacanthus cordatus* e *Psittacanthus robustus*) (MORAES, 2005).

Suas indicações são as doenças autoimunes, as rinites, as sinusites, as infecções de repetição, o herpes vírus e, principalmente, os casos de câncer.

Seu efeito não está centrado apenas no tumor, pois ele traz o calor para a Organização do Eu, fazendo-o reagir contra a doença. A terapia com o *viscum* amadurece o sistema imunológico, pois libera citocinas e estimula os leucócitos (MORAES, 2005; GARDIN, 2005).

O *viscum* é um medicamento injetável cuja via de administração é a parenteral. Neste sentido, a enfermagem segue as técnicas de aplicação recomendadas e com os devidos cuidados assépticos. Após a aplicação da medicação os clientes repousam nos leitos chamados de “semi-internação”. O

repouso é providenciado também pela equipe de enfermagem na aplicação deste tratamento para que seu efeito seja acionado pelo organismo. As aplicações de *viscum* são realizadas na parte da manhã e os clientes permanecem em observação pela enfermagem por dez minutos após a aplicação.

A enfermagem preocupa-se com cuidados na administração desta medicação, tais como:

Não aplicar associado com outras vacinas, pois uma pode anular o efeito da outra, não aplicar em pessoas febris, não aplicar em mulheres que se encontram no período menstrual. Deve também orientar o paciente não tomar sol intenso e nem realizar atividade física após a aplicação (Margarida).

Para Gardin (2005), os efeitos colaterais possíveis do *viscum* são: reação inflamatória local, reações alérgicas e aumento da temperatura corpórea.

Para o autor em questão, o calor, também gerado por fatores anímicos e espirituais, promove no ser humano condições de atuação de sua própria essência. Mesmo que o *viscum* aumente a temperatura corpórea, cabe à pessoa “completar este círculo de calor, entendendo-se com seu destino com respeito e amor; e, a partir dessa organização, voltar à vida” (GARDIN, 2005, p. 44).

Citamos também a terapia do enfaixamento ou envoltório, não presenciada pela autora, mas citada por uma das depoentes:

O enfaixamento é indicado após um longo período de doença física e psicológica, com a finalidade de estimular as forças vitais para ajudar o organismo a se recuperar, usando loção tonificante para a pele enfaixando todo o corpo (Margarida).

Para sua realização é necessária a preparação do leito usando uma toalha sobre o travesseiro, dois lençóis atravessados se sobrepondo, duas bolsas de água quente, protegidas por uma toalha de rosto para se colocar nos pés e um óleo para a pele.

Conforme Campos (1999) a aplicação do enfaixamento produz calor corporal e relaxamento, possibilitando a atuação da Organização Vital e da Organização do Eu. Esta terapia é revitalizante, traz ordem e direção ao organismo. É uma terapia

que traz forma e contenção, o que pode ocasionar desconforto em alguns clientes. Entretanto é uma boa indicação para pessoas que necessitam de limite.

Os cuidados de enfermagem neste caso são parecidos com outras terapias descritas e englobam o repouso terapêutico por trinta a quarenta minutos permanecendo o cliente enrolado durante este período. Se ele adormecer, pode ficar enrolado até acordar. Após o repouso, o cliente deve manter-se agasalhando para que não ocorra a perda do calor local.

Ao refletir sobre a formação do enfermeiro e dos técnicos de enfermagem para atuar na Antroposofia, devemos comentar que atualmente o currículo da enfermagem, na maioria das faculdades e escolas não contempla as terapias externas e outras integrativas e complementares como as compressas, as massagens e os banhos. Algumas técnicas naturais foram sendo progressivamente retiradas do mesmo e consideradas como de menor importância comparadas a outros conhecimentos. Estes conhecimentos não estavam aliados à Antroposofia e naturalmente foram excluídos do cuidado uma vez que esta prática não era prescrita pelos médicos, nem pelos enfermeiros e o referencial teórico foi centrado numa prática profissional biologicista, tecnicista e curativa.

Conforme Lazzari, Jacobs e Jung (2012, p. 117):

O cuidado na enfermagem se ocupa da dimensão humana, organizacional e técnica da assistência. Para ser possível assistir de forma humanizada se faz necessário que os significados da humanização sejam compreendidos de maneira profunda nas instituições de ensino. Formar profissional generalista, alicerçado na filosofia da humanização, requer uma visão crítica e holística do cuidado em detrimento de, simplesmente, formar para o cuidado curativo com enfoque tecnicista.

Uma das entrevistadas comenta que a formação para este cuidado foi obtido na sua prática cotidiana na Antroposofia:

Ah, a aplicação das terapias externas não tem na faculdade. A Antroposofia trouxe estas técnicas que já existiam para os dias atuais. Estas terapias são uma maneira de harmonizar os corpos (Violeta).

Tal afirmação condiz com a formação dos profissionais de saúde no Brasil que não contempla na graduação e nem mesmo na pós- graduação, o conhecimento da Antroposofia.

Percebemos que ainda os atuais modelos de ensino na saúde focam sua atenção numa conjectura biológica, cujo enfoque centra-se na doença e na abordagem física do paciente (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012).

6 OS FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DA ANTROPOSOFIA

Ao analisarmos os dados desta pesquisa podemos afirmar que a equipe de enfermagem sustenta o cuidado ampliado pela Antroposofia fundamentalmente nos doze sentidos, nos doze gestos do cuidado de enfermagem, na trimembração e quadrimembração humana e nos sete processos vitais.

Nos estudos antroposóficos, além das concepções sobre a visão tri e quadrimembrada do ser humano, outros elementos, tais como os sentidos, os processos vitais e os gestos do cuidado também participam da formação humana e vão dar à pessoa aptidões específicas ou particularidades de percepção do mundo externo. Estas aptidões são as potencialidades que a pessoa desenvolve ao longo da vida; é a sua percepção de mundo (VALE, 2011). Sendo assim, estes fundamentos são os meios para que o aprendizado aconteça.

Os gestos do cuidado de enfermagem, como exposto anteriormente são atitudes de cuidado que podem ser visíveis ou imperceptíveis.

A seguir apresentaremos como identificamos nas falas e nas práticas do cuidado estes conceitos.

As ações de enfermagem são previamente refletidas no momento da reflexão diária. Ao iniciar a jornada de trabalho, todos os funcionários da clínica leem um poema ajustado a cada dia da semana. Este é um momento de reflexão sobre a prática, que abrange o pensar, o sentir e o querer.

Na Enfermagem Antroposófica, os sentidos são considerados os caminhos que aproximam o mundo externo do homem. Caracterizam-se como qualidades sensoriais e que, na enfermagem, revelam-se como importante ferramenta para sua prática e como sua deficiência pode interferir na saúde do cliente (VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE, 2009).

Os processos vitais também estão associados aos cuidados de enfermagem e são divididos em: respiração, aquecimento, alimentação, segregação, manutenção, crescimento e reprodução. Sobre a importância dos processos vitais suas citações estão presentes nas obras de Steiner (1998). Estes são processos internos, ou seja, uma interiorização do que foi assimilado do exterior e tem relação com os sentidos. É a vida dividida em sete processos e o número sete é o tempo do

corpo astral (o ciclo deste corpo dura sete dias), assim como o doze que embasa a natureza do Eu.

Para Steiner (1998) na respiração tem-se a relação com o mundo exterior e está presente em tudo o que é vivo. Este processo vital está associado a todos os sentidos, pois eles só podem existir se pudermos respirar. O processo do aquecimento ocorre com a respiração, mas é diferente dela, ele penetra em nosso íntimo e é a segunda forma de manter a vida, assim como o ambiente exige o calor para os relacionamentos.

A alimentação é um processo vital terreno que mantém a vida pela ingestão alimentar. A segregação é a assimilação que o organismo faz das substâncias que foram ingeridas na alimentação. Na manutenção, o alimento que foi ingerido é mantido depois que foi segregado no organismo.

O crescimento é o processo vital que pertence à vida. “Tudo que é vivo está sujeito a uma multiplicação, a um processo de crescimento num sentido mais amplo” (STEINER, 1998, p.7). A reprodução é geração de indivíduos da mesma espécie.

Quanto aos sentidos, os relacionaremos às práticas vivenciadas.

O tato, nas ações da enfermagem observadas, em vários momentos este sentido estava presente, assim como o gesto da confirmação ou do reconhecimento.

O gesto do ambiente do cuidado cuja ação é proporcionar um espaço de cuidado terapêutico trazendo a purificação do ser humano foi considerado em todas as terapias presenciadas.

O gesto do estimular está presente em todas as terapias externas, cujo gesto do lado de fora estimula os processos de vida no lado interno.

Ao realizar o banho de óleo, o movimento de deslizamento é uma ação de toque. O deslizamento tem a função de despertar a alma do enfermeiro ou do técnico de enfermagem para as forças curativas que emanam do cosmo em direção à Terra. A ideia fundamental é gerar equilíbrio entre as polaridades. A qualidade do toque neste movimento é leve e serve para ligar as partes que se afastaram do elemento vital do organismo, unificando o Eu (HAUSCHKA, 2007). Neste procedimento, ao observar o movimento realizado pela enfermeira, percebemos que foi consciente a substância utilizada (o óleo) e este foi o facilitador do deslizamento, de acordo com a literatura. Integramos a essa terapia o gesto do envolver e do erigir.

Na massagem com mel que faz parte da “desintoxicação”, para Violeta:

Deve-se ter consciência de que o processo acontece de dentro para fora (Violeta).

Para Hauschka (2007, p.111):

a qualidade dos toques deve coincidir com o sentido da interação entre os quatro elementos: fogo, ar, água e terra. O fogo como calor ao Eu; o ar, como qualidade anímico-astral; a água para o etérico-vital e a terra, nos processos corpóreos.

Observamos, no decorrer da coleta de dados no campo, que a preocupação com este sentido está presente em praticamente todos os cuidados de enfermagem. O tato é uma ferramenta primordial no cuidado antroposófico. A equipe se preocupa com o toque e o realiza nos banhos, nas compressas, nas massagens e nos deslizamentos. Toca-se o cliente para tranquilizá-lo, para cumprimentá-lo e até ao ser solidário.

Podemos inferir que o ato de tocar é uma atitude de carinho e de compreensão do outro. Ao tocar nosso cliente, não usamos somente as nossas mãos, mas todo o nosso corpo. O ser humano não é somente um corpo físico; quando a enfermagem o toca, principalmente na aplicação das terapias externas, estabelece com ele uma atitude de veneração e de encontro com sua alma. Este sentido tem relação com o sistema rítmico: um Eu toca um outro Eu. Envolvemos com o seu ritmo respiratório, com sua temperatura e com o calor do seu corpo. Sentimos a umidade da sua pele e nos comunicamos com seu interior.

A importância do sentido do tato se deve a fato de que o cliente é tocado por muitos profissionais e por muitos instrumentos quando está internado. A função dos terapeutas é despertar a consciência na qual o homem experimenta o seu Eu adquirindo confiança em si. Nesta atitude empregamos também o gesto do estimular ou ativar.

É o sentido que, de certa maneira, apresenta o fundamento de todos os outros. Nem todos apresentam, portanto, a visão, porque o sentido da visão é, dentre todos os sentidos, o mais perfeito no conhecimento, mas o tato é o mais necessário (AQUINO, 2006).

Enfatizaremos a seguir, o sentido da vida ou vital, ou seja, o sentido que nos mostra que algo está ou não bem.

Na realização das ações de enfermagem observadas na clínica estudada, foi possível perceber que as sensações dos clientes eram uma preocupação da equipe, que estava sempre atenta à percepção dos clientes, sendo considerado a todo o momento no processo do cuidado.

Quando era compreendido que o cliente apresentava algum desconforto, como dor, por exemplo, o problema era identificado e resolvido. As sensações de dor, fome e sede eram solucionadas prontamente. Desta forma, sempre houve uma preocupação na organização do ambiente, tornando os leitos confortáveis, aquecidos com cobertores e bolsas de água quente. Quando colocadas nos pés atendiam à necessidade de bem estar e conforto; a fome era abrandada pelas frutas e a sede pela água disponibilizada à beira do leito. Quando estes estavam internados, a enfermagem se mostrava solidária às queixas, uma vez que a maioria deles são clientes oncológicos, o que resgata o sentido vital. Ao promover a organização do ambiente, atendemos ao gesto do ambiente do cuidado e do nutrir ou prover.

Os cuidados antropológicos são voltados para as ações de satisfação das necessidades de fome, de dor, de sede, de promoção do sono e do repouso, de conforto, despertando o gesto da harmonia não apenas do corpo, mas dos corpos.

A enfermagem experimenta a virtude da compaixão ao criar um ambiente acolhedor e de resolução da sensação de mal estar e equilibra o sentido vital do cliente. Morais e Hosomi reforçam que “[...] jamais poderíamos experimentar compaixão por outra pessoa se não tivéssemos nós mesmos experimentado o sofrimento” (2011, p. 28).

O sentido do movimento na prática da enfermagem ocorre nos deslizamentos, nas massagens, nos banhos, principalmente nos de *lemniscata* quando se movimenta a água ritmicamente. Nestas terapias, trazemos energia para o corpo do nosso cliente. Estes procedimentos estão associados aos processos vitais e à quadrimembração do ser humano.

O movimento do corpo é também objetivo da enfermagem. Este sentido, além de envolver a locomoção, envolve também o sentimento de liberdade interior e tem relação com a biografia. Morais e Hosomi (2011) expõem que, para Goethe, cada movimento que a pessoa completa é apenas parte de uma totalidade, de um comportamento da vida. A totalidade é o curso da vida, a sua biografia, pois, cada movimento é uma etapa do envelhecimento.

O sentido do equilíbrio é fundamental no processo terapêutico, pois envolve também, o equilíbrio interno do enfermeiro.

Nesta concepção, ao analisarmos nossa situação vivenciada, percebemos na fala da enfermagem, que o sentido do equilíbrio é uma preocupação dispensada aos clientes nos banhos intestinais e nos banhos de óleo, sendo que um dos possíveis efeitos colaterais é a tonteira. Para tanto, a pressão arterial é verificada durante estes procedimentos e, se houver alteração, estes são suspensos.

Este cuidado é confirmado na fala de Margarida:

Quando o paciente tem a alma muito presa aqui em cima (sistema neurossensorial) ela sente tonteira porque ela tem dificuldade de descer (para o metabólico-motor) e a função dos banhos é fazer com que essa alma desça (Margarida).

Além do sentido do equilíbrio, Margarida evidencia em sua fala conceitos da trimembração para fundamentar sua prática.

Observa-se também que o terapeuta, na massagem rítmica também deve estar bem consigo para despertar o sentido do equilíbrio no outro. Assim foi declarado:

Eu faço a massagem porque ela é terapêutica. Eu só quero fazer o que é terapêutico. Eles queriam que eu fizesse a massagem Hauschka. Não faço a massagem Hauschka. Para eu fazer, eu tenho que tá bem comigo mesma e não nesta correria (Violeta).

Esta fala está fundamentada em Burkhard (2007b, p. 206) ao mencionar que no equilíbrio revela-se o espiritual de cada pessoa quando está em harmonia com o ambiente e consigo mesmo “gozando de calma e poder de concentração.” Machado, Santos e Topler (2004, p. 2) colaboram com a autora anterior afirmando que “se você terapeuta, estiver tenso ou agitado, é necessário primeiro atingir a calma e daí iniciar o procedimento.”

Pode-se comprovar a presença do gesto do equilíbrio nesta fala, pois, traz a preocupação com o lado interno do cuidador.

Vale pontuar que o gesto do “estimular ou ativar” foi encontrado nas ações de cuidado nos banhos de óleo, banhos intestinais e nas massagens.

O sentido do olfato estimula a memória de maneira especial, pois o odor traz lembranças positivas ou negativas que a marcam. Os hospitais são frequentemente identificados pelos odores que exalam dos desinfetantes, dos alimentos e de outros produtos. A ação da Enfermagem Antroposófica visa a neutralização de odores desagradáveis, através da utilização dos óleos essenciais para promover sensação de frescor no ambiente, do cheiro dos chás na aplicação das compressas, do odor do óleo no banho e nos aromatizadores da sala nas massagens com mel.

Na prática antroposófica, os odores dos chás sempre embriagam o ambiente causando uma sensação de bem estar aos clientes. As utilizações de óleos nos banhos e nas massagens também promovem o despertar deste sentido. Estimula-se esse sentido também ao aromatizar o ambiente antes das massagens. Os aromas são escolhidos pelo temperamento do cliente. Se a pessoa é agitada (colérica ou sanguínea) usa-se o óleo essencial de capim limão, por exemplo. Se a pessoa necessita de estimulação (fleumática ou melancólica), uma escolha pode ser o rosmarinus (alecrim). No cenário de estudo não se percebem os odores comuns a hospitais, tais como desinfetantes e éteres.

O óleo inalado não agirá somente pelo olfato, mas atuará em todo o sistema respiratório, penetrando nas células como uma substância farmacológica. Pode também modificar o comportamento, o bem estar físico e mental da pessoa (GNATTA; SANTOS, 2011).

Pelo olfato, a enfermagem penetra na intimidade do seu cliente.

Outro sentido, o paladar é constatado pelo sabor. As qualidades dos sabores estão evidenciadas na escolha da fruta utilizada na alimentação dos clientes que estão na terapia da desintoxicação. A enfermagem faz esta escolha pessoalmente e procura selecionar as que estão mais maduras e doces, o que desperta sensações positivas. O preparo da dieta a base de frutas, sopas e torradas auxiliam no processo desta terapia. Essa mistura de sabores estimula o equilíbrio ternário da pessoa. Este sentido é estimulado também no oferecimento dos chás a toda clientela. Agregam-se a esta dieta, os processos vitais da alimentação, da segregação e da manutenção.

No sentido da visão, na clínica em questão, é interiorizado desde a sua recepção. Há vários quadros pintados a mão e a decoração é agradável, de bom gosto o que faz despertar nas pessoas desejo de conhecimento e sensações de bem estar. A equipe de enfermagem também fornece aos clientes livros com fotos

coloridas e que trazem mensagens de apoio. Um destes livros refere-se à imagem das Madonas¹⁰.

Para Moraes e Hosomi (2011), os olhos são a janela da nossa alma e nos revela o nosso interior.

Na sensação de frio e calor num objeto, temos o sentido térmico. Na enfermagem, o calor é um cuidado importante, pois transmite uma atmosfera de aconchego e acolhimento. Nas aplicações externas, o ambiente deve estar aquecido, uma vez que o calor atua no Eu da pessoa.

O sentido térmico envolve o calor humano em todas as relações interpessoais da enfermagem com os clientes. A esta relação podemos acrescentar o processo vital do aquecimento, o qual o calor é uma forma de relacionarmos com o outro e com o mundo. A enfermagem também deve ser calorosa com seus clientes.

Promover o calor através das compressas, da temperatura da água do banho e das bolsas de água quente desenvolve este sentido. Identificamos no relato de Violeta, a relação do calor com a doença do cliente:

Os clientes com câncer são pessoas 'frias' e, portanto, em qualquer terapia que for realizar com as mesmas, elas devem sempre ser mantidas aquecidas. Neste caso das terapias venosas, para que a medicação faça um melhor efeito, elas têm que ser cobertas e com bolsa de água nos pés (Violeta).

A Organização do Eu regula os processos calóricos do organismo. Numa pessoa a qual apresenta esta organização muito enfraquecida ocorrem mudanças da temperatura corporal, como quadros subfebris, nos casos de pessoas com câncer, por exemplo (GARDIN, 2005).

A fala de Violeta demonstra conhecimento sobre a quadrimembração humana e sua relação com as pessoas com câncer e promove o aquecimento durante o cuidado como forma de fortalecer o Eu. A pessoa com câncer passou por pensamentos incômodos e, no gesto do carregar, fortalece seus pensamentos positivos para que novas capacidades possam nascer e no excitar ou estimular, o auxilia a lutar pela vida e por seu destino.

¹⁰As Madonas são imagens artísticas da Virgem Maria em pinturas e esculturas. São recomendadas na antroposofia porque sua expressão artística é qualidade terapêutica, pois revelam na alma humana, o princípio do divino feminino (GUTIÉRREZ, 2011).

Quando os pés são aquecidos com bolsas de água quente, a enfermagem está possibilitando que o Eu chegue até eles. Quando a pessoa apresenta mãos e pés frios é indicativo que nestes locais o Eu não permeia o físico (BURKHARD, 2007b). As bolsas são protegidas por uma toalha para não ocasionar queimadura na pele dos clientes. Temos evidenciado neste cuidado o gesto do afastar.

Este sentido é também desenvolvido pela enfermagem nos repouso terapêuticos após as terapias e ao demonstrar interesse e entusiasmo pelos clientes.

Para que o sentido da audição seja atendido, a Enfermagem Antroposófica promove um ambiente de silêncio e de escuta atenta ao cliente. Devem-se evitar fluxos de televisão e rádio, barulhos excessivos e ruídos altos. O silêncio nas aplicações externas é condição essencial para o sucesso da terapia. O silêncio traz paz interior e, ao ser proporcionado pela enfermagem, o gesto do alívio foi colocado em ação.

Antes de realizar a massagem com mel, um instrumento musical (lâmina sonora) é soado para despertar o Eu interior. A fala de Violeta explica o porquê deste instrumento:

Este bumbo faz vibrar o Eu; mexe com algo dentro de você (Violeta)

Nas demais terapias, os clientes permanecem em silêncio, pois, para Violeta:

Tem que ficar em silêncio, porque o silêncio é o encontro com você mesmo, com seu Eu (Violeta).

Em relação à promoção de um ambiente silencioso observamos que, no local do estudo, não há som de TV ou música, pois segundo as entrevistadas o ruído afasta a pessoa da natureza, da sua essência.

No sentido da palavra há a compreensão para que os cuidados de enfermagem sejam entendidos. Na prática da Enfermagem Antroposófica, todos os procedimentos e terapias são explicados previamente aos clientes: antes das compressas, o benefício que estas trazem e o porquê do repouso; nas desintoxicações, o porquê dos procedimentos; nas aplicações de injeções, o porquê

das escolhas dos locais; nos banhos, a importância que ele tem na vida da pessoa, o silêncio e o repouso após o mesmo.

Na palavra deve-se atentar para os fatos da biografia que são revelados durante as terapias. Desenvolver uma escuta ativa e atenta pode permitir a compreensão da linguagem. Burkhard (2007b, p. 213) menciona que este é “um sentido espiritual, pois, todas as palavras têm origem cósmica” e faz menção à Bíblia: “no princípio era o Verbo, e o Verbo estava com Deus, e o Verbo era Deus.”

No relato da enfermeira, ela exemplificou uma situação ao realizar uma aplicação de uma injeção em uma adolescente que comprova o emprego desse sentido. Havia o relato da mãe de que a menina desmaiava nas aplicações. A enfermeira explicou como sendo a sua intervenção uma conversa com a menina, explicando todo o procedimento e solicitando a sua ajuda - e que repetisse as seguintes palavras no momento da aplicação: “*eu quero, eu posso e eu consigo.*” Desta forma, a menina conseguiu se tranquilizar e a injeção foi aplicada sem nenhuma intercorrência. Na aplicação seguinte, foi realizada pela técnica de enfermagem e ocorreu de forma tranquila.

Para a enfermeira,

Esta aplicação mexia com os três sistemas (rítmico, neurossensorial e metabólico). Ela urina, evacua, vomita... nós da Antroposofia sabemos disso e temos que interferir. Ela estava em desequilíbrio nas outras esferas. Aí eu dizia para ela: vamos tomar nos outros dias também, é só repetir as palavrinhas mágicas: eu quero, eu posso, eu consigo. Você tem que sentir que é capaz (Margarida).

Podemos afirmar que a enfermeira baseou-se no sentido da palavra para intervir nesta situação.

No pensamento, têm-se percepções diferentes do paladar e da visão. Para a enfermagem desenvolver este sentido é preciso captar a linha de pensamento de uma pessoa pela compreensão da linguagem verbal e não verbal.

Foi percebido o desenvolvimento deste sentido no interesse demonstrado ao interpretar nas falas dos clientes, o que estava no pensamento dos mesmos, o que se passava em sua alma. Algumas vezes, presenciei fatos que não foram contemplados na consulta médica, mas relatados nas terapias e posteriormente anotados. A enfermagem, ao repassar estas informações, contribuiu para melhorar o diagnóstico.

No sentido do Eu, a enfermagem compreende a individualidade, a natureza do outro e sua biografia. Esse sentido, valorizado em todas as terapias, foi desenvolvido na medida em que a enfermagem tentava compreender os seus clientes em sua singularidade. Vale pontuar que o gesto do despertar também ajuda a pessoa a compreender a sua biografia, o seu autoconhecimento e a entender a sua doença.

Ao analisarmos sobre a SAE, pudemos observar que esta não é formalmente realizada. A enfermagem realiza as terapias e os procedimentos que são prescritos pelo médico. Estes são anotados nos prontuários, assim como as observações e as intercorrências que por ventura ocorreram. Desta forma, a enfermagem fica dependente e segue as prescrições médicas. Além disso, foi possível observar que o número de atendimentos por vezes dificultava a atuação da enfermagem.

No tratamento antropológico, em especial nas terapias externas, o envolvimento ativo do terapeuta e do cliente é imprescindível para o processo de cura. Para Machado, Santos e Topler (2004, p.3) “[...] nas terapias externas, essa participação ativa torna-se bem visível, pois, o paciente entra em contato com seu corpo, com sua pele. Para isso, precisa parar um pouco para se cuidar [...]”

Outro ponto a ser analisado em se tratando da enfermagem é que há uma confusão de papéis pelos clientes, até mesmo por alguns funcionários da clínica, ocasionado pelo fato de que a enfermeira realiza os procedimentos técnicos juntamente com a técnica de enfermagem. A diferença está no conhecimento científico da enfermeira e pelo seu desempenho gerencial e assistencial.

Verificamos que o cuidado de enfermagem antropológico está atrelado ao autodesenvolvimento interior anímico de quem cuida e que, para Steiner (1996) *apud* Setzer (2011) as direções foram traçadas pelo mundo espiritual.

É um processo autoeducacional e de busca de um caminho interior espiritual. Encontrar esse caminho não é uma tarefa fácil, mas para Glökler (2007, p. 21-25), a salutogênese¹¹ apresenta sete condições ou atitudes que podem ser tomadas para alcançar um desenvolvimento sadio:

¹¹É uma linha de pesquisa que se ocupa com as fontes da saúde física, anímica e espiritual. A palavra tem origem no latim; ‘*salus*’, ‘*salutis*’ significa saúde e da palavra ‘*genese*’, que quer dizer origem. Assim, salutogênese tem por objetivos chamar a atenção das pessoas para as fontes de saúde e de cura individual e social (GLÖKLER, 2007).

[...] dedicar sua atenção em aprimorar a saúde corpórea e espiritual; sentir-se qual um membro de toda a vida existente; o aprendizado de que os pensamentos e os sentimentos têm tanta importância para o mundo quanto seus atos; conceber que a verdadeira entidade do ser humano não reside no exterior, mas no interior; a perseverança na obediência de uma decisão a uma decisão uma vez tomada; desenvolvimento do sentimento de gratidão perante tudo o que é proporcionado ao ser humano; compreender a vida incessantemente no sentido em que as condições o exigem [...]

Enfim, somos seres humanos e cumprir essas condições é a missão que temos nesse mundo, mesmo que não consigamos, porque o que vale é a intenção da busca. Como enfermeiros, aspiramos aprimorar nosso cuidado e ao desenvolvermos nossa espiritualidade, estaremos ascendendo também nossa capacidade profissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta investigação foi possível descrever o exercício da Enfermagem Antroposófica a partir de sua vivência laboral numa Clínica Médica Antroposófica, identificar as terapêuticas adotadas no cuidado e analisar à luz da Antroposofia, os fundamentos do cuidado exercido pela equipe de enfermagem ao ser humano.

O estudo de caso e a observação participante foram adequados para o alcance dos objetivos propostos e permitiram uma compreensão do objeto de investigação.

Sinalizamos que trabalhar com o tema “Enfermagem Antroposófica” nos trouxe alguns desafios. Primeiramente, pela carência de publicações nacionais e internacionais sobre a temática, apesar de sua relevância; segundo, pela escassez de enfermeiros atuantes na Antroposofia, o que nos dificultou e causou certa demora na definição do nosso cenário de estudo. Por fim, pela lacuna existente na sistematização da prática de cuidados de Enfermagem Antroposóficos no Brasil, uma vez que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nesta área ainda está sendo discutida e construída.

Verificamos que as práticas mais comuns empregadas pela Enfermagem Antroposófica estão, na maioria, associadas às terapias externas.

Em todas as terapias adotadas, percebemos a preocupação com o ser humano em todos os âmbitos, pois, a Enfermagem Antroposófica resgata valores de cuidado que respeitam a dignidade humana de maneira singular, no qual enfermagem e cliente participam juntos do processo de cura.

Os resultados evidenciaram que as terapias praticadas pela enfermagem na clínica foram o banho intestinal, as compressas, as massagens (deslizamento e massagem com mel), os banhos de imersão de óleo, os envoltórios, os escalda-pés, o repouso terapêutico, a administração da terapia com *viscum album*, nos casos de pacientes oncológicos. O cuidado antroposófico foi fundamentado nos doze sentidos, nos sete processos vitais, nos doze gestos do cuidado, na trimembração e na quadrimembração.

Observamos que o sentido do tato, o sentido do Eu, o processo vital da respiração, o gesto da confirmação e da criação do ambiente do cuidado estavam

presentes em todas terapias. O sentido vital e o gesto da harmonia foram percebidos quando a equipe de enfermagem atendia às sensações dos clientes quando estes apresentavam dor, fome, sede, sono ou algum outro desconforto. O sentido do movimento e o gesto do estimular, nos deslizamentos, nas massagens, nos banhos em todas as terapias externas. O sentido do equilíbrio e o gesto do equilíbrio, nos banhos intestinais e de óleo e na promoção do cuidado ao verificar a pressão arterial, uma vez que, um dos efeitos colaterais destas terapias é a tonteira. Também foi percebido o lado interno da enfermagem no cuidado aos seus clientes. O sentido do olfato foi contemplado nas essências dos óleos (utilizados nas massagens, nos banhos e nos aromatizadores) e nos odores dos chás das ervas. O sentido do paladar e os processos vitais da alimentação, da segregação e da manutenção estavam presentes nos sabores da dieta da desintoxicação. O sentido da visão, na decoração agradável, nos quadros, na figura da Virgem Maria no livro das Madonas. O sentido térmico e o processo vital do aquecimento, no calor humano, na temperatura da água nos banhos, nas bolsas de água quente e nas compressas. O sentido da audição e gesto do alívio quando a enfermagem escutava atentamente o outro e no silêncio terapêutico. O sentido da palavra na explicação dos procedimentos quanto às suas finalidades. O sentido do pensamento na compreensão da linguagem verbal e não verbal dos clientes. O gesto do despertar, no auxílio da compreensão da biografia da pessoa.

Ao término desse estudo, temos a certeza de que as terapias adotadas pela Enfermagem Antroposófica podem ser empregadas em todos os níveis de atenção à saúde e de que seus embasamentos podem ser refletidos não só pela enfermagem, mas por todos os profissionais de saúde.

Ao vivenciar o cuidado de enfermagem, podemos inferir que estas ações também podem ser trimembradas. No polo do pensar, estas são realizadas quando ouvimos o outro, captamos seu pensamento e elaboramos um plano de cuidados segundo suas necessidades. O sentir está no âmbito das relações interpessoais, na simpatia ou na antipatia por eles. E, por último, no polo do querer, atendemos suas necessidades fisiológicas de saciar sua sede, fome e respeitamos sua vontade.

Buscamos resgatar uma nova perspectiva humanística do cuidado nos currículos, antes organizados numa visão mecanicista, biologicista, valorizados pela técnica e pelo paradigma da medicalização. A Enfermagem Antroposófica não se opõe às técnicas, tampouco à aplicação de métodos científicos; o que ela visa é a

ampliação da visão do mundo e do ser humano, visto que este não é meramente um objeto anatômico, mas um ser tri e quadrimembrado, envolto por uma história biográfica. Consideramos que os conhecimentos antroposóficos podem ser aplicados no processo de trabalho da enfermagem. Cumpre ressaltar que a SAE é necessária, pois, através desta, o enfermeiro conquistará sua autonomia, principalmente nas aplicações externas, aliando a concepção antroposófica à ciência do cuidado.

A enfermagem deve despertar no ser humano que está sendo cuidado o caminho de seu autoconhecimento, refletindo com ele que a doença não deva ser considerada uma adversidade, mas um processo de amadurecimento humano, uma possibilidade de crescimento. O enfermeiro ao estabelecer o contato com o outro, em sua fragilidade, confere-lhe o gesto de cuidado central que é ativar as forças de autocura.

A Antroposofia não nega a tecnologia, nem a ciência moderna, mas complementa e integra o cuidado humano aliado ao tecnológico pleiteando um equilíbrio harmônico entre o pensar, o sentir e o querer (agir), ajudando o ser humano a desenvolver veneração pela vida, pela natureza e pelo conhecimento, despertando dentro de si o verdadeiro amor à humanidade, cujo ensinamento nos foi herdado por Cristo.

No decorrer do trabalho pudemos constatar que a Antroposofia visa a harmonização do ser humano em todos os âmbitos. Portanto, o cuidado ampliado pela Antroposofia deve almejar além da compreensão do cuidado físico, proporcionar à pessoa que o recebe, um esclarecimento a respeito de sua vida e de seus desafios na busca de si mesmo. A Enfermagem Antroposófica pode apontar à pessoa que as reincidivas podem ocorrer, porque somos seres humanos frágeis, numa busca constante de autodesenvolvimento.

Ao final desta investigação podemos afirmar que o cuidado na Enfermagem Antroposófica visualiza o paciente no ponto central e, ao redor, os terapeutas. Sedimenta-se à medida que reconhece o sagrado no ser humano, considerando-o em sua complexidade, e acima de tudo, aplica os doze gestos no seu pensar, sentir e agir profissional. Fazer Enfermagem Antroposófica é resgatar o que é a verdadeira essência da profissão.

REFERÊNCIAS

- ABMA. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA. **Medicina Antroposófica**. Ano. Disponível em: <http://www.abmanacional.com.br/>. Acesso em: 28. Ago. 2011.
- AMA-PORTUGAL. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA DE PORTUGAL. **Titulo**. 2011. Disponível em: <<http://www.a-ama.com.pt>>. Acesso em: 02 dez. 2011.
- AMESTOY *et al.* Enfermeiros refletindo sobre o seu processo de trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n.1, p. 158-163, jan-mar, 2010.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 96-96, jan- fev, 2007.
- ANTHROPOSOPHICAL MEDICINE. **International Forum for Anthroposophic Nursing (IFAP)**. 2012. Disponível em<<http://www.medsektion-goetheanum.org/en/home/ikam/care-nutrition/?view=170>> . Acesso em: 14. Jul. 2012.
- ANTHROPOSOPHICAL SOCIETY IN NEW ZEALAND. **Anthroposophical Nurses Association in New Zealand**. 2007. Disponível em: <<http://old.nurse.or.nz>>. Acesso em: 02 jan. 2012.
- AQUINO, São Tomaz de. **Comentário à metafísica de Aristóteles**. 2006. Disponível em file:///D:/Documenta%20Chatolica%20Omnia/99%20-%20Pro...ri/mbs%20Library/001%20-Da%20Fare/05/0-Metafisica.htm (1of 4)2006-06-01. Acesso em 11 jun. 2012.
- AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de trabalho na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 28, n.4, p.549-55, dez., 2007.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n. 2, p. 378-85, abr-jun, 2010.
- BALDI, V. M.. **A Enfermagem e a Antroposofia: uma possibilidade de diálogo**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Pós- graduação em Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>. Acesso em: 14. Jun. 2011.

_____. 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.

_____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC- SUS. Resultados do monitoramento dos serviços de medicina antroposófica no SUS no período 2009 – 2011. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BURKHARD, G. **Tomar a vida nas próprias mãos. Como trabalhar a própria biografia:** o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento humano. São Paulo: Antroposófica, 2000.

_____. **Os doze sentidos e os sete processos vitais.** São Paulo: Antroposófica, 1998.

_____. **As forças zodiacais e sua atuação na alma humana.** 4. ed. São Paulo: editora antroposófica, 2007b.

_____. **Novos caminhos de alimentação 1.** São Paulo: Antroposófica, 2007 a.

CAMPOS, J. M.; BERKMAN, S. **A cura pelos banhos:** o poder purificador e regenerador da água, dos minerais e das plantas. 3. ed. São Paulo, 2005.

CAMPOS, José Maria. **Guia Prático de Terapêutica Externa:** métodos e procedimentos terapêuticos de grande simplicidade e eficácia. 10. ed. São Paulo: Pensamento, 1999.

CANTOR, I. S.; ROSENWEIG, S. Anthroposophic perspectives in primary care. **Department of Emergency Medicine Faculty Papers.** Paper I. 2009. Disponível em: <http://jdc.jefferson.edu/emfp/1> Acesso em 14. Nov. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis: vozes, 2006.

CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA, 10., 2011, Belo Horizonte, 2011. Belo Horizonte: ABMA, 2011. Catálogo do Congresso.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-197/97.** Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem [Internet]. Brasília (DF); 1997. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7041§ionID=34>. Acesso em 29 agos. de 2011.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p.349-54, maio- jun, 2009.

CORVELO, A. C. Quirofonética: a atuação terapêutica dos sons da fala. **Revista Humanum: um olhar antroposófico para a vida**, São Paulo, p. 20-21, 27 jun. 2011.

CUNHA *et al.* Promoção da saúde no contexto Paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis v.18, n.1, p. 70- 176, 2009.

DAEMS, W. O que é medicina antroposófica. **Fórum Três. Jornal de Centro de Pesquisa de Ciência Dedutiva Goethianísticosteineriana**, Juiz de Fora, Ano 19, p. 01-02, 2009.

DAM, J. V. O papel das aplicações externas na medicina moderna. **Revista Arte Médica Ampliada**, São Paulo, Ano XXVIII, n. 1 e 2, 2008.

FROBÖSE, E.; FROBÖSE, E. **Euritmia**: sua origem e seu desenvolvimento segundo Rudolf Steiner. Trad. C. Berthalot. São Paulo: Ed. Antroposófica, 2009.

GALDEANO, L. E; ROSSI, L. A; ZAGO, M. M. F. Roteiro institucional para a elaboração de um caso clínico. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n. 3, p. 371-5, maio-jun, 2003.

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

GARDIN, N. **Viscum album**: no tratamento complementar do câncer. São Paulo: Weleda do Brasil Laboratório e Farmácia Ltda, 2005.

GHELMAN, R. *et al.* Ficha clínica Antroposófica do Núcleo de Medicina Antroposófica da Universidade de São Paulo- Escola de Medicina. **Revista Arte Médica Ampliada**, v. 32, n. 1. Jan-fev-mar, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLÖKLER, M. **Salutogênese**: onde se organiza as fontes da saúde física, anímica e espiritual? Tradução Hemann Schneider. 2. ed. São Paulo: Liga dos Usuários e Amigos da Arte Médica Ampliada, 2007. Título original: Verein Fur Anthroposophisches Heilwesen Ev.

GNATTA, Juliana Rizzo; SANTOS, Silvia Domingues Dos. Aromaterapia e enfermagem. In: SALLES, Leila Fortes; SILVA, Maria Júlia Paes da. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 61-76.

GOEBEL, W.; GLÖKLER, M. **Consultório pediátrico**: um conselho médico pedagógico. 3.ed. São Paulo: Antroposófica, 2002.

GUIMARÃES, E. M. P.; BASTOS, M. A. R. **Economia e administração de serviços de enfermagem**. Apostila de curso. Belo Horizonte, 2000.

GUTIÉRREZ, M. L. **Um lavrar luminoso**: a atuação das Madonas na alma humana. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HAUSCHKA, M. **Massagem rítmica**: segundo a Dra. Ita Wegman: fundamentos antropológicos. 3. ed. São Paulo: Antroposófica; Asklépios Associação de Massagem Rítmica, 2007.

HUSEMANN, F. O impulso de Cristo nos mantras médicos de Rudolf Steiner. Tradução de Mônica Gugemus. **Revista Arte Médica Ampliada**. Ano XXX, n. 2. Inverno de 2010. Título original: Der chirstliche impuls in Rudolf Steiner medizinischen Mantren.

HUSEMANN, F; WOLFF, O. **A imagem do homem como base da arte médica**: patologia e terapêutica. Vol. I. São Paulo: Associação Beneficente Tobias, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13. maio. 2012.

IVAA. Internationale Vereinigung Anthroposophischer Arztegesellschaften. **Guidelines For Good Professional Practice In Anthroposophic Nursing**. 2008. Disponível em<http://www.ipug.eu/leitsaetze/Guidelines_englisch.pdf>. Acesso em 03. Dez. 2011.

Jo. Português. In: **Bíblia sagrada**: tradução na linguagem de hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, v. 59, ed. esp, p. 403-19, 2006.

LAGE, G. C. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 97, junho, 2009. Disponível em<<http://diretorios.uem.br/ojs/espacoacademico/index>>. Acesso em 06. Jan. 2012.

LANZ, R. **Noções básicas de antroposofia**. 4. ed. São Paulo: ed. Antroposófica, 1997.

LAZZARI, D. D; JACOBS, L. G; JUNG, W. Humanização da Assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS: v. 2, n.1, p. 116-124, jan- abr, 2012.

LEININGER, M. M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Gruneand Stratton, 1985.

LEININGER, M.; McFARLAND, M. **Transcultural Nursing**: concepts, theoris, research and practice. 3nd.ed. New York: Mc Graw Hill, 2002.

LUZ, M. Cultura de saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.145-176, 2005. Suplemento.

MACHADO, J. C. N. Utilização de banhos nutritivos no Ambulatório de Pediatria da Favela Monte Azul (1997-1998). **Revista Arte Médica Ampliada**. Ano XIX, n. 2, 1999.

MACHADO, W. P; SANTOS, A. M; TOPLER, S.; Por que a medicina antroposófica utiliza as terapias externas? **VIALIS em carta**. Centro terapêutico antroposófico, Florianópolis, Setembro, outubro, novembro, ano I, n. 2. 2004.

MARQUES, A. J. **Repensar a ciência**. Juiz de Fora: ed. Helvética E. E. Ltda, 1996.

MATWIJSZYN, M. A. **A imitação no desenvolvimento infantil e suas implicações para a educação segundo as concepções antroposóficas e walloniana**.

Dissertação (Mestrado em Educação)- Curso de pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2003.

MIGLIO, A. A. **A utilização de terapias externas pela enfermagem na atenção primária em saúde**: uma proposta de intervenção segundo os pressupostos da Medicina Antroposófica. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva)- Curso de Pós- graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

_____. **Aplicações externas**. Apostila do Curso Básico de Antroposofia. Belo Horizonte, 2011.

MINAYO, M. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTICELLI, M. *et al.* Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 220-228, abr- jun, 2010.

MORAES, W. A. **Medicina antroposófica**: um paradigma para o século XXI. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina antroposófica, 2005.

MORAIS, M. M; HOSOMI, J. K. **Os doze sentidos humanos como seis polaridades**. São Paulo: Associação Brasileira de Psicólogos Antroposóficos, 2011.

MUTARELLI, S. R. K. **Os quatro temperamentos na Antroposofia de Rudolf Steiner**. Dissertação (Mestrado em História da Ciência)- Curso de Pós- graduação em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

NASCIMENTO *et al.* Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 437-440, 2010.

NUÑEZ, H. M. F. **Enfermagem Antroposófica**: uma visão histórica, ético-legal e fenomenológica. 2008. 314 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

_____. Antroposofia e enfermagem: uma ampliação da ciência e da arte de cuidar. In: SALLES, Léia Fortes; SILVA, Maria Júlia Paes da. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 43-60.

OGUISSO, T. (org). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

PASSOS, V. C. S.; VOLPATO, A. C. B. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007.

PIRES, M. R. G. M. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 717-23, 2007.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA 2000- 2012. **Características gerais**. Disponível em: <www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 13. maio 2012.

QUEIROZ, D.T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 276-283, abr-jun, 2007.

RAHME, S. W. Os quatro temperamentos. **Revista Humanum: um olhar antroposófico para a vida**, São Paulo, p. 16-17, 27. Jun. 2011.

RODRIGUES, D. M. O; HELLMANN, F; SANCHES, N. M. P. A naturologia e a interface com as racionalidades médicas. **Cadernos acadêmicos Tubarão**, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 24-36, 2011.

SAMPAIO, M. R. F. **Implantação do SAE nas instituições de saúde**. 2009. Disponível em: <www.coren-ce.com.br/pdfs/> Acesso em 30 abril. 2011.

SANTOS, J. L. G.; GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 90, n. 9, p. 552-532, set, 2009.

SCHOELLER, S. D; LEOPARDI, M. T; RAMOS, F. S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v.1, n. 1, p. 88-96, jan- abr, 2011.

SCHWARTZ, E.; ELSEN.; I. Observação participante: uma metodologia para conhecer o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. **Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, p. 19-27, jan- abr, 2003.

SETZER, V. **O que é a Antroposofia. Como desenvolver a criatividade. Impactos dos meios eletrônicos na criança e no adolescente**. São Paulo: editora antroposófica, 2009.

_____. 2011. Disposições e atitudes anímicas recomendadas por Rudolf Steiner em seu livro: O conhecimento dos Mundos Superiores- A iniciação. Disponível em: <www.ime.usp.br/~vwsetzer>. Acesso em 03. Dez. 2012.

SILVEIRA *et al.* Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 442-446, mai-jun, 2009.

SOCIEDADE ANTROPOSÓFICA NO BRASIL. **Antroposofia**. 2010. Disponível em: <<http://www.sab.org.br>>. Acesso em 28. Abr. 2011.

STEINER, R. **O mistério dos temperamentos: as bases anímicas do comportamento humano**. 2. ed. São Paulo: Antroposófica, 1996.

_____. **Teosofia: introdução ao conhecimento supra- sensível do mundo e do destino humano**. São Paulo: Antroposófica, 2004.

_____. WEGMAN, I. **Elementos fundamentais para a ampliação da arte de curar: segundo os conhecimentos da Ciência Espiritual**. São Paulo: Antroposófica, 2007.

_____. Os doze sentidos e os sete processos vitais. 4. ed. São Paulo: Antroposófica, 2012.

SVEZZIA, S. L.; SANTOS, K. F. Promoção da saúde e Antroposofia: novos saberes e prática. **Revista de Pedagogia Perspectivas em Educação**, v. 4, n. 1, p. 15, Set-dez, 2008.

TANAKA, L. H.; LEITE, M. M. J. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 481-6, 2008.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

THERKLESON, T. **Nursing the human being: an anthroposophic perspective**. New Zealand: RATO Health, 2005.

THOFEHRN, M. B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n. 1, p. 190-198, jan-mar, 2011.

TRAVANCAS, I. **Fazendo etnografia no mundo da comunicação**. In: BARROS, A.; DUARTE, J. (org). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2006.

TSCHENZE, V. **Russich-tibetischehonig massage**. Niebüll: Verlag Videll, 2001.

VALE, M. C. C. **Relação entre cura e religião à luz da Antroposofia**. Juiz de Fora: Associação SAGST, 2011.

VERBAND FÜR ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE. **Das Konzept der Zwölf Pflegerischen Gesten**. 2009. Disponível em: <www.vfap.de> Acesso em 21 nov 2011.

VIVENDA SANTANNA. **Corpo clínico**. 2011. Disponível em: <www.vivendasantanna.com.br>. Acesso em 08. Nov. 2011.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics nursing**. Geneva, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE
TERAPIAS EXTERNAS

FRIO			
ÁGUA		TERRA	
ÚMIDO	<ul style="list-style-type: none"> • CATAPLASMA • COMPRESSAS DE RICOTA • COMPRESSAS COM POMADA • BANHOS • DUCHAS • ARGILA 	<ul style="list-style-type: none"> • COMPRESSAS SAL MARINHO • ARGILA 	SECO
	<ul style="list-style-type: none"> • CHÁS • ESCALDA PÉS • BANHOS • COMPRESSAS COM : <ul style="list-style-type: none"> - GENGIBRE, - RAÍZ FORTE, - CEBOLA, - MOSTARDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • ENVOLTÓRIOS • ENFAIXAMENTOS COM ÓLEOS ESSENCIAIS. • FRICÇÕES COM ÓLEOS OU POMADAS 	
AR		FOGO	
QUENTE			

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAR A PESQUISA

Ilmo. Sr. Diretor clínico da Clínica Médica Antroposófica Vivenda Sant'Anna

Dr. Antônio José Marques

Juiz de Fora, 08 de novembro de 2011

Prezado Senhor,

Vimos pela presente solicitar a V.S. a autorização para, enquanto pesquisadoras do Programa de Pós- graduação *stricto sensu* (Mestrado Acadêmico da Faculdade de Enfermagem) da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizar um estudo etnográfico na modalidade de observação participante, bem como divulgação da mesma. A pesquisa ocorrerá no período de fevereiro a dezembro de 2012 e terá como sujeitos de estudo a equipe de enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, intitulada provisoriamente de “O cuidar ampliado pela antroposofia: um estudo sobre a prática de enfermagem antroposófica” a ser desenvolvida pela mestranda enfermeira Rúbia Mara Ribeiro, sob a orientação da Prof^a. Dra. Rosângela Maria Greco. Esta pesquisa tem como objetivo identificar a atuação da enfermagem antroposófica a partir de sua vivência profissional.

A observação atenderá à finalidade de um trabalho científico, incluindo a elaboração do projeto de dissertação e elaboração de relatório a ser apresentado para a banca examinadora da Faculdade de Enfermagem da UFJF, como atividade obrigatória para a conclusão do curso de mestrado em Enfermagem.

Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Mestranda Rúbia Mara Ribeiro

Prof^a. Rosângela Maria Greco

Orientadora da pesquisa

Anexo B
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**O cuidar ampliado pela antroposofia: um estudo sobre a prática de enfermagem antroposófica**”. Neste estudo pretendemos identificar a atuação da enfermagem antroposófica a partir de sua vivência profissional, bem como conhecer as terapias antroposóficas utilizadas pela mesma em seu cenário profissional.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto está fundamentado na idéia de que poucos são os estudos voltados para a prática da enfermagem antroposófica. Assim, espera-se contribuir para a compreensão do papel desta prática em especial, divulgando-a no meio acadêmico e no próprio sistema de saúde.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): metodologia de abordagem qualitativa, utilizando o estudo de caso como caminho metodológico adotando como instrumento de coleta de dados a observação participante.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

*CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
 JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
 FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br*

*Pesquisador(a) Responsável: RÚBIA MARA RIBEIRO
 Endereço: R. MÁRIO MAZZONI, 315
 SÃO JOÃO DEL- REI (MG) - CEP: 36309-370*

Fone: (32)3373-1383 / E-mail: rubiamribeiro@ig.com.br.

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 326/2011

Protocolo CEP-UFJF:2567.307.2011 **FR:** 481287 **CAAE:** 0300.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: "O cuidar ampliado pela antroposofia: um estudo sobre a prática de enfermagem antroposófica."

Versão do Protocolo e Data: 29/11/2011

Area Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Rúbia Mara Ribeiro

Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2013

Pesquisadores Participantes: Rosângela Maria Greco

Instituição colaboradora/sediadora: Clínica Médica Antroposófica Vivenda Sant'anna/ Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
Material e Métodos	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Crítérios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
Cuidados Éticos	X					
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de	Apresenta o termo em caso de participação de				X	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

assentimento	menores					
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				
	Apresenta justificativa e objetivos	X				
	Descreve suficientemente os procedimentos	X				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X				
	Assegura o arquivamento do material coletado pelo período mínimo de cinco anos	X				
	Garante sigilo e anonimato	X				
	Explicita	Riscos e desconfortos esperados	X			
		Como será o descarte do material coletado	X			
		Ressarcimento de despesas	X			
Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa		X				
Forma de contato com o pesquisador		X				
	Forma de contato com o CEP	X				
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X				
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X				
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X				
	Folha de Rosto preenchida	X				
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X				
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X				
	.					

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 15 de Dezembro de 2011


 Prof. Dra. Jéda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora – CEP/UFJF

ANEXO D**TERMO DE CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DA CLÍNICA VIVENDA
SANT'ANNA**

Declaro que ao ser apresentada a proposta da pesquisa intitulada “**O cuidado ampliado pela Antroposofia: um estudo sobre a prática de Enfermagem Antroposófica**” a ser conduzida sob responsabilidade da pesquisadora RÚBIA MARA RIBEIRO, autorizo-a a divulgar o nome da clínica em publicações e eventos científicos e a incluir no estudo os dados coletados neste serviço, desde que os mesmos sejam utilizados exclusivamente com finalidade científica e que serão observados os princípios éticos de sigilo e identificação dos colaboradores.

Juiz de Fora, 08 de janeiro de 2013

ASSINATURA: _____

