



## Atenção hospitalar: interatividades por entre constituição histórico-social, gestão e humanização em saúde

*Hospital care: interactivity between historical-social constitution, management and humanization in health*

Gabriel Alves Carrião<sup>1</sup>

Jéssica Ribeiro Marques<sup>2</sup>

Jaqueline Luvisotto Marinho<sup>3</sup>

### Resumo

Diante da realidade e importância dos hospitais nas redes de saúde e dos diversos problemas e dificuldades envolvidos na gestão e assistência desses serviços de saúde, foram desenvolvidas reflexões sobre as possibilidades de atenção à saúde hospitalar de qualidade, resolutiva e humanizada, com cuidado pautado na integralidade e singularidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da realização de pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho teórico, bibliográfico e documental. Considerando o pensamento complexo, foram desenvolvidos eixos de reflexão, e a partir destes, fluxos de interatividades e focos de direcionamento do olhar. Foram estabelecidas como eixos de reflexão a constituição histórico-social do hospital, a humanização em saúde e a gestão em saúde; como fluxos de interatividades, permeando entre e por entre os eixos, as possibilidades de constituição de gestão e de assistência hospitalar humanizada e de práticas de saúde no hospital fundamentadas na interlocução entre as dimensões populares, culturais, sociais e individuais, e as científicas, técnicas e bio-médicas. Os focos de direcionamento do olhar envolveram a religiosidade, o projeto terapêutico singular e as práticas integrativas e complementares - especificamente o uso de plantas medicinais e fitoterápicos -, no contexto da atenção hospitalar no âmbito do SUS. Os direcionamentos metonímicos se relacionaram às possibilidades de constituição de hospitais, com atenção à saúde resolutiva e de qualidade, fundamentadas em gestão e assistência humanizada, com interlocução de práticas e saberes para além do legitimado e padronizado em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção hospitalar. Gestão hospitalar. Humanização em saúde. Projeto terapêutico singular. Fitoterapia.

### Abstract

In light of the reality and importance of hospitals in health networks and the several problems and difficulties involved in management and assistance of these health services, reflections were developed over the possibilities of giving attention to quality, resolute and humanized hospital health care based on the integrality and singularity, within the scope of the Brazilian Unified Health System (UHS), by conducting qualitative, theoretical, bibliographic and documentary research. Considering the complex thinking, axes of reflection were developed, and from those, flows of interactivity and focuses of look direction. There were established, as lines of reflection, the hospital historical-social constitution, the health humanization and management; as interactivity flows, permeating among and through the axes, the possibilities of humanized hospital management and assistance and of health practices in the hospital based on the interlocution among the popular, cultural, social and individual dimensions, with the scientific, technical and bio-medical ones. The focuses of look direction involved religiosity, singular therapeutic project, and integrative and complementary practices - specifically the use of medicinal plants and phytotherapy - in the context of hospital care at UHS. The metonymic directions were related to the possibilities of constituting hospitals, with resolute and quality health attention, based on humanized management and assistance, with a dialogue of practices and knowledge beyond the legitimized and standardized in health.

**Keywords:** Hospital care, Hospital management, Humanization in health, Singular therapeutic project, Phytotherapy.

1 Médico – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás. Goiânia, GO – Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3789-025X>  
[gabrielcarriaomed@gmail.com](mailto:gabrielcarriaomed@gmail.com)

2 Médica – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás. Goiânia, GO – Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2341-7656>  
[jessicamarques.med@gmail.com](mailto:jessicamarques.med@gmail.com)

3 Doutora em Educação – Médica Especialista em Medicina Preventiva e Social – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás. Ministério Público do Estado de Goiás – MP-GO. Goiânia, GO – Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6208-552X>  
[jackluvisomar@gmail.com](mailto:jackluvisomar@gmail.com)



## Introdução

Apesar da importância e expressividade social dos hospitais nas redes de saúde, são de amplo e cotidiano conhecimento os diversos problemas envolvidos na gestão e assistência desses estabelecimentos de saúde, que acabam por interferir profundamente na atenção à saúde dos usuários dos serviços públicos, privados ou filantrópicos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, compreende-se a necessidade de direcionamentos da atenção à saúde para a resolutividade, com cuidado centrado na pessoa, pautado na singularidade e integralidade.

Assim, torna-se essencial a construção de reflexões sobre as possibilidades de atenção à saúde hospitalar de qualidade, resolutiva e humanizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, esta pesquisa teve como objetivo desenvolver reflexões sobre as possibilidades de atenção hospitalar com qualidade e resolutividade e cuidado pautado na integralidade e singularidade, mediante percurso de pesquisa fundamentado no pensamento complexo de Edgar Morin (2003, 2011).

## O percurso metodológico

Foi desenvolvida pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho teórico, bibliográfico e documental (Marconi & Lakatos, 2010).

Considerando-se a complexidade da gestão e assistência em saúde de hospitais pelo SUS, com diversidade e amplitude de aspectos envolvidos, a partir dos estudos teóricos, bibliográficos e documentais (em normativas e descrições de experiências) foi elaborada abordagem de construção reflexiva fundamentada no pensamento complexo de Edgar Morin (2003, 2011). Nesta abordagem foram articuladas interações do conhecimento do todo com as partes, em movimentos de focalizações em aspectos específicos em diálogo com o global e de abrangências das amplitudes em comunicação com o específico.

Nesse sentido, foram desenvolvidos eixos de reflexão, e a partir destes, os fluxos de interatividades e focos de direcionamento do olhar.

Como eixos de reflexão foram estabelecidos: a constituição histórico-social do hospital, a humanização em saúde e a gestão em saúde.

Os fluxos de interatividades foram criados no sentido de expressarem a complexidade de relações e interações entre os eixos de reflexões e a diversidade de aspectos envolvidos. Desse modo, estes fluxos de interatividades permeariam entre os eixos e por entre estes, tecendo interações, e por seus sentidos dinâmicos e de produção de ações, concebidas aqui como interatividades (Morin, 2003, 2011; Marinho, 2016).

Nessa perspectiva, foram elaborados como fluxos de interatividades as possibilidades de constituição de atenção hospitalar humanizada, tanto da gestão como da assistência, e de práticas de saúde transdimensionais no hospital, fundamentadas na interlocução entre as dimensões populares, culturais, sociais e individuais, e as científicas, técnicas e biomédicas.

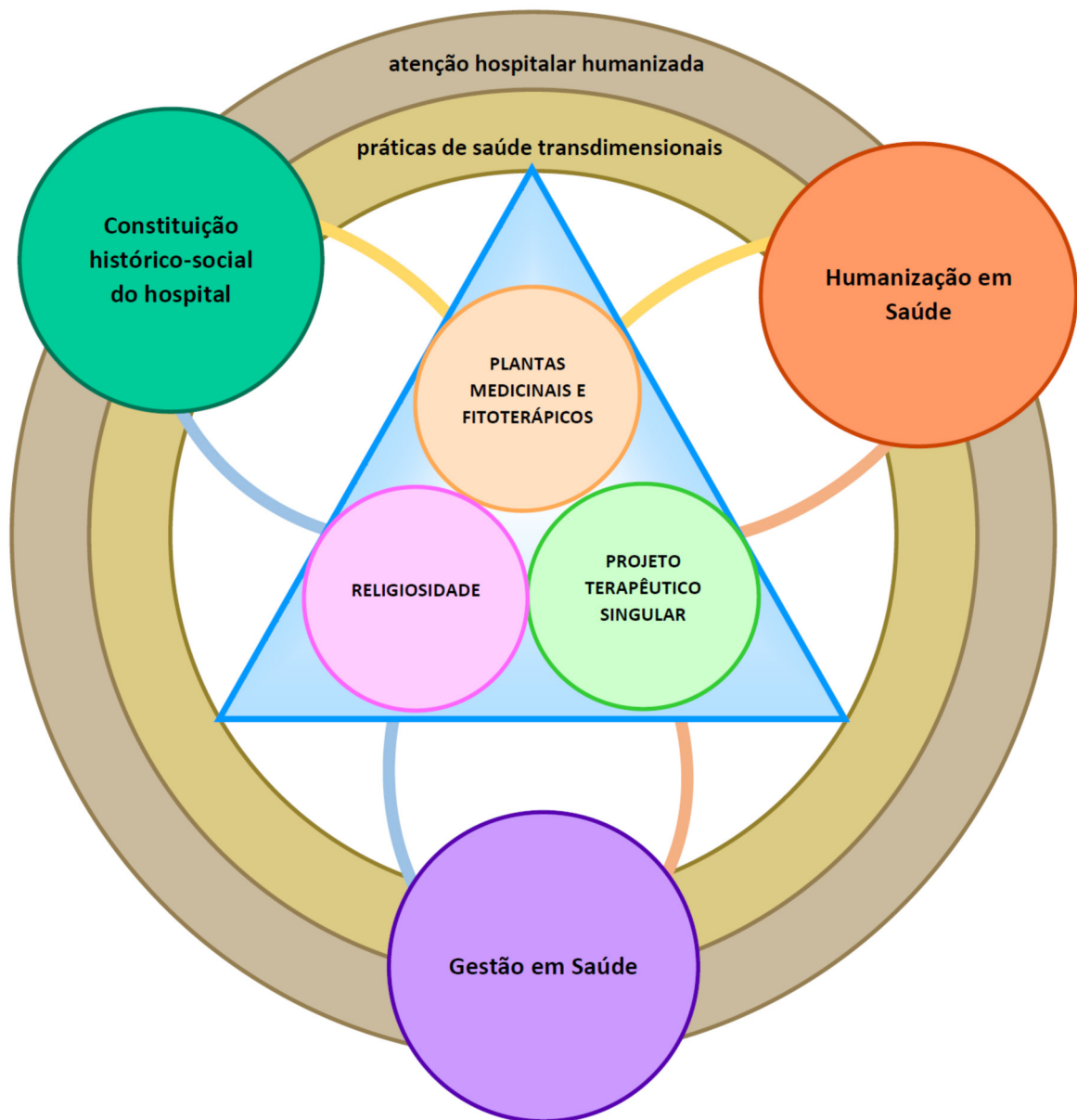
Por sua amplitude e complexidade, da tessitura em enredamento, foram elencados fios de condução teórico-bibliográfica para a construção da pesquisa, considerados aqui como os focos de direcionamento das reflexões que foram abordados de modo a propiciar e incitar relações, constituindo-se assim direcionamentos metonímicos.

Estes focos, nesta pesquisa, envolveram então a religiosidade, o projeto terapêutico singular e as práticas integrativas e complementares – especificamente o uso de plantas medicinais e fitoterápicos –, no contexto da atenção hospitalar no âmbito do SUS.

Como apresentado no esquema a seguir (Figura 1), os focos de direcionamento enquanto partes, permanecem em interlocuções com os eixos de reflexão, os quais perpassam interativamente pelo total, constituindo-o. Os eixos e focos se apresentam de modo interligado pelos fluxos de interatividades, constituindo o todo em sua dinamicidade a partir da multiplicidade de conformações de suas partes e de suas relações e diálogos.

## O caminho histórico-social do hospital

O modelo atual de assistência hospitalar, sua arquitetura, rotinas e padrões que perpetuaram (enquanto outros deixaram de existir ou foram reformulados) encontra origem na história dos hospitais, sendo que este se fez a



**Figura 1: Eixos de reflexão, Fluxos de interatividades e Focos de direcionamento do olhar desenvolvidos na pesquisa e suas interações**

Fonte: Elaborado pelos autores.

partir dos conhecimentos angariados com os avanços da ciência e tecnologia (Rezende, Moraes, & Perini, 2013), bem como pela evolução social, cultural e econômica e também dependente do momento histórico e localização geográfica.

A estrutura e o funcionamento do hospital, seu posicionamento no sistema de saúde e sua percepção e imagem na sociedade se relacionam à historicidade dessa instituição (Carapinheiro, 2005).

Faz-se válido registrar, a princípio, que a assistência hospitalar não é sinônimo de assistência médica, podendo ser considerada fenômeno relativamente recente a atividade médica estabelecida dentro da instituição hospitalar ao considerarmos que o exercício médico é anterior a tais instituições (Rezende *et al.*, 2013). Encontramos registros de práticas e assistências médicas domiciliares e individualizadas há mais de 4.000 anos. No entanto, os primeiros registros de existência hospitalar são datados de 543 a.C





(Rezende *et al.*, 2013). Era a atividade médica, portanto, uma prática não hospitalar (Foucault, 1979).

O conceito de hospital para o Ocidente está relacionado à função estrutural e social atribuída ao mesmo, como instrumento terapêutico, no contexto de intervenção sobre o doente e a doença na perspectiva do binômio saúde-adoecimento. Apesar de o hospital - aludido como nosocômio - ter combinado em suas origens funções médicas e sociais e apresentar semelhanças práticas com xenodochia, hospedarias, enfermarias, gerocômios, lazaretos etc., no imaginário popular sempre foi tido como local de assistência e de repouso para promover a cura e a erradicação da doença (Rezende *et al.*, 2013; Brasil, 1965).

Os primórdios do hospital foram, na sua concepção, orientados pela necessidade de assistência religiosa, conexão com divindades, rituais de cura e alívio e abrigo na hora da morte (Foucault, 1979). Nesse sentido, tem-se os primeiros locais como sendo anexos aos mosteiros, evidenciando essa forte ligação da religião com o cuidado.

A civilização grega (a partir do séc. IX a.C.) é uma das mais famosas por estruturarem seus rituais religiosos em templos dedicados aos deuses, oferecendo sacrifícios e buscando a cura para suas enfermidades. Especialmente o deus *Asklepius* tinha associado a seu nome e poder a capacidade de infligir e revogar males ao seu povo, tais como cefaleia, verminoses, incapacidades, paralisia e cegueira, caso fosse da sua vontade. Os templos erguidos em seu nome eram locais de convivência social, de busca por significação ao sofrimento, doenças ou morte e recebiam os miseráveis e os moribundos, a fim de realizarem rituais (banhos com enxofre e louro), orações e oferecerem sacrifícios. A cerimônia também envolvia dormirem no templo, pois acreditava-se que a cura viria através dos sonhos (Rezende *et al.*, 2013; Foucault, 1979).

O declínio da civilização grega e a ascensão do Império Romano culminou com a substituição de figuras de cura, principalmente após 391 d.C., quando o Cristianismo se tornou a religião oficial do Império Romano, tendo no próprio Cristo o símbolo de Salvador, e as demais religiões passaram a ser perseguidas. Os templos de *Asklepius* foram destruídos e deram lugar a igrejas cristãs, inclusive com a proibição do culto ao deus grego (Rezende *et al.*, 2013).

A partir deste período, a constituição dos hospitais se confunde com a própria história do cristianismo e os pilares da Igreja Católica (Rezende *et al.*, 2013).

Em Roma, as primeiras instituições precursoras dos hospitais atuais foram as *valetudinaria*, galpões erguidos em local apropriado que comportavam cerca de 60 homens em um cubículo e com pátios amplos para máxima ventilação, com o interesse de curar e recuperar soldados e escravos, além de fornecer abrigo, alimento e entretenimento. Treiná-los e comprá-los era muito dispendioso e eles não poderiam morrer tão facilmente dado o seu valor econômico, o que traria assim um prejuízo ao dono ou ao Império (Rezende *et al.*, 2013).

Os objetivos secundários também incluíam agrupar para cuidar e isolar os doentes tanto para privacidade e descanso (quando portadores de valor social) como para marginalizar e afastar moribundos, considerados um “risco” para a sociedade (Rezende *et al.*, 2013).

Sucessivamente, a assistência à saúde foi sendo destinada aos civis, ricos e pobres, com sistemas tradicionais de cura popular. Os balneários eram o modelo defendido por Hipócrates, Galeno e Celsus. A primeira instituição a oferecer cuidados médicos específicos, criada por Aetius de Amida, em Antioquia, era denominada *nosokomeion*, onde já se separavam homens e mulheres em aposentos distintos (Rezende *et al.*, 2013). O imperador Constantino, com a evolução e intensificação da religião cristã e o senso de caridade e assistência decorrente, instituiu os *xenodokeion*, abrigos (geralmente anexos aos mosteiros) que atendiam peregrinos e enfermos com arquitetura bastante semelhante aos *valetudinaria* (Salles, 2004; Rezende *et al.*, 2013). Posteriormente mais instituições com atuação semelhante surgiram para prestar trabalhos assistenciais e cuidar de pessoas apresentando hanseníase.

Após a queda do Império Romano e ascensão do Cristianismo, os mosteiros passaram a ser o principal fornecedor de assistência médica e modelo hospitalar, alimentando famintos, cuidando de viúvas e órfãos, cedendo roupas aos pobres, viajantes, enfermos e moribundos. Eram verdadeiros oásis onde o paciente poderia encontrar ordem, piedade, estabilidade e ver a saúde florescer ou renascer, mas também era a doença vista como uma forma de punição ao pecado. Durante a Idade Média (Sécs. V a X) desenvolveu-se a medicina monástica, isto é, os monges, a partir de escritos antigos,



assistiam e repassavam a ciência e a arte aos aprendizes. Com o renascimento carolíngio em 800 d.C. os mosteiros se colocaram como centros de estudo e transmissão de textos e conhecimentos adquiridos através da observação e experimentos realizados na tentativa de cura dos doentes (Rezende *et al.*, 2013).

Já os beneditinos foram os que consolidaram a atenção médica e a arquitetura a ser adotada nas construções de tais instituições que proviam aquecimento, dormitório, refeitório, casa de sangria e jardim herbário - para cultivo de plantas e ervas com características medicinais. Os monges - agora *infirmarius* - exerciam papel de médicos e enfermeiros, realizando duas visitas ao dia, pela manhã e ao final do dia, e se encarregavam também das orações e realização de exames clínico e laboratorial (rudimentar, com análise do sangue, urina e fezes). Eles tiveram esse papel até o Concílio de Clermont, quando a Igreja decidiu que tal atividade traria prejuízo à espiritualidade, o que foi ratificado pelo 4º Concílio de Latrão. Com toda essa evolução o hospital foi se consolidando como local de assistência a pessoas feridas e contaminadas, apresentando lepra ou peste. O papel e a forma como essas ações eram exercidas criou o protótipo para o Médico, o Enfermeiro, as visitas hospitalares e toda a rotina hospitalar vivida e exercida no Ocidente (Rezende *et al.*, 2013).

A Igreja Católica, em diversas localidades do mundo, dirigiu instituições sob a égide do cristianismo, voltadas para enfermos, peregrinos e pobres, que se tornaram hospitais com cunho eclesiástico, com assistência focalizada na alma do doente, não tendo o corpo como prioridade na cura e considerando a intervenção neste como sacrilégio. Os hospitais, até o século XIX, ainda permaneciam em intensa relação com o campo religioso (Gonçalves, 2006; Rezende *et al.*, 2013).

Em relação à atenção à saúde no Brasil, a Igreja Católica teve fundamental papel com a criação e implementação de centros de assistência que culminaram com a fundação de vários hospitais. Os maiores exemplos, ainda remanescentes, são as Santas Casas de Misericórdia que existem em todo o país (Salles, 2004; Martire Junior, 2011).

Os Centros de Misericórdia surgiram no âmbito da dominação cristã-católica na Idade Média e serviam a propósitos diversos, tanto servindo a interesses de ordens

específicas, quanto ao exercício da caridade e assistência a moribundos e miseráveis (Carvalho, 2005). A Irmandade da Misericórdia foi o alicerce da assistência hospitalar durante o regime colonial, instalando-se no país ainda no século XV, sob os moldes da Casa-mãe em Lisboa e servindo posteriormente como sítio de capacitação e prática para médicos brasileiros (Figueiredo, 2000).

## O hospital entre religiosidade e laicidade

As organizações religiosas se encarregam de ocupar um papel de mantenedoras de hospitais e clínicas com o intuito de facilitar e propiciar melhor alcance à saúde por parte de seus fiéis, aproximando mais ainda a função religiosa assistencialista do fornecimento de saúde, diante da carência e lacunas do exercício de funções do Estado no provimento de acesso adequado à assistência à saúde.

A participação da religião ou de religiosos nos processos de criação e execução das políticas públicas de saúde no Brasil vem gerando substanciais alterações em seus percursos, como no desenvolvimento de temáticas envolvendo gênero e sexualidade, ou no acesso à atenção religiosa-espiritual no hospital (Giumbelli, 2016).

Se por um lado, a assistência à saúde era indisociável da assistência religiosa, atualmente esta última é considerada um direito do paciente, garantido pela legislação brasileira (Brasil, 2000), sendo comum observar em ambientes hospitalares a presença de capelas destinadas a orações de pacientes e acompanhantes.

Essa relação histórica entre saúde e religião parte do princípio de um maior bem-estar, maior autonomia e a própria liberdade de culto (Pinto & Falcão, 2014).

Existe uma resistência e uma dificuldade no meio médico – majoritariamente dito científico – em adequar sua realidade à demanda das diversas religiões existentes. A vivência religiosa é considerada como parte da perspectiva não científica, dificultando a abordagem pelo médico desta demanda e a relação médico-paciente. Por outro lado, ainda existe a barreira religiosa pelas próprias crenças da equipe assistente e da política do hospital, que nem sempre corresponde à religião ou à ausência de religião do paciente assistido.





Assim, buscando garantir o respeito recíproco diante da diversidade de profissões de fé, procurou-se também garantir, por aparato legislativo, a laicidade da assistência nas instituições públicas.

Mas o que parece ser a solução de todos os problemas acaba se tornando na prática um óbice, afinal o Estado laico, que tem por dever garantir a liberdade de todos os cultos e também a assistência religiosa por todas as crenças, não dispõe de alcance e recursos suficientes para tal, gerando assim vários obstáculos para a assistência religiosa – e mais ainda em sua pluralidade – adentrar os muros de hospitais.

Afinal, os rituais de fé e cura em religiões não-cristãs – como a umbanda e o candomblé – envolvem elementos muito complexos para serem manifestados dentro de ambiente nosocomial, por exemplo, danças, invocações e incorporações (Rabelo, 1994).

E com a hegemonização de determinadas expressões religiosas em meios sociais, culturais e políticos, e minimização de outras, acaba por ficar mais comprometida a possibilidade de pluralidade na assistência religiosas em hospitais, interferindo na autonomia e protagonismo do paciente.

Além da ampla repercussão do influxo de religiões hegemônicas nas práticas sociais e individuais, é necessário compreendermos, no entanto, que a fé, a espiritualidade (que nem sempre se encontra associada à religião) ou as religiões não unem indivíduos com as mesmas características, pois cada qual apresenta suas singularidades, não reagindo do mesmo modo à abordagem do assunto, seja em ambiente social, familiar, ambulatorial ou hospitalar (Boyd-Franklin, 2010; Minayo, 1994).

É apreciável a intenção dos hospitais, públicos ou não, de oferecer espaços em que pacientes e acompanhantes possam desfrutar de assistência religiosa e liberdade de culto. Porém também é verdade que quase nunca esses espaços demonstram ser democráticos suficientemente para atender amplamente a diversidade religiosa, para propiciar a expressão de todas as crenças professadas no país e para valorização da espiritualidade e religiosidade nas estratégias terapêuticas (Melo, Sampaio, Souza, & Pinto, 2015; Souza, Frizzo, Paiva, Bousso, & Santos, 2015; Freire, Vasconcelos, Silva, & Oliveira, 2017, Pinto & Falcão, 2014).

O fato de o Brasil ser um país de maioria cristã tem grande parte nesta conjuntura, porém, o que efetivamente impacta é o modo de abordagem e ação político-social a respeito das diversidades, das iniquidades, dos grupos em vulnerabilidade e das minorias sociais (nem sempre quantitativamente minorias, mas que se tornam consideradas socialmente como tais por cerceamento de sua expressão e de seus direitos).

## Religiosidade no adoecimento

Enquanto historicamente a tecnologia crescente tomava conta da assistência à saúde nos hospitais, a religiosidade e a espiritualidade foram sendo excluídas do processo e passaram a servir de reduto dos desacreditados, de modo que se passou a recorrer à fé ou à igreja quando a chamada medicina tradicional já teria encerrado os esforços no combate a determinada condição patológica, sendo não raramente noticiadas curas realizadas em tratamentos nada tradicionais (Minayo, 1994).

Ultimamente, iniciou-se uma tendência em considerar que as práticas denominadas como “Medicina Alternativa e Complementar” (MAC) têm papel decisivo na intervenção da resposta neuropsicoimunológica, ou seja, a mente poderia induzir ou determinar uma resposta orgânica-corporal específica (Balestieri, 2009).

Além de contribuir para um melhor bem-estar físico e mental, a religiosidade possibilita a construção de ferramentas pelo indivíduo para lidar com sua enfermidade e ajudar a traçar estratégias para enfrentar a doença e buscar a cura (Pinto & Falcão, 2014).

A religiosidade, assim como a yoga e a meditação, faz parte de uma área específica das práticas da MAC que consistem na intervenção constante do pensamento no corpo. Ensaios clínicos envolvendo MAC se encontram em desenvolvimento para testar a efetividade e segurança de algumas das estratégias utilizadas em Medicina Alternativa e Complementar (Goldrosen & Straus, 2004). Apesar das dificuldades em conduzir tais ensaios clínicos, há razões para acreditar que a fé e a religiosidade exercem efeito placebo no enfrentamento de algumas patologias, pois expectativas positivas em relação ao desfecho da doença poderiam levar a uma



resposta orgânica semelhante à resposta induzida pela própria terapia (Balestieri, 2009).

O termo placebo é ainda utilizado pejorativamente, pois o alcance tecnológico proporcionado por técnicas avançadas de terapia e a cura através de medicações aprovadas após extensos ensaios clínicos nos induzem a acreditar que o efeito placebo é negativo, pois ele corresponde a uma melhora que não é promovida pela terapia padrão, mas por uma visão otimista do paciente sobre a terapêutica, e que, portanto, deveria ser desconsiderada. Ora, uma vez que o indivíduo apresenta melhora clínica, este efeito positivo precisaria ser considerado. O efeito positivo que as orações e rezas têm sobre o indivíduo e a autonomia que elas carregam, uma vez que estas podem ser performadas pelo próprio paciente ou por líderes religiosos indicados por eles, aponta para uma necessidade de espaços inter-religiosos nos hospitais que contemplem verdadeiramente toda a pluralidade religiosa de nosso país (Giumbelli, 2016).

## A humanização em saúde e o hospital

O contexto teórico da administração que vem fundamentando a gestão hospitalar compreende a instituição como sistema mecânico e fragmentado, o que dificulta a compreensão da complexidade do hospital enquanto serviço voltado para a atenção à saúde e o cuidado de pessoas, demandando trabalho coletivo e cooperativo, e cujo funcionamento igualmente envolve pessoas – pacientes, acompanhantes, profissionais e gestores (Silva, 2005).

Ocorre então naturalização no hospital de processos de racionalização em prol de objetividades legitimadas, influenciados por outros campos relacionados, tornando a instituição verdadeira empresa controlada por decisões estritamente técnicas, administrativas e financeiras, definindo as ações de saúde, incluindo as atividades médicas, a partir de fundamentos econômicos no sentido de avaliação de custo-benefício, em que o peso tende a pender ainda mais para a vertente do custo, mas aliando a práticas na realidade onerosas que estão mais pautadas no uso de aparatos tecnológicos comercializados e produzidos por corporações com amplo poder de legitimação de conhecimento em saúde (Carapinheiro, 2005).

Isto gera, conseqüentemente, distorções e incompatibilidades nos processos de gestão e assistência, visto que o modo de gestão se relaciona intrinsecamente ao de assistência no hospital. Ambos produzem e são permeados por subjetividades e o bloqueio gerencial e assistencial dos fluxos de subjetivação, autonomia e criatividade se direciona em sentido contrário à promoção e proteção da saúde (Silva, 2005).

Enquanto antes, na perspectiva religiosa, o hospital se direcionava especialmente para a cura da alma, hoje este se esquece da pessoa, da alma e mesmo do corpo, que já se transformou em objeto inerte e passivo para ser manipulado, do qual aparentemente muito se conhece, mas que pouco se percebe, se sente, se cuida (Silva, 2005).

O modelo médico dominante de abordagem biologicizante, alopática, focada na doença e como mal a ser combatido com arsenal cada vez mais supostamente potente desenvolvido pela indústria farmacêutica e de equipamentos e materiais biomédicos, se relaciona culturalmente ao hospital, como espaço de legitimação deste modelo. Bloqueiam-se assim relações e aproximações no hospital a práticas e compreensões de medicinas populares e das integrativas e complementares, tão mais participantes nas atuações em saúde de base comunitária e social, mas consideradas de modo inferiorizado no âmbito médico e na sociedade (Carapinheiro, 2005).

Portanto, precisamos refletir e propiciar processos gerenciais e assistenciais no hospital que se fundamentem efetivamente na integralidade da atenção à saúde, desconstruindo a lógica cotidiana de fragmentação e hierarquização, o que depende de considerar as ações de gestão e assistência hospitalar a partir de fluxos produtores de cuidado, em equipes atuando de modo interdisciplinar e cooperativo, centradas na pessoa (Osório, 2011).

A relação terapêutica no hospital ocorre majoritariamente como plena subordinação e submissão do paciente ao profissional médico, enquanto detentor de um poder técnico legitimado socialmente, considerado tanto científico e inatingível como mágico e carismático. Assim, a relação se estabelece, não entre pessoas com suas subjetividades, saberes, possibilidades e receios, mas entre um técnico especializado e um doente destituído de capacidade para participação e decisão, instalados em uma instituição autoritária (Carapinheiro, 2005).





Para a operacionalização da integralidade e do protagonismo, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) no âmbito hospitalar se faz de extrema importância, assim como a ampliação para a possibilidade de abranger nestes projetos as Práticas Integrativas e Complementares e a manifestação da pluralidade e diversidade religiosa.

## Projeto terapêutico singular e práticas transdimensionais no hospital

Desde os anos 2000, novas práticas e políticas de saúde foram adotadas com o intuito de atender à demanda crescente por melhorias e assistência de qualidade aos usuários do SUS, pautando-se na humanização em saúde. Dentre elas tivemos: Política Nacional de Humanização (PNH) – lançada em 2003 e que visa colocar em prática os princípios do SUS nos serviços de saúde de modo a gerar mudanças na gestão e no cuidado dispensado (Brasil, 2013); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – aprovada em 2006, busca integrar às técnicas da medicina ocidental bio-médica, na atenção básica e especializada, os conhecimentos e tratamentos elaborados pela medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia, termalismo social (Brasil, 2006a, 2006b), dentre outras que foram incorporadas em 2017 e 2018, como: arteterapia, ayurveda, meditação, musicoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, bioenergética, cromoterapia, terapia de florais (Brasil, 2017; 2018) A Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída em 2013, incluiu dentre suas diretrizes o “modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar” e a “atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização”, e dentre os dispositivos de cuidado, a elaboração de projeto terapêutico singular, citado como “plano terapêutico” nessa Política Nacional (Brasil, 2017).

A humanização em saúde se relaciona ao princípio doutrinário do SUS de *Integralidade*, pois uma vez que estamos considerando o conjunto de valores e comportamentos e, principalmente, a subjetividade e protagonismo da pessoa, no caso o paciente, passamos a ver e atender o indivíduo em sua plenitude, em todas as suas esferas que estão intimamente interligadas (Tesser & Luz, 2008).

Retomando que a PNH personifica vasto acervo de estratégias para atingir qualidade da atenção e gestão em saúde no SUS mediante intercâmbio de conhecimentos e visões do fenômeno adoecer é que emerge o debate acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Schmidt *et al.*, 2014), que se constitui em “movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos” (Brasil, 2010).

Este modo de olhar e fazer implica necessariamente em considerar contextos singulares, únicos e exclusivos. O modelo biomédico, na contramão desse fluxo, leva à ausência de consciência e autorresponsabilidade do indivíduo sobre sua própria saúde, cerceando-lhe a possibilidade de buscar o autoconhecimento que o encaminhará à autotransformação que o processo de adoecimento oferece (Motta & Marchiori, 2013).

Com isso, o PTS flexibiliza a transição e incorporação da medicina ocidental com práticas integrativas de saúde que articulam doente-assistente-família e reúne equipe multiprofissional para traçar propostas de ações bio-psico-sociais-espirituais e se desenvolve no diagnóstico bio-psico-social-espiritual, na definição de metas, na divisão de responsabilidades e na reavaliação do projeto (Lima, Moura, & Cavalcante, 2017).

No entanto, percebem-se entraves a serem transpostos pelos profissionais envolvidos no cuidado e na aplicação do PTS no ambiente hospitalar, uma vez que no hospital há uma forte especificação do conhecimento e segmentação do corpo, enfocando na doença como objeto central de exame e conduta (Luccia *et al.*, 2015).

Mesmo com a vigência das Políticas Nacionais de Atenção Hospitalar e de Humanização em Saúde, percebe-se ainda a necessidade de repensar o modelo de assistência hospitalar exercido atualmente e a possibilidade de implementação do PTS no âmbito hospitalar. Alguns relatos e experiências têm sido observados com benefícios para a unidade, para os profissionais e principalmente para os pacientes envolvidos e demais correlatos.

O PTS envolve o trabalho em equipe interdisciplinar, com a elaboração de diagnósticos multiaxiais e pluridimensionais, com estratégias coordenadas e integradas de cuidado, construídas com a participação ativa de pacientes e familiares (Schlithler, Ceron, & Gonçalves, 2010). A elaboração do PTS contempla os passos de definição de hipóteses diagnósticas por avaliação bio-psico-



social-cultural-espiritual, de definição de propostas de intervenção, objetivos e metas, de divisão de responsabilidades, de reavaliação e de pactuação (Brasil, 2009; Amaral & Campos, 2011).

Desse modo, o paciente se torna protagonista de seu próprio processo saúde-doença, o que precisa ser compreendido como de extrema relevância na transformação necessária nos paradigmas e práticas da gestão e assistência hospitalar.

Apesar das barreiras necessárias a serem transpostas para a conjugação do PTS no hospital, Brasil (2009), Campos & Amaral (2007), Oliveira (2008) e Scarazatti (2016) demonstram as possibilidades de implementação do PTS nessa modalidade de serviço de saúde.

Aliando, portanto, o PTS nas práticas de humanização em saúde através da PNH e nas práticas de saúde transdimensionais (com apoio da PNPIC) poder-se-á atingir maior proximidade com uma atenção hospitalar humanizada, integral e que exerça a gestão humanizada de forma plena, respondendo às necessidades do indivíduo e da coletividade em suas múltiplas dimensões relacionadas à saúde.

## Políticas públicas e plantas medicinais e fitoterápicos

A utilização empírica de plantas medicinais pela humanidade permeia todos os momentos históricos de sua existência. No entanto, apenas no ano de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) estabeleceram no Brasil a garantia de acesso e emprego das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, sendo que a população já recorria às propriedades benéficas de plantas acumuladas por tradições e saberes populares (Brasil, 2006a, 2006b, 2006c).

Além de valorizar o conhecimento popular, torna-se possível ampliar o conhecimento científico através das pesquisas com plantas medicinais e, assim, adicionar alternativas às possibilidades terapêuticas, com segurança verificada e com a certificação de que a propriedade curativa ou sintomática, antes difundida, sobretudo popularmente, tem comprovação científica (Brasil, 2006b; Figueredo, Gurgel, & Gurgel, 2014).

Levantamento bibliográfico publicado em 2014 analisou diversos estudos que tratavam de maneiras diferentes sobre o uso de fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde. No período analisado, registraram-se vários destes usos, incluindo “relatos de ações isoladas desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção primária, análises sobre aceitação de uso e/ou prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos por profissionais de saúde nos serviços de atenção primária e programas de fitoterapia implantados e desenvolvidos em municípios e estados brasileiros” (Antonio, Tesser, & Moretti-Pires, 2014).

Este levantamento bibliográfico permitiu avaliar principalmente a implantação de programas de fitoterapia, concluindo que esta implantação contribui para um melhor acesso a outras possibilidades de terapia para além das medicações sintéticas, fortalecem o desenvolvimento local e a implementação de políticas públicas, além de proporcionar a recuperação do saber e tradições populares (Antonio *et al.*, 2014).

Alguns entraves foram apontados como reveses do alicerçamento de políticas públicas voltadas aos fitoterápicos, como por exemplo “a falta de investimento no estudo de plantas medicinais brasileiras e ausência de recursos financeiros” (Antonio *et al.*, 2014).

Além disso, houve uma opugnação dos medicamentos fitoterápicos por parte da indústria farmacêutica e do conhecimento biomédico (Brasil, 2006b), levando a um verdadeiro preconceito por parte de médicos assistentes e gestores com base em uma crença na ineficácia e insegurança de medicamentos fitoterápicos em relação aos medicamentos sintetizados quimicamente, apesar de o Brasil ser detentor da maior diversidade vegetal do mundo (PNPIC) e uma rica cultura e sabedoria popular, fruto de conhecimentos indígenas nativos e raízes culturais africanas e europeias (Antonio *et al.*, 2014).

Entretanto, mais recentemente, a indústria farmacêutica, visualizando questões mercadológicas, vem incrementando sua participação na produção de fitoterápicos, tornando-os mais presentes na prática assistencial médica, visto que muitos estudos vêm demonstrando efetividade em sua utilização, inclusive em sintomatologias e agravos para as quais haveria menor possibilidade de terapêuticas alopatricas ou que estas gerariam mais efeitos colaterais.





É imprescindível que o conhecimento sobre a PNPIC e a PNPMF sejam difundidos no meio biomédico-academicista para fomentar a discussão de modo positivo e direcionar para a possibilidade do uso dessas alternativas terapêuticas.

## Plantas medicinais e fitoterápicos no contexto hospitalar

Relacionando com a constituição histórico-social dos hospitais e os primórdios da assistência hospitalar, ressalta-se a prática de monges beneditinos – os que arquitetaram e “arquitetaram” a assistência à saúde em construções que aqueciam, alimentavam, ofereciam repouso, eram casa de sangrias e também promoviam o cultivo de plantas e ervas com características medicinais nos jardins herbários (Rezende *et al.*, 2013).

Entretanto, mesmo diante dos aspectos históricos, culturais, sociais e políticos propiciadores do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, tem-se ainda seu uso muito restrito nos serviços de saúde pelo SUS, e quando implementados de modo mais efetivo, geralmente se resumem à atenção primária.

Por que, então, o uso de fitoterápicos ainda é tão pouco adotado em meios intra-hospitalares? E quando aplicada no intra-hospitalar, por que geralmente isso ocorre no atendimento ambulatorial, não se difundindo nas internações?

As barreiras aos fitoterápicos e às plantas medicinais ocorrem por estarem culturalmente mais próximos de um conhecimento tradicional popular, e por não fazerem parte do modelo médico dominante, nem do mercado farmacêutico mais rentável. Observa-se também que ainda se apresentam dificuldades no âmbito médico em aceitar estudos de outras modalidades metodológicas para incrementarem suas terapias e condutas médicas.

Afinal, o método de pesquisa em práticas integrativas de saúde é questionado justamente pela ausência de validação por estudos clínicos randomizados. Ora, os estudos randomizados se baseiam justamente na planificação do tratamento dispendido aos doentes. Isso se contrapõe a uma abordagem singular, subjetiva e que considera outros fatores para além do biológico e para

os quais a ciência e modelo cartesiano não conseguem avaliar, quantificar e assim, validar. E quando se busca validar tais práticas por meio de estudos randomizados, se subvertem fundamentos essenciais e os resultados se tornam vacilantes. Para que se possa pesquisar é necessário que outros modos de saber sejam validados, tais como a pesquisa qualitativa, ao priorizar a experiência subjetiva do indivíduo (Motta & Marchiori, 2013).

No entanto, pode-se citar como experiência contrapondo essas barreiras a do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com a implementação do Horto Didático de Plantas Medicinais (Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, n.d.), e do Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia – Goiás, que cultivava em seu horto plantas medicinais para preparação de medicamentos, com utilização no âmbito de atendimento ambulatorial (Antonio *et al.*, 2014), denominado desde 2015 de Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC).

Torna-se um desafio necessário e importante a implementação da utilização das plantas medicinais e fitoterápicos no hospital como um todo, não apenas ambulatorialmente, seja hospital geral, seja especializado. Afinal, a ideologia hegemônica no hospital se estabelece pautada na medicalização sistemática como norma médica, na intervenção no corpo para eliminação da doença por meio de medicamentos/produtos legitimados e propagados pela ciência e pela indústria farmacêutica, reafirmando seu poderio, e não na manifestação do poder da natureza de restaurar a saúde e aliviar o sofrimento, o que inclusive se aproximaria mais da concepção hipocrática (Luz, 2004).

O desafio se amplifica quando o uso de plantas medicinais no hospital se relacionaria a conjugar a experiência cultural e/ou religiosa do paciente, visto que determinadas práticas religiosas utilizam plantas medicinais, às vezes por modos não convencionais para o contexto da saúde ou que apresentam significados simbólicos distintos (Prandi, 2011; Rinpoche, 2011).

E isso poderia ser concretizado com a implementação da realização de Projeto Terapêutico Singular no âmbito hospitalar como um todo, conjugando saberes científicos e populares, dimensões culturais, sociais, biológicas, religiosas e espirituais.



## Considerações finais

O contexto histórico-social relacionado ao hospital nos possibilita compreender a importância de interlocução nessa modalidade de instituição entre a laicidade da gestão e assistência e a possibilidade de expressões singularizadas da religiosidade na construção dos processos terapêuticos e preventivos, oferecendo espaços verdadeiramente plurais para pacientes e familiares.

O projeto terapêutico singular se evidencia como dispositivo de articulação gerencial e assistencial, no desenvolvimento de estratégias terapêuticas de modo interdisciplinar, em equipe cooperativa, centradas na pessoa em cuidado, propiciando seu protagonismo. Este dispositivo se relaciona à desconstrução de práticas hospitalares pautadas na hierarquização e fragmentação da instituição e do paciente.

A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito hospitalar, além de valorizar e resgatar o saber popular e de propiciar mudanças no contexto do modelo biomédico dominante, poderia estar integrada na construção do PTS, em conjunção com a abordagem da religiosidade de modo plural.

Práticas de implementação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito hospitalar, incluídas durante o processo de internação, trariam grandes benefícios à população na atenção hospitalar. Oferecer o ensino de Fitoterapia em matriz curricular daria maior segurança aos médicos assistentes por ampliar o conhecimento sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos, levando à qualidade na prescrição destes e a conhecimentos mais aprofundados sobre efeitos adversos, modo de uso e interações medicamentosas ou medicação-alimento.

A valorização da pluralidade religiosa e do saber popular, somada ao efeito terapêutico dos fitoterápicos e plantas medicinais, com a construção dos projetos terapêuticos singulares, poderia propiciar no hospital melhoria da relação médico-paciente e da adesão ao tratamento, assim como a minimização do impacto de uma condição patológica e da necessidade de internações e intervenções hospitalares.

Os fluxos de direcionamento do olhar desenvolvidos nesta pesquisa – a religiosidade, o projeto terapêutico singular e as plantas medicinais –, permeados pelos fluxos de interatividades da atenção hospitalar huma-

nizada e das práticas de saúde transdimensionais, se relacionaram à valorização e promoção da subjetividade e da singularidade no hospital, modalidade de serviço de saúde em que se observam na atualidade predominância de direcionamentos para anulação destes sentidos, com homogeneização e reificação do paciente.

As reflexões desenvolvidas durante o percurso de pesquisa, que estará a se construir continuamente, se constituem em tramas enredadas de modo panorâmico pelos fluxos entre global e singular, sendo que aprofundamentos pelos focos de direcionamento do olhar se constituirão em elementos vindouros. Estas tramas, portanto, se revelam como direcionamentos metonímicos relacionados às possibilidades de constituição de hospitais com qualidade de atenção à saúde e resolutividade, fundamentados em gestão e assistência humanizada, com interlocução de práticas de saúde para além do conhecimento profissional em saúde padronizado, legitimado e hegemônico, e com constituição de processos que propiciem o protagonismo do paciente.

## Referências

- Amaral, M. A., & Campos, G. W. S. (2011). Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In G. Vecina Neto, A. M. Malik. *Gestão em Saúde* (pp. 73-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Antonio, G. D., Tesser, C. D., & Moretti-Pires, R. O. (2014). Fitoterapia na atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 541-553. Recuperado em 25 fevereiro, 2019, de <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/415/240>
- Balestieri, F. M. P. (2009). Quando a cura vem do coração e da mente: a fé e o efeito placebo. *Revista de Ciências das Religiões*, 6(2), 67-80. Recuperado em 10 janeiro, 2019, de <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/religare/article/view/8235/4663>
- Boyd-Franklin, N. (2010). Incorporating Spirituality and Religion Into the Treatment of African American Clients. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 976-1000. Recuperado em 05 janeiro, 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0011000010374881>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1965). *História e Evolução dos Hospitais* (2a ed.). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Recuperado em 08 janeiro, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf)



- Brasil. Presidência da República (2000). Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Recuperado em 15 fevereiro, 2019, de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9982-14-julho-2000-360444-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). Portaria nº. 971, de 3 de Maio de 2006. Recuperado em 15 março, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). *A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 março, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf)
- Brasil. Presidência da República. (2006c). Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Recuperado em 20 janeiro, 2019, de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2009). *Clinica ampliada e compartilhada*. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 janeiro, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (2010). Cadernos Humaniza SUS - Atenção Básica. *Cadernos HumanizaSUS*, 2. pp. 256. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 08 janeiro, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 08 março, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Recuperado em 05 dezembro, 2018, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Recuperado em 10 janeiro, 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)
- Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. Recuperado em 10 janeiro, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007)
- Carapineiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares* (4a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, C. V. de. (2005). A Situação das Santas Casas de Misericórdia. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Recuperado em 12 fevereiro, 2019, de [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema19/2005\\_6602.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema19/2005_6602.pdf)
- Figueiredo, G. (2000). As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 133. Recuperado em 10 março, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300007)
- Figueredo, C. A. de, Gurgel, I. G. D., & Gurgel, G. D., Jr. (2014). A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 381-400. Recuperado em 12 janeiro, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200381&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200381&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições graal.
- Freire, M. E. M., Vasconcelos, M. F. de, Silva, T. N. da, & Oliveira, K. de L. (2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 356-362. Recuperado em 12 janeiro, 2019, de [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4906/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4906/pdf_1)
- Giumbelli, E. (2016). Public policy and religious diversity: interreligious spaces in two hospitals in a Brazilian Capital City. *Latin American Perspectives*, 43(3), 186-199. Recuperado em 22 janeiro, 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0094582X16629457>
- Goldrosen, M. H., & Straus, S. E. (2004). Complementary and alternative medicine: assessing the evidence for immunological benefits. *Nature Reviews. Immunology*, 4(11), 912-21. Recuperado em 22 janeiro, 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15516970>
- Gonçalves, E. L. (Org.) (2006). *Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno*. São Paulo: Saraiva.
- Lima, C. V. C., Moura, M. dos S. R., & Cavalcante, M. V. da S. (2017). Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 2(2), 472-482. Recuperado em 05 dezembro, 2018, de <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3018/2716>

- Luccia, D. De, Freitas, C. C. S. de, Ribeiro, D. L. Di, Saccani, L. P., Braga, M. B., Valle, S. H. A., Boldarine, S., Montanher, V. de F., & Moretto, M. L. T. (2015). O protagonismo no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação do sujeito no nível terciário em saúde. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 7(1), 49-64. Recuperado em 10 janeiro, 2019, de <http://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/30464/21075>
- Luz, M. T. (2004). *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2010). *Técnicas de pesquisa* (7a ed., 3a reimpr.). São Paulo: Atlas.
- Marinho, J. L. (2016). *Saúde, Educação e Arte: narrativas e experiências*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Martire Junior, L. (2011). Breve história da medicina brasileira. In C. Allamel-Raffin, A. Leplège, & L. Martire Junior. (Orgs.). *História da Medicina*. Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- Melo, C. de F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. de A., & Pinto, N. dos S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão da literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447-464. Recuperado em 22 março, 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002)
- Minayo, M. C. de S. (1994). Representações da Cura no Catolicismo Popular. In P. C. Alves, & M. C. S. Minayo (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 57-81). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Morin, E. (2003). Da necessidade de um pensamento complexo. In F. M. Martins, & J. M. Silva (Orgs.). *Para Navegar no Século XXI: tecnologias do imaginário e cibercultura* (pp. 13-36). Porto Alegre: Sulina/Edipucrs.
- Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo* (4a ed). Porto Alegre: Sulina.
- Motta, P. M. R. da, & Marchiori, R. de A. (2013). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 834-835. Recuperado em 20 abril, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400022)
- Oliveira, F. B. de (2008). *Gestão da clínica e clínica ampliada: sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Osmo, A. A. (2011). Processo gerencial. In G. Vecina Neto, & A. M. Malik. *Gestão em Saúde* (pp. 127-137). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pinto, A. N., & Falcão, E. B. M. (2014). Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 38-46. Recuperado em 10 janeiro, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Prandi, R. (2011). Axé, corpo e almas: concepção de saúde e doença segundo o candomblé. In P. Bloise (Org.). *Saúde Integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade* (pp. 277-293). São Paulo: Editora Senac.
- Rabelo, M. C. M. (1994). Religião, ritual e cura. In P. C. Alves, & M. C. S. Minayo (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 47-56). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Rezende, J. M., Moraes, V. A., & Perini, G. E. (2013). *Seara de Asclépio*. Goiânia: Editora UFG.
- Rinpoche, L. M. (2011). Saúde e Espiritualidade no budismo tibetano. In P. Bloise (Org.). *Saúde Integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade* (pp. 295-315). São Paulo: Editora Senac.
- Salles, P. (2004). *História da medicina no Brasil*. Belo Horizonte: COOPMED.
- Scarazatti, G. L. (2016). *Implementação da clínica ampliada no hospital Ouro Verde em Campinas - SP*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Schlithler, A. C. B., Ceron, M., & Gonçalves, D. A. (2010). *Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial*. Módulo Psicossocial. Especialização em Saúde da Família. São Paulo: Unifesp.
- Schmidt, D. P., Neckel, V. C., Lima, C. P. de D., Simas, T. M., Oliveira, N. de, & Groth, E. P. (2014). A Implantação do Projeto Terapêutico Singular (Pts) no Cenário Oncológico. Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde. *Blucher Medical Proceedings*, 1(2), 161. Recuperado em 10 fevereiro, 2019, de <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/cihhs/10486.pdf>
- Silva, A. L. A. (2005). O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde* (pp. 75-98). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.



Souza, V. de M., Frizzo, H. C. F., Paiva, M. H. P. de, Bousso, R. S., & Santos, A. da S. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 791-796. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0791.pdf>

Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2008). Medical rationalities and integrality. *Ciencia & Saude Coletiva*, 13(1), 195-206. Recuperado em 20 dezembro, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100024&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100024&script=sci_abstract)

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. (n.d.). Horto Didático de Plantas Medicinais do HU. Recuperado em 11 outubro, 2018, de <https://hortomedicinaldohu.ufsc.br/index.php>