

## HORTICULTURA COMO TECNOLOGIA DE SAÚDE MENTAL

### HORTICULTURE AS A MENTAL HEALTH TECHNOLOGY

**Thaís Sampaio de Souza<sup>1</sup>, Marlene Barreto Santos Miranda<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Autora para correspondência. Especialista em Saúde Mental e Atenção Básica. Graduada em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-2847-8746>. [thai.sampaio@hotmail.com](mailto:thai.sampaio@hotmail.com)

<sup>2</sup>Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Docente na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. [marlenemiranda@bahiana.edu.br](mailto:marlenemiranda@bahiana.edu.br)

**RESUMO** | As mudanças no tratamento dos portadores de transtornos mentais, decorrentes das lutas pela Reforma Psiquiátrica, trouxeram novas formas de assistência e cuidado. Estas estão cada vez mais centradas no sujeito, na busca pela sua autonomia e cidadania. Este artigo objetiva realçar os benefícios e potencialidades da Horticultura como prática complementar na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais, através de um estado da arte que reúne 15 artigos de projetos executados nesta área, datados de 2006-2015. Após mapear as práticas de Horticultura Terapia no Brasil, este breve estudo permitiu inferir que estas promovem benefícios biopsicossociais que podem ser utilizados por diversos tipos de serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Medicina Alternativa. Reabilitação Psicossocial. Terapia Ocupacional.

**ABSTRACT** | The result of the Psychiatric Reform brought new ways of treatment and care to patients with mental disorders. Those are more focused on the patient and citizenship in general. The objective of this article is to highlight the benefits of the horticulture as an additional practice with the goal of psychosocial rehabilitation of people with mental disorders. This state of the art gathers 15 other articles about projects executed in this area, dated from 2006 to 2015. After mapping the practices of Horticulture therapy in Brazil, this brief study allowed us to infer that those practices provide biosocial psychological benefits that could be utilized by many different types of health services.

**Key-words:** Mental Health. Alternative Medicine. Psychosocial Rehabilitation. Occupational Therapy.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve seu início no final da década de 1980, trouxe mudanças no cenário da saúde mental. Influenciada pelos movimentos ingleses e franceses, a reforma buscava humanização dos tratamentos e melhores técnicas e, seguindo a tendência italiana, propunha a erradicação dos manicômios. O modelo clínico hospitalocêntrico deu espaço a uma clínica plural, elencada na negociação entre sujeito, equipe e serviço de saúde (Rosa, 2012).

Este marco na luta em defesa da saúde mental garantiu às pessoas com transtornos mentais – leves, moderados, severos e, também, decorrentes do uso de álcool e outras drogas – o exercício à cidadania, bem como os seguintes direitos: igualdade da assistência à saúde e preservação da autonomia do sujeito (Correia, 2010). A Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, instituiu os direitos dos usuários de saúde mental e garantiu a assistência em serviços substitutivos de saúde. Assegurou-lhes o direito ao tratamento prioritariamente comunitário e à internação em última opção, em casos extremamente necessários.

O novo cenário da saúde mental no Brasil possibilitou a mudança de assistência e forma de tratamento, afirmando aos usuários de saúde mental a promoção do melhor tratamento, coerente às necessidades de cada um; a humanização do tratamento, bem como o interesse em inserir estes no contexto familiar, laboral e social; o acesso à informação sobre o tratamento e a doença; e o tratamento em ambiente terapêutico, prioritariamente em serviços comunitários (Brasil, 2001).

Nessa perspectiva nova de assistência à saúde, apresenta-se um modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os Caps devem ser capazes de impulsionar o cuidado centrado na reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, produzindo autonomia, convidando o usuário a ser protagonista do seu tratamento. Para isso, devem envolver ações em espaços comunitários, por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, reinserção, vínculo e responsabilização (Brasil, 2005).

Os Caps foram idealizados para propor aos usuários de saúde mental um novo espaço de saúde, aberto, terapêutico e acolhedor, provendo cidadania e autonomia e que se tornasse referência de vida para os pacientes, deixando para trás o modelo manicomial, marcado por clausuras e violação de direitos. Entretanto, pensar que apenas um serviço de saúde seria capaz de abarcar todas as necessidades de pessoas estigmatizadas e socialmente excluídas seria ir além do possível. Para tanto, o governo articulou seu sistema de saúde em forma de rede, entendendo que cada serviço tem autonomia para fazer saúde nas diferentes esferas do governo, mas onde todos são corresponsáveis pela saúde, ficando garantida a universalidade e equidade na rede de atenção à saúde. “É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.” (Brasil, 2005, p.26).

O processo de reabilitação psicossocial acontece através de negociações dentro dos três grandes cenários da vida: casa, rede social e trabalho (Saraceno, 2001). A reabilitação é um processo para o pleno exercício da cidadania, “que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos (...) o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida em comunidade.” (Pitta, 2001, pág.9). A reinserção social assume o caráter de reconstrução das perdas, almejando a capacitação do usuário para desempenhar plenamente o seu direito à cidadania. Para o usuário em tratamento, a recuperação do exercício da cidadania representa a criação ou estreitamento de uma rede social anteriormente abalada (Senad, 2008).

O cuidar em saúde envolve uma complexa rede de saberes, procedimentos, ações, rotinas e fluxos em um processo dialético. De acordo com Merhy (1998), existem três tipos de tecnologias que podem compor o cuidado em saúde: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são as diversas ferramentas e instrumentos que temos disponíveis; as leve-duras dizem respeito ao suposto saber de cada profissão, onde é dura, pois é um saber-fazer que segue um protocolo, e leve por ser um conhecimento adquirido e manejado. Já as tecnologias leves são aquelas

que envolvem duas pessoas, perpassando pela fala e escuta, gerando interpretações e produzindo corresponsabilização, vínculo e aceitação entre os sujeitos.

Esta perspectiva de cuidado, do trabalho em saúde, é relacional e ocorre no momento em que se está produzindo – denominando-se trabalho vivo em ato, campo das tecnologias leves. Quando priorizamos o trabalho em saúde alicerçado nas tecnologias leves promovemos um espaço em que o usuário é também produtor de saúde, protagonista dos cuidados em saúde e geradores de sua própria autonomia. Neste âmbito, há implicação mútua no processo de trabalho em saúde, valorizamos a autoestima, o desenvolvimento do autocuidado, bem como, o respeito à subjetividade. (Merhy & Franco, 2003)

Os serviços de saúde mental pós Reforma ainda trazem resquícios de um fazer em saúde no modelo tradicional-hospitalocêntrico, onde o paciente ainda não é protagonista do seu tratamento. Por essa razão, é necessário estar sempre atento para a promoção de alguma melhora para o sujeito, de forma que criemos um novo cenário em que não se reproduza as antigas práticas. Nessa demanda de estar sempre se reinventando, os serviços substitutivos de saúde, com abertura e pluralidade, têm elegido o resgate de práticas antigas de saúde que aproximam o cuidado. É notório que apesar do desenvolvimento tecnológico e da alta complexidade que garante um tratamento de ponta, muitos usuários dos serviços de saúde têm buscado um tratamento mais humanista, centrado no cuidado mais próximo – menos tecnológico – em que os desejos do paciente sejam respeitados (Junior, 2016).

A busca por modos diferentes de fazer saúde, atrelada a um caráter desmedicalizante, tem ressaltado o poder das práticas e saberes populares. Estas propiciam uma melhor relação entre o cuidador e o usuário, além de requererem participação ativa do usuário, estabelecimento de vínculos e redes de cooperação. Diferente da medicina convencional, onde o centro é a doença, na medicina alternativa partilha-se a “perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista.”

(Schveitzer, Esper & Silva, 2012, p.443). Desde a década de 1970, após a Conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde começou a incentivar o uso da medicina alternativa. No Brasil, apesar dos movimentos em prol da medicina alternativa já acontecerem desde o Movimento da Contra Cultura – final da década de 1960 - e já existirem práticas isoladas sendo utilizadas em diversos municípios do país, foi somente em 2003 que a sociedade civil se articulou para fomentar as discussões sobre as práticas populares e levar este interesse para o governo e, finalmente, em 2006 a luta se consolidou com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (Sus).

Desde então, há um direcionamento para incorporar na Atenção Primária as práticas da medicina alternativa: plantas medicinais – fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa – acupuntura, medicina antroposófica, termalismo-crenoterapia e, recentemente, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Tais práticas buscam a promoção da saúde através de tecnologias leves e seguras, pautadas na escuta acolhedora, no vínculo e na integração (Brasil, 2006; Portaria nº 849, 2017).

No cuidado à saúde mental, o panorama das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) tem traçado caminhos firmes na busca da redução do sofrimento psíquico, com vasto arsenal de recursos que vão desde os diferentes tipos de psicoterapia, farmacoterapia, arteterapia e fitoterapia aos recursos da cultura/saberes populares. Apesar de ainda pouco utilizadas nos serviços de saúde do Sus – 28% das unidades de saúde oferecem tais práticas –, as PICs têm grande potencial transformador no cuidado em saúde, facilitando o trabalho sobre as relações familiares e sociais, a exploração dos vínculos terapêuticos e o uso de recursos comunitários, além de estreitar os laços com a comunidade e de resgatar a importância da sabedoria popular (Schveitzer et al., 2012). Em 2016, ocorreram mais de 2 milhões de atendimentos das PICs, entretanto, 923 mil destes foram de outras práticas integrativas que ainda não eram oferecidas pelo SUS (Frasão, 2017).

A horticultura – apesar de não fazer, oficialmente, parte do elenco de práticas que compõem a PNPIC – segue os mesmos princípios que sustentam as práticas integrativas e complementares. É guiada por um profissional de saúde e consiste em atividades ligadas ao cultivo de plantas, de horta, estufa, pomar e jardim, que visam proporcionar benefícios para a saúde e bem-estar humano a partir do contato com a natureza, da interação social, da ocupação útil do tempo e da valorização pessoal, além da consciência ambiental e social. Por ser uma prática alternativa à medicina proposta durante os últimos séculos, a horticultura veio paulatinamente ocupando espaços nos campos da saúde, escoando nas brechas da medicina tradicional.

Datada desde o Egito Antigo, quando foram observados os primeiros benefícios terapêuticos, a horticultura ficou adormecida durante alguns séculos e, somente na década de 1790, com trabalhos do Doutor Benjamim Rush, ela veio a ser apreciada pela comunidade científica. Doutor Rush, professor do Instituto de Medicina e Práticas Clínicas da Pensilvânia, foi o primeiro a registrar o efeito positivo da horticultura para indivíduos com transtorno mental (Tereshkovich, 1975 como citado em Davis, 1998). Em 1798, ele anunciou que havia encontrado campo de trabalho curativo nas atividades de horticultura com pacientes com transtornos mentais e, dessa forma, difundiu para o mundo essa nova técnica. Em 1806, em um Hospital da Espanha, trabalhadores da saúde incentivaram a horticultura e a jardinagem nos programas para pacientes com transtornos mentais. Em 1879, o primeiro Hospital Psiquiátrico particular da Filadélfia, inaugurado em 1813, conhecido como “Friends Hospital”, concretizou o início dos trabalhos com horticultura enquanto terapia, com a instalação de uma casa verde para tratamento dos pacientes (Davis, 1998; Shapiro & Kaplan, 1998).

Entretanto, somente nos anos de 1900 é que a horticultura enquanto terapia se consolidou de fato. No ano de 1919, Dr. Charles Frederick Menninger inaugurou, no Kansas, uma fundação com seu nome – Menninger Foundation –, que abriu as portas para os estudos com plantas, jardins e natureza como parte integrante do dia a dia dos pacientes (Shapiro & Kaplan, 1998). Entre os anos 1920 e 1930, atividades de horticultura começaram a

aparecer em livros e palestras. Na década de 1940, na Suécia, a ideia de que a jardinagem e/ou horticultura transpareciam o ritmo do tempo, perpassando claramente as estações do ano e possibilitando a conclusão de ciclos foi marcante, fazendo com que muitos hospitais psiquiátricos adotassem a prática. Em 1942, no Milwaukee Downer College, em Wisconsin - EUA, o programa de Terapia Ocupacional incorporou a horticultura como terapia em seu curso. No início da década de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, a horticultura como terapia se validou após numerosas demonstrações de avanço da saúde dos regressos da guerra, abalados física e psiquicamente (Davis, 1998; Söderback, Söderström & Schäländer., 2004). Concomitante a isso, Rhea McCandliss, primeira terapeuta horticola do Menninger Foundation, começou a pesquisar a importância da interação com plantas/flores para a saúde mental. Em 1951, a psiquiatra e terapeuta ocupacional, Dra. Alice Burlingame, iniciou trabalhos com horticultura terapia no Hospital Michigan Pontiac State. Anos mais tarde, como resultado das pesquisas realizadas, Dra. Rhea McCandliss, em nome da Menninger Foundation, em parceria com a Universidade do Kansas, iniciou um programa de treinamento de estudantes para horticultura terapia (Shapiro & Kaplan, 1998).

Com o crescente número de programas de reabilitação utilizando a horticultura enquanto terapia e os resultados significativos que esta apresentou ao longo dos anos, em 1957, a Horticultura Terapia foi reconhecida no campo da saúde, para pessoas com necessidades especiais e transtornos mentais (Söderback et al., 2004).

“A Horticultura Terapia é um processo de terapia que usa as plantas tendo como instrumento atividades hortícolas e o mundo natural a fim de promover melhorias através dos sentidos do tato, mente e espírito”. (Rigotti, 2011, p.7). Segundo Söderback, Söderström & Schäländer (2004), é esperado que a Horticultura Terapia alivie o estresse, proporcione bem estar e promova participação na vida social. O benefício do trabalho com horta e jardim não só ajuda os pacientes psíquica e fisicamente, mas também nutritivamente, pois os produtos frescos servem de alimento para os pacientes e proporcionam variedade e valor nutricional.

Atualmente, a horticultura terapia é praticada em diversos países como Estados Unidos, Suécia, Suíça, Espanha, Reino Unido e Portugal, em instituições como: escolas, casas de repouso, prisões, residências terapêuticas, hospitais psiquiátricos, centros de reabilitação física e centros para dependentes químicos. No Brasil, essa técnica começou a se difundir no início dos anos 2000 e vem ganhando espaço e repertório nos múltiplos espaços de saúde.

A partir dessa percepção e da escassez de literatura sobre estratégias de reabilitação psicossocial, surgiu o desejo de estudar o panorama desta técnica no cenário brasileiro, a fim de destacar as potencialidades desta prática e evidenciar seus benefícios nos serviços de saúde, através de inovações no diálogo entre a reabilitação psicossocial e as práticas integrativas e complementares. Este artigo se propõe a fazer um estudo do tipo estado da arte, que busca evidenciar novas estratégias e demonstrar a importância da utilização dos espaços de saúde, trazendo novas maneiras de cuidar e praticar saúde, através de práticas interdisciplinares e de linguagens próprias que resgatam e constroem o saber fazer em saúde.

## METODOLOGIA

O estado da arte ou estado do conhecimento é o campo da investigação que possibilita demonstrar todos os percursos já existentes sobre determinado tema, dentro de um determinado recorte, em um período de tempo.

De caráter descritivo e explicativo, a pesquisa denominada estado da arte está vinculada aos estudos de revisão bibliográfica. Metodologicamente é descritiva porque se propõe a identificar e caracterizar elementos, e explicativa porque estabelece uma conexão acerca do fenômeno com a área de pesquisa e suas implicações. A importância de uma pesquisa neste molde metodológico é observar periodicamente o estado vigente numa área de pesquisa. Ela pode realçar os métodos dominantes, os aspectos do objeto de estudo, demonstrar em que aspecto é congruente com as pesquisas anteriores e assim tecendo a compreensão do objeto de estudo, acrescentando

ao que já se conhece ou superando concepções passadas (Teixeira, 2006).

Nesta área metodológica, o pesquisador tem seu desejo geralmente movido pela ausência de estudos sobre determinado tema, que tem apresentado crescimento qualitativo e quantitativo. Nesse sentido, o pesquisador “interage com a produção acadêmica através da quantificação e de identificação de dados bibliográficos, com o objetivo de mapear essa produção num período delimitado, em anos, locais, áreas de produção.” (Ferreira, p.265, 2002).

O pesquisador se propõe a categorizar as produções acadêmicas respondendo às perguntas: Como? Quem? Onde? Quando? O quê? Dessa forma, ordena a produção de determinado conhecimento e com isso é possível perceber diversos aspectos como o crescimento ou diminuição das pesquisas em determinada área, a mudança de agentes e sujeitos, diversidade de locais de produção, ampliação para outras áreas, reprodução de resultados, etc. (Ferreira, 2002).

Ferreira (2002) diz ainda que a fonte documental utilizada por pesquisadores do estado da arte é encontrada em produções acadêmico-científicas oriundas de programas de pós-graduações, revistas, catálogos, anais de congressos e seminários de academias e órgãos de fomento à pesquisa.

Justificando a necessidade de realização de estudos dessa natureza, Ferreira cita Soares:

*essa compreensão do estado de conhecimento sobre um tema, em determinado momento, é necessária no processo de evolução da ciência, a fim de que se ordene periodicamente o conjunto de informações e resultados já obtidos, ordenação que permita indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, a identificação de duplicações ou contradições, e a determinação de lacunas e vieses. (Soares (1969) apud Ferreira (2002) p. 259).*

O corpus sobre o qual advém esse estudo limita-se a publicações de artigos brasileiros encontrados em sítios acadêmicos como revistas, periódicos, anais de congressos e seminários de Faculdades, Universidades e Institutos publicados até junho de 2017. Neste recorte, encontram-se publicações

datadas de 2006 a 2015, que foram encontradas através dos descritores: horta; horticultura; horta terapia; horta terapêutica. Inicialmente, foram lidos os resumos dos projetos e, posteriormente, foram lidos na íntegra. Foram excluídas deste estudo as produções que tratavam de horticultura de maneira genérica, sem enfatizar o contexto da saúde mental

e os resultados alcançados nesta perspectiva e, também, aqueles que não se tratavam de projetos de pesquisa ou ainda não haviam sido executados.

Os artigos selecionados para este estudo estão expostos no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1

Título	Autor/es	Local da publicação
A horticultura como instrumento de terapia e inclusão psicossocial	Feitosa, V. A. et al.	Revista
Atividade de horta terapêutica no auxílio ao tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave	Silveira, D. L. et al.	Evento
Grupo de horta e plantas medicinais: espaço de produção de saúde na atenção primária em Unidade Básica de Saúde pertencente à rede de Serviços da SMS/São Paulo, CRS Oeste.	Santos, E. A. D. et al.	Anais eletrônicos do Congresso
Horta agroecológica terapêutica	Binkowski, P. & Nicolaud, B. L	Revista
Horta medicinal comunitária do Caps Vida Ativa	Barros, R. C. R. & Brandão, M. M	Site do Governo do Estado de Goiás
Horta terapêutica na reabilitação psicossocial dos pacientes do Caps-Registro	Pagassini, J. A. V. et al.	Anais eletrônicos do Congresso
Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em UBS	Costa, C. G. A. et al.	Revista
Implantação de uma horta como terapia ocupacional	Silva, P. T. L. et al	Anais eletrônicos da Jornada
Oficina de plantas medicinais e horticultura no Caps II em Vitória da Conquista	Krepky, P. B. et al.	Anais eletrônicos do Encontro
Oficina terapêutica: um espaço de (re) inventar o cotidiano	Ely, G. Z. et al.	Jornada
Produção de hortas orgânicas como instrumento de terapia ocupacional para os usuários do Caps	Arnaud, D. K. L. et al.	Anais eletrônicos do Congresso
Projeto Horta – auxílio ao tratamento de dependentes químicos	Nardi, K. F., Megid J., Junior O. D. & Junior, G. N.	Anais eletrônicos da Jornada
Projeto Horta Comunitária: promovendo saúde e bem estar social	Vendrametto, A. C. G	Mostra de Projetos
Projeto jardinagem como terapia ocupacional na recuperação de pacientes do Cerdif/Ilha Solteira-SP	Castilho, R. M. M., Campos, C. O. P. & Rodrigues, M. A. C.	Livro de Anais do Congresso
Uso da hortoterapia no tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave	Camargo, R. et al.	Revista

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período considerado na presente pesquisa, foram encontradas 15 publicações sobre os temas relacionados à horticultura e saúde mental, com projetos desenvolvidos em serviços de saúde de tipos diferentes, com portadores de transtornos mentais, idosos e usuários de substâncias psicoativas. Neste estudo, as atividades de horticultura identificadas como desenvolvidas pelos pacientes foram: preparo do solo, cultivo, plantio, irrigação, manutenção, controle de plantas invasoras e colheita, sendo supervisionada e orientada por equipe técnica, composta por pelo menos 1 trabalhador da saúde e 1 profissional da área agrícola.

Constata-se que, do total de artigos estudados, todos aconteceram em serviços mantidos pelo governo. Destes, 11 aconteceram em serviços de saúde mental: 7 aconteceram em Caps e 4 em outros tipos de serviço: Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas; Hospital Psiquiátrico São Pedro; Unidade Psiquiátrica do Hospital Universitário e um Núcleo de Saúde Mental dentro de um Centro de Reabilitação dos Distúrbios de Fala. Outros 2 foram realizados em Unidades Básicas de Saúde, 1 em um Centro de Referência de Assistência Social e 1 em Casa de Longa Permanência para idosos, vide Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos por serviço de saúde mental.

SERVIÇO DE SAÚDE	NÚMERO DE ARTIGOS	% (N=15)
CAPS   Centro de Atenção Psicossocial	7	46,7
CASA DE LONGA PERMANÊNCIA Ieda Lucena	1	6,7
CERDIF   Centro de Reabilitação dos Distúrbios da Fala	1	6,7
CRAS   Centro de Referência de Assistência Social	1	6,7
Hospital Psiquiátrico São Pedro	1	6,7
UBS   Unidade Básica de Saúde	2	13,3
Unidade Psiquiátrica   Hospital Universitário de Santa Maria	1	6,7
SARAD   Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas	1	6,7

Conforme se observa na Tabela 1, há uma predominância equivalente a 46,7% de projetos desenvolvidos nos Caps. Esta relevância numérica pode estar ligada às mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica que tornaram o Caps um serviço aberto, multi e transdisciplinar, de novas possibilidades e maior autonomia na definição de suas ações em saúde, possibilitando experiências pioneiras.

Nessa perspectiva de multi e transdisciplinaridade, é possível notar que nos artigos encontrados os profissionais têm trabalhado de forma multidisciplinar, fazendo com que diversas áreas do conhecimento dialoguem a fim de buscar novas estratégias para o campo da saúde mental. Na Tabela 2, podemos perceber que há 14 profissões diferentes trabalhando juntas e que a Psicologia se destaca, estando presente em 46,7% dos trabalhos.

**Tabela 2:** Distribuição das profissões dos autores dos artigos.

PROFISSÃO	NÚMERO DE VEZES ENCONTRADAS	% (N=15)
Agroecologia	1	6,7
Agronegócio	1	6,7
Agronomia	6	40
Assistente Social	4	26,7
Ciências Ambientais	1	6,7
Enfermagem	4	26,7
Engenharia Agrônoma	1	6,7
Farmácia	2	13,3
Gestão Ambiental	1	6,7
Medicina	1	6,7
Psicologia	7	46,7
Saúde Pública	1	6,7
Técnico de Enfermagem	1	6,7
Terapeuta Ocupacional	1	6,7

É possível notar que, do total de artigos pesquisados, 10 foram realizados em parceria com instituições e universidades, onde os autores possuem algum vínculo, correspondendo a uma representação de 66,7% enquanto que 33,3% são publicações independentes, como demonstra a Tabela 3.

**Tabela 3:** Distribuição dos artigos por tipo de instituição vinculada à publicação.

TIPOS DE INSTITUIÇÃO	Nº DE ARTIGOS	% (N=15)
Universitárias	10	66,7
Não universitárias	5	33,3

Na Tabela 4 estão demonstradas as instituições e universidades que desenvolveram projetos de pesquisa e extensão junto com os serviços de saúde voltados para a área da horticultura terapia.

**Tabela 4:** Distribuição dos artigos por instituição vinculada à publicação.

INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE ARTIGOS	% (N=10)
FATEC   Faculdade de Tecnologia de São Paulo	1	10
IFPB   Instituto Federal da Paraíba	1	10
UFBA   Universidade Federal da Bahia	1	10
UFRGS   Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1	10
UFSM   Universidade Federal de Santa Maria	1	10
UFU   Universidade Federal de Uberlândia	2	20
UNESP   Universidade Estadual Paulista	2	20
USP   Universidade de São Paulo	1	10



Os artigos são oriundos de 9 estados, conforme demonstrado na Tabela 5, dentro de 4 regiões do Brasil – Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul – e já alcançaram 14 localidades diferentes, cada uma com suas peculiaridades e seu contexto histórico. São elas: Vitória da Conquista (BA), Lavras de Mangabeira (CE), Anápolis (GO), Uberlândia (MG), Picuí (PB), Recife (PE), Arapuã (PR), Porto Alegre (RS), Santa Maria (RS), São Paulo (SP), Botucatu (SP), Registro (SP), Embu das Artes (SP) e Ilha Solteira (SP). São Paulo é o Estado que mais fez produções relacionadas à Horticultura – 5, seguido de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com 2 projetos cada.

**Tabela 5:** Distribuição dos artigos por Estado.

ESTADO	NÚMERO DE ARTIGOS	% (N=15)
BA	1	6,7
CE	1	6,7
GO	1	6,7
MG	2	13,3
PB	1	6,7
PE	1	6,7
PR	1	6,7
RS	2	13,3
SP	5	33,3

Estes 15 projetos executados envolveram pelo menos 436 pacientes de serviços de saúde mental, com duração média de 2 anos, sendo que 5 destes ainda estão vigentes. Observou-se que muitos projetos não divulgaram o número de pacientes envolvidos, alguns se encerraram por ter prazo determinado junto à instituição de ensino e pesquisa à qual estava vinculado e notou-se também que muitos citaram a falta de manutenção por parte da gestão dos serviços de saúde.

Nos resultados alcançados pelos projetos, foram encontrados 15 descritores que caracterizam o

processo vivenciado entre a equipe, os pacientes e o serviço. Destes, 5 são sentimentos relatados pelos próprios usuários: sentimento de prazer, de ser útil, disposição, alegria e bem estar. Os 10 restantes são percepções dos usuários e da equipe de saúde que acompanhou o processo: autoestima, melhora na alimentação, melhora significativa do quadro psíquico, exercício da cidadania, expressão de liberdade, resgate do conhecimento popular, cooperação, autonomia, melhora no relacionamento social/interpessoal e desenvolvimento de habilidades pessoais, conforme Tabela 6:

**Tabela 6:** Distribuição dos descritores encontrados nos resultados alcançados.

DESCRITORES	Nº DE VEZES ENCONTRADO	% (N=15)
ALEGRIA	2	13,3
ALIMENTAÇÃO	7	46,7
AUTO ESTIMA	6	40
AUTONOMIA	2	13,3
BEM ESTAR	2	13,3
COOPERAÇÃO	2	13,3
DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS	3	20
DISPOSIÇÃO	1	6,7

**Tabela 6:** Distribuição dos descritores encontrados nos resultados alcançados. (continuação)

DESCRITORES	Nº DE VEZES ENCONTRADO	% (N=15)
EXERCÍCIO DA CIDADANIA	3	20
EXPRESSÃO DE LIBERDADE	1	6,7
MELHORA RELACIONAMENTO SOCIAL	4	26,7
MELHORA SIGNIFICATIVA DO QUADRO PSÍQUICO	7	46,7
RESGATE DO CONHECIMENTO POPULAR	4	26,7
SENTIMENTO DE PRAZER	2	13,3
SENTIMENTO DE SER ÚTIL	4	26,7

Os resultados trazidos pelos projetos executados são congruentes com os encontrados na literatura sobre Horticultura Terapia. O grande campo da melhora psíquica foi citado 7 vezes, destacando-se em 46,7% dos artigos. A melhora da autoestima aparece em 40%; o sentimento de ser útil, o resgate do conhecimento popular, o relacionamento social/interpessoal – 4 vezes cada – 26,7%, seguido do exercício da cidadania e do desenvolvimento de habilidades interpessoais/sociais – com 3 citações cada – 20% do total.

Conforme Davis (1998), alguns benefícios da horticultura terapia são: desenvolvimento de habilidades cognitivas, de linguagem e socialização; independência; resolução de problemas; além do conhecimento das limitações e potencialidades. Rigotti (2011) também afirma que há benefícios sociais: “trabalho compartilhado dentro de um grupo de aprendizagem, de relacionamento, de compromisso e de trabalho em prol de um objetivo comum”.

Todos os projetos de horticultura analisados e apresentados nas tabelas deste trabalho trouxeram progressos para os pacientes que participaram, além de aproximar e firmar vínculos com o serviço de saúde e os demais pacientes, propiciando um espaço de troca e aprendizados. Desta forma, fica evidenciada a potencialidade desta prática como modificadora de realidades e promotora de reabilitação psicossocial.

Para além disso, 7 projetos conseguiram complementar a alimentação de seus pacientes e familiares com os insumos produzidos na horticultura, ou seja, 46,7% dos projetos. Isto demonstra que, além de ser uma prática terapêutica, que traz benefícios para quem a utiliza, a horticultura pode ser fonte de alimento para os pacientes, estimulando a alimentação saudável e orgânica. Gallo, Martins & Peres (2005) asseguram que a horticultura garante inclusão social e melhora no tratamento dos pacientes, além de garantir variedade de hortaliças para consumo, agregando valor nutricional.

Destes 7 projetos, um foi além e ensinou aos pacientes os recursos para se projetar uma horta em casa. Depois de notado o interesse por parte dos pacientes e familiares, a equipe e o serviço colaboraram para a instalação de pequenas hortas nas residências dos pacientes.

Do total de artigos pesquisados, destaca-se que apenas 20% aproveitaram os excedentes da produção para geração de renda – vide Tabela 7. Segundo relato dos autores, a maioria dos artigos não objetivava a grande produção e comercialização, ressaltando ainda que alguns projetos utilizaram os excedentes para alimentar os outros pacientes dos serviços de saúde que não participavam da atividade da horta.

**Tabela 7:** Distribuição dos artigos no envolvimento com a geração de renda.

Geração de Renda	Número de artigos	% (N=15)
Sim	3	20%
Não	12	80%

Apesar da geração de renda não ter sido um objetivo específico dos projetos, é possível observar que a horticultura tem potencial para gerar renda e contribuir de forma mais complexa para a reabilitação psicossocial. Esta prática exige poucos recursos para ser executada, conforme elucida Vieira (2009), visto que, dispondo de um pequeno pedaço de terra, a horticultura é potencial geradora de renda por inexistirem empecilhos à entrada na atividade e por obter retorno rápido em um curto período de tempo.

Nesse âmbito, através da Economia Solidária – política de enfrentamento à exclusão social do modelo econômico capitalista, do Ministério do Trabalho e Emprego, que busca prover um cenário de valorização à vida, integrando a sociedade e oferecendo trabalho e qualidade de vida a todos – poderia ser possível uma rede para estreitar as latências entre a horticultura, a geração de renda e a economia solidária por meio de ações que estimulem as pequenas produções, feiras participativas, capacitações e a autonomia dos sujeitos.

As atividades – práticas integrativas e complementares e oficinas terapêuticas – por meio da utilização de hortas surgem “tanto como elemento terapêutico, quanto como promotoras de reinserção social, por meio de ações que envolvem o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito.” (Camargo, Carvalho, Gundim, Moreira & Marques, 2015, p. 3636).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conteúdo dos 15 artigos publicados sobre horticultura terapia no âmbito da saúde mental permitiu identificar uma significativa caminhada em prol de práticas alternativas e complementares à saúde, nos últimos 11 anos. Com este estudo, foi

possível destacar que existem no Brasil hoje, no âmbito do SUS, muitos pesquisadores se debruçando à luz da horticultura terapia como estratégia para enfrentar as dificuldades deixadas pela segregação e estigma dos loucos e proporcionar qualidade de vida.

Ademais, evidenciou-se que a Horticultura Terapia auxilia no aprendizado de novas habilidades cognitivas, na socialização, no trabalho em equipe, na resolução de problemas, além de resgatar a autoestima e proporcionar aos pacientes uma atividade laboral, que os faça planejar, articular, executar e depois ver os resultados, possibilitando assim o resgate do sentimento de cidadania e de pertencimento à sociedade. Por ser uma prática de baixo custo, de fácil implantação e manutenção, torna-se viável e acessível sua utilização em grande parte dos serviços de saúde.

Ao identificar as potencialidades dessa tecnologia de reabilitação psicossocial, sugere-se que a Horticultura Terapia se integre às Práticas Integrativas e Complementares (PICs), no intuito de fortalecer as redes que propõem um espaço para produção alternativa de saúde, onde o sujeito é protagonista e produtor da sua saúde. As práticas integrativas e complementares, por meio da descentralização e da multidisciplinaridade das ações em saúde, enriquecem a atuação e o processo de trabalho em saúde, através de técnicas e estratégias inovadoras e tecedoras do cuidado, que enaltecem a corresponsabilização e abrem caminhos para novas perspectivas de saúde.

## CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## REFERÊNCIAS

- Arnaud, D. K. L., Guimarães, M. L. C., Dantas, M. M. M., Costa, R. M. C., Silva, T. A., & Morais, E. W. A. (2012). Produção de hortas orgânicas como instrumento de terapia ocupacional para os usuários do CAPS. *Anais do Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação*, Palmas, TO, Brasil, 7. Recuperado de <http://prop.iftto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/4465/1884>
- Barros, R. C. R., & Brandão, M. M. *Horta Medicinal Comunitária no CAPS Vida Ativa*. Recuperado de [www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_485\\_arquivoA3.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_485_arquivoA3.pdf)
- Binkowski, P., & Nicolaud, B. L. (2007). Horta Agroecológica Terapêutica. *Revista Brasileira de Agroecologia*, 2(1), 1611-1613. Recuperado de <http://aba-agroecologia.org.br/revistas/index.php/rbagroecologia/article/view/6616/4921>
- Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
- Ministério da Saúde. (2005, novembro). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Camargo, R., Carvalho, E. L. J. C., Gundim, D. P., Moreira, J. G., & Marques, M. G. (2015). Uso da Hortoterapia no tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer*, 11(22), 3634-3643. Recuperado de [www.conhecer.org.br/enciclop/2015c/agrarias/horta%20terapeutica.pdf](http://www.conhecer.org.br/enciclop/2015c/agrarias/horta%20terapeutica.pdf)
- Castilho, R. M. M., Campos, C. O. P., & Rodrigues, M. A. C. (2014). Jardinagem como terapia ocupacional na recuperação de pacientes do Cerdif/Ilha Solteira (SP). In Fujita, M. S. L. (org.), *A inovação para o desenvolvimento social: políticas públicas e internacionalização* (1ª ed., Cap. 6, pp. 145-152). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Correia, L.C. (2010). Marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas no Brasil: conhecer para cuidar. In: Filho, A. N., & Valério, A. L. R. (Orgs.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 61-71). Brasília: SENAD; Salvador: CETAD.
- Costa, C. G. A., Garcia, M. T., Ribeiro, S. M., Salandini, M. F. S., & Bógus, C. M. (2015). Hortas Comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3099-3110. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3099.pdf>
- Davis, S. (1998) Development of Profession of Horticultural therapy. In: Simson, S. P., Straus, M.C (Eds.). *Horticulture as therapy: principles and practice* (Cap. 1, pp. 3-20). Londres: FPP.
- Ely, G.Z., Lara, M. P., Terra, M. G., Martins, L. R., Vasconcelos, R. O., Freitas, F. F., ... Lied, R.G. (2012). Oficina Terapêutica: Um Espaço De (Re) Inventar o Cotidiano. *Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA*, Santa Maria, RS, Brasil, 2. Recuperado de <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/4177.pdf>
- Feitosa, V. A., Cabra S. A. A. O., Alencar M. C. B., Uchoa S. A. O., & Silva H. M. L. (2014). A horticultura como instrumento de terapia e inclusão psicossocial. *Revista Verde*, 9(5), 7-11. Recuperado de <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RVADS/article/view/3470/3041>
- Ferreira, N. S. A. (2002). As pesquisas denominadas "Estado da Arte". *Educação & Sociedade*, 79, 257-272. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>. doi: [10.1590/S0101-73302002000300013](https://doi.org/10.1590/S0101-73302002000300013)
- Frasão, G. (2017, 28 março). Ministério da Saúde inclui 14 novos procedimentos na Política Nacional de Práticas Integrativas [Site]. Recuperado de <http://portalsau.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27929-ministerio-da-saude-inclui-14-novos-procedimentos-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas>
- Gallo, Z., Martins, L. A. T. P., & Peres, M.T.M. (2005). Pobreza, meio ambiente e economia solidária: o caso de Piracicaba. *Revista da FAE*, 8(1), 39-50. Recuperado de <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/374>
- Júnior, E.T. (2016). Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, 30(86), 99-112. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099). doi: [10.1590/S0103-40142016.00100007](https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007)
- Krepesky, P. B., Guimarães, B. E. B., Graia, L. T., Lemos, A. P., & Matos, P. N. (2013). Oficina terapêutica de

- Horticultura e plantas medicinais em Centro de Atenção Psicossocial. *Anais eletrônicos do Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: pela reconstrução do modelo de cuidado*, Petrolina, PE, Brasil, 1. Recuperado de [www.encontropicsne.univasf.edu.br/docs/anais26.05ultimo.pdf](http://www.encontropicsne.univasf.edu.br/docs/anais26.05ultimo.pdf)
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E., Onocko, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323. Recuperado de [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos\\_Viacava\\_Landmann\\_Alocacao%20equitativa\\_2003.pdf#page=141](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=141)
- Nardi, K. F., Megid, J., Junior, O. D., & Junior, G. N. (2015, outubro). Projeto Horta – Auxílio ao tratamento de Dependentes Químicos. *Anais eletrônicos Jornada Científica e Tecnológica da FATEC*, Botucatu, SP, Brasil, 4. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/295703778\\_PROJETO\\_HORTA\\_-\\_AUXILIO\\_AO\\_TRATAMENTO\\_DE\\_DEPENDENTES\\_QUIMICOS](https://www.researchgate.net/publication/295703778_PROJETO_HORTA_-_AUXILIO_AO_TRATAMENTO_DE_DEPENDENTES_QUIMICOS)
- Pagassini, J. A. V., Vargas, P. F., Alves, A. S., Barduco, A. C., Pedroso, C. P., & Neves, F. C. C. (2015). Horta terapêutica na reabilitação psicossocial dos pacientes do CAPS-Registro. *Anais eletrônicos do Congresso de Extensão Universitária da UNESP*, São Paulo, SP, Brasil, 8. Recuperado de <http://200.145.6.205/index.php/congressoextensao/8congressoextensao/paper/viewFile/1614/1054>
- Pitta, A. M. F. (2001). O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. M. F. (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (2a ed., Cap. 2, pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\\_849\\_27\\_3\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf)
- Rigotti, M. (2011). *Horticultura Terapêutica*. Botucatu: Autor.
- Rosa, C. M., & Vilhena, J. (2012). Do Manicômio Ao Caps Da Contenção (Im)Piedosa À Responsabilização. *Revista Barbarói*, 37, 154-176. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2498/2361>
- Santos, E. A. D., Castro, L. H., Honda, S. L. O., & Silva, P. T. F. (2016). Grupo de horta e plantas medicinais: espaço de produção de saúde na atenção primária em unidade básica de saúde pertencente à rede de serviços da SMS/São Paulo, CRS Oeste. *Anais eletrônicos do Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, Brasil, 30. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-12062>
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do Milênio. In: Pitta, A.M.F. (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (2a ed., Cap.1, pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.
- Schweitzer, M.C., Esper, M.V., & Silva, J.P. (2012). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *Revista O Mundo da Saúde*, 36(3), 442-451. Recuperado de [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/praticas\\_integrativas\\_complementares\\_atencao\\_primaria.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/praticas_integrativas_complementares_atencao_primaria.pdf)
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2008). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília: Autor. Recuperado de <https://www.obid.senad.gov.br/biblioteca/publicacoes/legislacao-e-politicas-publicas-sobre-drogas-no-brasil.pdf/view>
- Shapiro, B. A., & Kaplan, M. J. (1998). Mental Illness and Horticultural Therapy Practice. In: Simson, S. P., Straus, M.C (Eds.). *Horticulture as therapy: principles and practice* (Cap. 7, pp. 157-169). Londres: FPP.
- Silva, P. T. L., Santos, F. P., Félix, M. V. B., Costa, J. C., Silva, A. R. L., Silva, R. C. S., ... Melo, V. H. (2009). Implantação de uma horta como Terapia Ocupacional. *Anais da Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão*, Recife, PE, Brasil, 9. Recuperado de <http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/r0976-3.pdf>
- Silveira, D. L., Morais, T. P., Rufino, M. A., Borges, M., Gouveia, R., & Luz, J. M. Q. (2007). Atividade de horta terapêutica no auxílio ao tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave. *Congresso Brasileiro de Olericultura*, Porto Seguro, BA, Brasil, 47. Recuperado de [www.abhorticultura.com.br/eventos/trabalhos/ev\\_1/A78\\_T1122\\_Comp.pdf](http://www.abhorticultura.com.br/eventos/trabalhos/ev_1/A78_T1122_Comp.pdf)
- Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric Rehabilitation*, 7(4), 245-260. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15513768>. doi: [10.1080/13638490410001711416](https://doi.org/10.1080/13638490410001711416)

Teixeira, P.M.M., & Neto, J.M. (2006). Investigando a pesquisa educacional: Um estudo enfocando dissertações e teses sobre o ensino de biologia no Brasil. *Revista Investigações em Ensino de Ciências*, 11(2), 361-282. Recuperado de [www.if.ufrgs.br/public/ensino/vol11/n2/v11\\_n2\\_a6.htm](http://www.if.ufrgs.br/public/ensino/vol11/n2/v11_n2_a6.htm)

Vendrametto, A. C. G. (2012). Projeto Horta Comunitária: promovendo saúde e bem estar social. *Mostra de Projetos: Estratégia para o desenvolvimento local e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*, Paraná, Brasil. Recuperado de [http://www.fiepr.org.br/nospodemosparana/uploadAddress/Projeto\\_Horta\\_Comunitaria\\_promovendo\\_saude\\_e\\_bem\\_estar\\_social\[39751\].pdf](http://www.fiepr.org.br/nospodemosparana/uploadAddress/Projeto_Horta_Comunitaria_promovendo_saude_e_bem_estar_social[39751].pdf)

Vieira, P. P. (2009). *Caracterização do projeto agricultura urbana "Horta Comunitária Portal I" acompanhado pelo CEPAGRO em Itajaí (SC)* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120353/271843.pdf?sequence=1&isAllowed=y>