



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

THAIS DA CUNHA GOMES

AUTOCUIDADO E PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES

CAMPINAS

2018

THAIS DA CUNHA GOMES

AUTOCAUIDADO E PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, na  
área de concentração Ciências Sociais em Saúde

ORIENTADOR: NELSON FILICE DE BARROS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA THAIS DA CUNHA GOMES, E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS.

CAMPINAS

2018

**Agência(s) de fomento e nº (s) de processo(s):** CAPES 02-P-1738/2016

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G585a Gomes, Thais da Cunha, 1984-  
Autocuidado e práticas integrativas e complementares / Thais da Cunha  
Gomes. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Nelson Filice de Barros.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Autocuidado. 2. Terapias complementares. 3. Pesquisa qualitativa. I.  
Barros, Nelson Filice de, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Self-care and integrative and complementary practices

**Palavras-chave em inglês:**

Self care

Complementary therapies

Qualitative research

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Rafael Afonso da Silva

Paulo Rosenbaum

**Data de defesa:** 26-02-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**THAIS DA CUNHA GOMES**

---

**ORIENTADOR: NELSON FILICE BARROS**

---

## **MEMBROS:**

**1. PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS**

**2. PROF. DR. RAFAEL AFONSO DA SILVA**

**3. PROF. DR. PAULO ROSENBAUM**

---

Programa de Pós-Graduação em [PROGRAMA] da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 26/02/2018**

## **AGRADECIMENTOS**

Presto meus agradecimentos ao corpo de docentes, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP pelos ensinamentos e apoio para concretização deste trabalho. Também à CAPES pelo financiamento o qual viabilizou a realização desta pesquisa.

Ao meu orientador por quem esta trajetória só suscitou mais admiração e afeto, em especial, pela paciência e confiança ao compartilhar seus conhecimentos.

Aos amigos do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), com os quais tive a oportunidade de aprender e partilhar tantas descobertas ao longo deste período.

Aos professores e amigos do Instituto de Cultura Hindu Naradeva Shala, os quais cultivaram as sementes de indagação que motivaram este trabalho.

Agradeço, por fim, a meus familiares e às pessoas que a vida me presentou, cujos carinhos e cuidados foram essenciais para a conclusão deste ciclo.

## RESUMO

No contexto contemporâneo, somos incitados diariamente a nos reconhecermos como responsáveis pela prevenção de doenças e manutenção de um bom estado de saúde, habilitando-nos, então, em diferentes práticas de autocuidado. Nesta pesquisa, presume-se que autocuidado como discurso e prática não descreve um território neutro, devendo, assim, ser problematizado. O segundo pressuposto diz respeito à importância de tornar visível a diversidade destas práticas para multiplicar as possibilidades desse exame. Partindo destes preceitos, esta dissertação tem como objetivo analisar os sentidos de autocuidado relacionado às Práticas Integrativas e Complementares na literatura. Foram realizadas duas revisões da literatura. Na primeira, foram consultadas teses e dissertações, livros, documentos de políticas públicas, relatórios de pesquisa de mercado e artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde e na biblioteca eletrônica do Scielo. Na segunda, foram selecionados artigos científicos indexados de abordagem qualitativa com os termos “autocuidado” e “Práticas Integrativas e Complementares” no título, nas palavras-chaves ou resumo, publicados no período de 2012 a 2016, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, ProQuest Central, Cinhal (EBSCO), Academic Search Premier (EBSCO HOST), Jstor, Sage. Os resultados foram submetidos à análise temática e examinados em metassínteses. Como temas principais, identificamos: a centralidade da ciência e biomedicina na definição de práticas legítimas de saúde; relações entre autocuidado, subjetividades e sociabilidades contemporâneas; aspectos relacionados à expansão e institucionalização do autocuidado com uso de PIC; questões metodológicas sobre a produção de conhecimentos relativos à eficácia e fatores de uso de tais práticas de saúde e os sentidos desenvolvidos pelos sujeitos nas experiências propiciadas por tais cuidados. Concluímos que pesquisas qualitativas e o pluralismo metodológico demonstram ser essenciais para a produção de conhecimento sobre PIC, tanto para a compreensão dos sentidos experimentados e produzidos pelos sujeitos quanto, e principalmente, para que não haja aferições que simplifiquem ou, até mesmo, estereotipem e colonizem a diversidade e complexidade de tais práticas de saúde.

Palavras chaves: Autocuidado. Terapias Complementares. Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

In the contemporary context, we are routinely urged to recognize ourselves as responsible beings for the prevention of diseases and maintenance of a good state of health, thus enabling us in different practices of self-care. The research developed in this dissertation mobilizes two initial assumptions: it is assumed that self-care as a discourse and practice does not describe a neutral territory and should be problematized. The second assumption concerns the importance of making the diversity of these practices visible in order to multiply the possibilities of such an examination. Based on these precepts, this dissertation aims to analyze the meanings of self-care in relation to Integrative and Complementary Practices (ICP) in the literature, thus, two reviews were made. In the first review, we consulted theses and dissertations, books, public policy documents, market research reports and articles indexed in the Virtual Health Library and the Scielo electronic library. In the second review, we selected indexed scientific articles of qualitative approach with the terms "self-care" and "Integrative and Complementary Practices" in the title, in keywords or abstract, published from 2012 to 2016 in the following databases: Virtual Health Library, PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, ProQuest Central, Cynal (EBSCO), Academic Search Premier (EBSCO HOST), Jstor, Sage. The results were submitted to thematic analysis and examined in metassynthesis. We identified as main themes: the centrality of science and biomedicine in the definition of legitimate health practices; relations between self-care, subjectivities and contemporary sociabilities; aspects related to the expansion and institutionalization of self-care using ICP; methodological questions about the production of knowledge regarding the efficacy and factors of use of such health practices and the senses developed by the subjects in the experiences provided by such care. We conclude that qualitative research and methodological pluralism demonstrate to be essential for the production of knowledge about ICP, for the understanding of the senses experienced and produced by the subjects and, mainly, to avoid measurements that simplify or even stereotype and colonize the diversity and complexity of such health practices.

Palavras chaves: Self care. Complementary therapies. Qualitative research.

## SUMÁRIO

Apresentação .....	9
Introdução.....	12
Objetivos .....	23
Metodologia .....	24
Capítulo 1 – Os Sentidos de Autocuidado no Campo da Saúde .....	31
Capítulo 2 – Expansão e Institucionalização do Autocuidado com uso de Práticas Integrativas e Complementares.....	53
Capítulo 3 – Sentidos do uso de PIC como estratégia de autocuidado .....	71
Capítulo 4 – Metassíntese dos Estudos de Eficácia de Autocuidado com PIC .....	94
Conclusão: Notas sobre Colonialismo e Práticas de Saúde.....	120
Referências.....	126

## APRESENTAÇÃO

Nos tempos atuais, somos incitados diariamente a nos reconhecermos como responsáveis pela prevenção de doenças e manutenção de um bom estado de saúde e da perspectiva de longevidade, garantindo a vitalidade necessária a um desempenho satisfatório na realização de trabalhos, participação na vida social e projetos de vida individuais. Esta é uma interpretação da centralidade que a busca pelo autocuidado adquiriu em minha vida e que comumente associa-se a uma parte significativa dos sujeitos no contexto neoliberal. Ao atingirmos resultados inferiores aos idealizados é comum que sejamos tomados por sentimento de frustração, angústia e culpa, com riscos de nos vermos fixados como sujeitos de vontade fraca, indisciplinados e inertes.

Como redenção, temos a possibilidade de sermos amparados pelo consumo de serviços e bens especializados e, assim, aparentemente, nos recriarmos em outros termos, exercitando a auto avaliação e fortalecendo nossa determinação, disciplina e dedicação a rotinas de aperfeiçoamento de nossos corpos e mentes. Essa busca sucessiva por forjar identidades de altas performances saudáveis é uma espécie de rejeição à experiência social do fracasso e, ao mesmo tempo, um ajustamento funcional à sociedade.

Mesmo admitindo que a estrutura social influencia em demasia a conformação das relações sociais e dos indivíduos, não podemos ignorar que ela mesma é produto da ação humana e, conseqüentemente, todos seus elementos possuem um componente histórico, não natural, e estão sujeitos a mudanças, seja pela confluência dos fatos e fenômenos sociais, seja pela repercussão da criação de novas ações e sentidos. Desse modo, os sujeitos, que se constituem em relação com a sociedade, inseridos nela, também a transformam.

Nesta perspectiva, é necessário desnaturalizar uma concepção única e restrita de autocuidado, admitindo a criatividade e a diversidade das ações humanas também na área da saúde. Sendo assim, é essencial deslocar a imagem de um indivíduo supostamente abstrato, cujas práticas de saúde são normatizadas pelo campo científico da biomedicina, reconhecendo experiências alternativas e culturais diversas em que sujeitos coletivos e individuais tecem uma pluralidade de saberes e sentidos, desenvolvendo diagnósticos, terapêuticas e finalidades distintas às práticas

da biomedicina. Tanto por uma questão de justiça cognitiva e respeito à diversidade de saberes, quanto por expandir nossa própria capacidade de se afetar e reinventar as nossas estruturas e sentidos, é essencial que construamos diálogos entre matrizes diversas de conhecimento e experiências na produção de saúde, ampliando, assim, nossas possibilidades de existência.

Foi justamente no encontro com concepções de saúde diversas da minha que conheci uma interpretação distinta sobre autocuidado e consegui colocar em perspectiva o que até então era minha experiência, quando, na tentativa de criar um projeto de vida saudável, encontrei a Ayurveda, uma filosofia e sistema de saúde tradicional da Índia. Minha aproximação e acesso a seus conhecimentos sucedeu de estudos realizados junto ao Instituto de Cultura Hindu Naradeva Shala, um centro de referência sobre cultura e práticas de saúde com uma abordagem orientada pelos livros clássicos e escolas tradicionais de Ayurveda do sul da Índia. Embora rotinas de autocuidado também sejam centrais neste sistema, diferente dos preceitos das políticas de promoção de saúde e discursos sobre adoção de hábitos saudáveis embasados pela biomedicina, as anamneses e tratamentos da Ayurveda não partem de prerrogativas sobre comportamentos de riscos generalizados à população, pois consideram necessária a compreensão da constituição de cada pessoa e seus processos de harmonia e desarmonias, considerando suas relações com o ambiente em que vive, a sociedade, os recursos que têm acesso, estágios da vida, constituição de cada ser, as estações do ano etc. Outra característica da Ayurveda é não tratar doenças isoladamente, pois possui uma visão complexa e de totalidade da saúde dos sujeitos, cuja preocupação é fortalecer a capacidade de interpretação, (re)ação aos processos de desequilíbrio da pessoa como um todo, a partir de mapas singulares de cuidado.

Guiada pelas inquietações suscitadas pelo contato com estes sentidos em saúde e pela disposição crítica desenvolvida anteriormente na graduação em Ciências Sociais, passei a participar do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS) vinculado a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Este grupo de pesquisa realiza encontros, leituras e produção de estudos socio-antropológicos sobre saberes e práticas não convencionais em saúde e suas relações com a medicina convencional. Nesse espaço, desenvolvi outras três compreensões sobre o autocuidado contemporâneo,

as duas primeiras com base em leituras da sociologia e saúde coletiva, as quais associam o *ethos* de adoção de hábitos saudáveis a políticas de promoção da saúde e, numa perspectiva mais crítica, à emergência da sociedade de risco e seu respectivo processo de produção de subjetividades e individualização. Uma terceira interpretação esteve relacionada a análise de modos atualizados de colonização que invisibilizam, apropriam e discriminam saberes plurais em saúde.

Logo, o interesse pelo tema desenvolvido nessa dissertação deriva dos questionamentos gerados por leituras anteriores e da disposição para revisitá-las e reelaborá-las, a partir da compreensão de um panorama mais amplo de conceitos e reflexões sobre autocuidado na normatização dos indivíduos, assim como das possibilidades em se constituir como prática de liberdade. Partindo destes preceitos, esta dissertação centra sua análise sobre os sentidos de autocuidado em práticas integrativas e complementares presentes em pesquisas científicas.

## INTRODUÇÃO

A pesquisa desenvolvida nesta dissertação opera a partir de dois pressupostos iniciais, primeiramente, presume-se que autocuidado como discurso e prática não descreve um território neutro, por isso, pode e deve ser problematizado, em especial por sua crescente disseminação na atualidade. Aliás, enfatiza-se o caráter problemático da noção de “vida saudável” tal como construída pelas ciências e difundida diariamente pelos discursos produzidos pela imprensa, publicidade e inclusive pelo Estado, os quais atuam como referências para a formação dos sujeitos, o modo como experimentam sua existência e se relacionam com a vida.

O segundo pressuposto diz respeito à importância de tornar visível a diversidade de propostas e práticas de autocuidado no contexto de iniciativas e experiências sociais alternativas para multiplicar as possibilidades desse exame. Ao propor um estudo sobre autocuidado, um dos principais desafios é desenvolver uma disposição para apreender a diversidade de seus conceitos, sentidos e práticas.

A partir desses pressupostos pretende-se ampliar a compreensão da ênfase conferida ao autocuidado na contemporaneidade e contribuir com estudos, análises e posteriores planejamentos de ações de saúde mais plurais que se fundamentem em matrizes de conhecimentos diversas. As perguntas que instigaram esta pesquisa foram as seguintes: como a literatura indexada aborda o autocuidado relacionado a práticas integrativas e complementares (PIC)? Quais são os elementos e sentidos presentes em tais estudos sobre o uso de PIC no autocuidado?

### **Autocuidado no campo da saúde**

O que constatamos sobre a construção social do autocuidado no contexto contemporâneo é sua constituição como um dever moral, cuja hiperpreocupação com a prevenção de doenças por meio da adoção de uma vida saudável intensificou-se a partir das últimas décadas. Como explana Moraes (1), a adoção de hábitos saudáveis tornou-se uma obrigação social, com ampla difusão de orientações, conselhos e advertências direcionadas ao cuidado dos indivíduos e mediante a disciplina de suas mentes e corpos. Cada pessoa tornou-se responsável pela gestão da própria saúde e seus riscos de adoecimento. Discursos que reiteram a relevância do autocuidado são amplamente produzidos e disseminados pela investigação científica, nos meios de

comunicação, na publicidade, em campanhas corporativas, bem como nas políticas públicas de saúde (2).

Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a estabelecer políticas mundiais de promoção da saúde fundamentadas na intervenção pedagógica sobre o modo individual de viver. A divulgação do “Informe Lalonde” no Canadá, em maio de 1974, representou um marco nesse sentido, tendo como motivação a criação de estratégias para enfrentar os aumentos do custo da saúde, suas recomendações influenciaram políticas sanitárias de diversos países e estabeleceram as bases para um novo paradigma (1) divulgado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978, com a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” (4).

Posteriormente, foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em novembro de 1986, a qual teve a participação de trinta e cinco países e resultou na Carta de Ottawa (4), uma carta de intenções, que se tornou referência ao desenvolvimento das ideias e estratégias de promoção à saúde em todo o mundo, a partir da preconização de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (5).

Na concepção de saúde apresentada no documento da Carta de Ottawa, a qual continua sendo uma referência entre as mais importantes na área da promoção da saúde, o cuidado dos indivíduos consigo ocupa um lugar central:

“A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros” (4).

Para tanto, na Carta de Ottawa, considera-se que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, definindo-a como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo (4).

Nas políticas públicas brasileiras, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, foi criado tomando como referência o paradigma da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde (6). Assim, o campo da saúde no país é fortemente influenciado pelas formulações das políticas de promoção da saúde e pelos debates que as acompanham, “*sendo que um de seus aspectos mais importantes é o deslocamento da centralidade da assistência médica para a convocação de todos para a gestão dos cuidados em saúde*” (7).

Deslocando o foco de análise para o campo da publicidade, a pesquisa de Moraes (1) constata que a partir do final do século XX a ideia do indivíduo disciplinado e dedicado ao autocontrole, autocuidado e a um estilo de vida orientado pelo auto aperfeiçoamento tornou-se presente nos enunciados de materiais da mídia nacional. De acordo com seu levantamento e análise, tomando como referência as matérias das revistas *Veja*, *Época* e *Isto é*, de 1988 a 2008, a transferência para os indivíduos da responsabilidade pela construção da saúde física e mental foi acelerada a partir de 1995. A aparência de autocuidado corporal passou a ser vista como indício de qualidade presente e futura de saúde, assim como da capacidade de autodisciplina de cada um. Nesse momento, passou a vigorar a noção de estilos de vida prejudiciais e causadores de doenças, assim como do trabalho sobre si que inclui o corpo, a personalidade e modo de ser, a psique, a espiritualidade e outras dimensões. A partir de 2000, registrou o autor, a divulgação das condutas de risco nas revistas foi mais agressiva, com a enunciação dos perigos da vida sedentária.

Segundo Sibilía (3), na televisão foram criados vários programas que atuam no intuito de nortear os espectadores para adotarem hábitos saudáveis, apresentando variados riscos que ameaçam a vida humana e oferecendo soluções para evitá-los ou contorná-los. Tudo isso se efetua através de discursos cientificistas que são endossados e legitimados pelos depoimentos de especialistas. Além disso, oferecem-se exemplos edificantes de pessoas que se encontravam no estado considerado negativo, à luz dessas crenças, e que, no entanto, conseguiram superá-lo graças a algumas mudanças implementadas em seus hábitos. Na televisão brasileira da primeira e segunda década do século XXI, destacam-se: o programa diário intitulado Bem-estar, da TV Globo, os quadros do médico Drauzio Varella, no Fantástico, da mesma emissora, e o reality-show “Até quando você quer viver?”, da emissora GNT. Além desses programas pautados na saúde e no bem-estar, a autora cita uma

produção significativa de matérias jornalísticas que apresentam informações sobre doenças e vida saudável.

Como afirma Martins (2), com a difusão dos discursos biomédicos sobre práticas legítimas para uma vida saudável, as descobertas científicas tornaram-se uma referência cotidiana para pessoas comuns, regulando a maneira dos indivíduos se comportarem, abrangendo a dieta alimentar ideal, atividades físicas etc, e o modo de entenderem e experimentarem a própria existência. As escolhas abrangem definições as mais diversas, como sobre quais ocasiões ingerir cada alimento, os cuidados adequados com sua procedência, armazenamento e preparo, os intervalos, a composição das refeições, suas propriedades, a nutrição correta para uma rotina determinada de exercícios praticadas em horários específicos de acordo com a idade da pessoa e às doenças que possui alguma predisposição, metabolismo, os horários de descanso e sono, o tipo de trabalho, etc.

Para exemplificar o quadro desses enunciados na produção científica recente, realizamos um levantamento preliminar ao iniciar essa pesquisa, em 2016, sobre o uso do termo *self* (auto) na base de dados *Scopus*<sup>1</sup>, verificando uma tendência crescente e sucessiva de seu uso. Enquanto no intervalo de 1970 a 1990, foram encontrados menos de 2500 documentos por ano, a partir de 1995 esse número salta para mais de 5000 e, em 2014, atinge 17500. Apesar de *self* ter um uso muito variado e passível de aplicações diversas no campo científico, quando buscamos por termos derivados da área da saúde, como *self-care*, *self-rated* e *self-assessment* constatamos a mesma tendência, havendo expressões mais habituais relacionadas a áreas específicas de conhecimento. Por exemplo, entre os registros em que *self-care* aparece no título, 66,9% correspondem a estudos da área da medicina, 29,2% da enfermagem e 6,3% da psicologia. Já o termo *self-rated* é utilizado 79,2% na medicina, 18,1% na psicologia e 8,4% na enfermagem. Desta produção, a maioria refere-se à pesquisas da saúde baseada em evidências<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.scopus.com/>.

<sup>2</sup> A rede e organização Cochrane, dedicada à realização de revisões sistemáticas de evidências científicas define Saúde Baseada em Evidências como “*uma abordagem que utiliza ferramentas da Epidemiologia Clínica, Estatística, da Metodologia Científica e da Informática para trabalhar a pesquisa, conhecimento e a atuação em Saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para tomada da decisão. Saúde Baseada em Evidências é a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão em Saúde*” (Fonte: <http://brazil.cochrane.org/>).

Tornar-se um sujeito saudável não se trata da adesão a uma norma simples e estática, mas exercer uma vigília contínua que abranja a complexidade da manutenção da vida em diversos aspectos e de tomada de decisões orientadas por uma determinada ordem de produção de saber que o informe sobre práticas saudáveis ‘verdadeiras’, comprovadas e reconhecidas pela ciência a cada circunstância.

Nessa perspectiva, acredita-se que há certos modos de vida mais saudáveis do que outros, os quais são característicos de pessoas responsáveis e bem informadas que se guiam e atualizam pelas descobertas da ciência com base nas quais realizam escolhas e acessam serviços e bens especializados (2). Esta ideia de valorar vidas mais saudáveis do que outras sobrepuja completamente a noção de sujeito, já que duas singularidades não podem ter o mesmo desfecho de saúde.

O modelo biomédico opera uma espécie de produção do não-lugar da subjetividade, ou seja, como um espaço sem história, sem identidade, uma espécie de vácuo, ausência, sem significado (8). Concebido a partir do desenvolvimento da racionalidade científica moderna, este modelo situa o saber e a prática médica no interior do paradigma das ciências naturais. Esta forma de se configurar a medicina é hoje denominada de biomedicina justamente pela sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas. Voltando-se para a localização da doença no corpo humano, constitui uma anatomia patológica. Isto repercute na naturalização de seu objeto através do processo de objetivação, ou seja, o de fazer surgir a objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade. Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta, ou mesmo, não se sabe como “dar conta” deles (9). A generalização estrita de estatísticas e levantamentos epidemiológicos de fatores que expõem ou protegem as pessoas de doenças preconiza uma vida saudável em que a singularidade fica ausente. A subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade da experiência humana, e mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial, é deixada de lado, subestimando o fato da medicina ser voltada a pessoas cuja experiência de saúde e doença envolve uma série de questões as quais escapam ao biológico, pois se referem a questões psicológicas, culturais e sociais (9).

---

Além da sua conseqüente desvalorização da subjetividade, a biomedicina também é alvo de críticas pelo fetiche na aplicação pela alta tecnologia no uso de exames, assim como pela farmacologização excessiva (11)(10), configurando uma propensão iatrogênica intrínseca. No entanto, na nossa sociedade, a ciência é o referencial último de verdade, cabendo às pesquisas científicas definirem o real, de forma que a “verdadeira” medicina é necessariamente científica (11).

No entanto, esse modelo, imposto como um saber sobre a doença e sobre o corpo, coexiste com outros diferentes modelos de compreensão de saúde e doença, conhecidos como medicinas alternativas, medicina popular, medicinas naturais (13). Parte considerável da população brasileira, por exemplo, trata da saúde utilizando medicinas tradicionais e populares com concepções de doenças e terapêuticas próprias, concomitantemente ou não aos referenciais e procedimentos biomédicos (12). Contudo, mesmo com essa diversidade de saberes em saúde, a biomedicina é a que conta com o maior grau de legitimidade, derivada do fato de suas bases estarem estreitamente relacionadas com o conhecimento científico (14).

### **Autocuidado e Práticas Integrativas e Complementar**

Como parte das críticas à biomedicina e novas propostas elaboradas aos modelos de cuidado no campo da saúde, ampliou-se o interesse por modelos alternativos de saúde e novas práticas terapêuticas a partir da segunda metade do século XX, incitado pelo movimento de contracultura nos anos de 1960 e 1970 (16). Na ocasião, práticas alternativas expressavam críticas e símbolos de uma revolução cultural também no campo da saúde. Como parte dessa estratégia revolucionária, sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas, geralmente orientais, foram estudadas e importados, servindo de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas (15).

Assim, práticas de saúde aglutinadas em suas diferenças constituíram um paradigma holístico<sup>3</sup> em oposição à ênfase dada a concepções materialistas,

---

<sup>3</sup> Segundo Weil, “o paradigma holístico surge como reação à visão newtoniano-cartesiana de um universo fragmentado, característica de um paradigma substancialista e mecanicista, instala-se de maneira progressiva um novo paradigma holístico, isto é, que traduz uma perspectiva na qual “o todo” e cada uma de suas sinergias estão estreitamente ligados, em interações constantes e paradoxais. A criação da palavra holismo é atribuída a Smuts, filósofo sul-africano partidário do anti-apartheid, que

mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social, características do paradigma biomédico. Desenvolve-se, assim, um cuidado centrado na saúde, não na doença, e na busca de harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social, valorizando a subjetividade, a prevenção e a promoção da saúde, assim como a integralidade do cuidado (16). Em linhas gerais, essa abordagem concebe o ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito. Nesse sentido, o organismo humano é entendido a partir de uma visão integrativa e sistêmica, não um conjunto de partes, mas como um campo de energia no qual distintos métodos podem atuar (17)(18).

Nesta perspectiva, distingue-se o autocuidado sob a perspectiva mais convencional de saúde, tomando as prerrogativas da biomedicina como referência, do autocuidado fundado no paradigma holístico. O primeiro, usualmente, volta-se à vigília de si, seus órgãos e indicadores de saúde para prevenção de doenças. Enquanto o segundo, ocupa-se da totalidade do sujeito, desenvolvendo um conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo e seu contexto, de seu corpo e de seu psiquismo, com uma conseqüente busca de maior autonomia em face de seu processo de adoecimento (18).

Além do interesse do movimento de contestação de contracultura pela constituição do paradigma holístico, as práticas de saúde desta natureza expandiram, com diversas controvérsias, sua participação no mercado e na oferta de serviços, adquirindo também uma gradual legitimação institucional (18), inclusive dentro de áreas da biomedicina. Nesse contexto, passou-se a dar ênfase a pesquisas científicas que comprovem eficácia e segurança destas práticas, bem como políticas públicas que regulamentem sua oferta.

Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a título de exemplo, tem recomendado o uso de medicinas tradicionais, complementares e alternativas de modo integrado à medicina ocidental nas políticas de saúde<sup>4</sup>, incluindo

---

*em 1926, escreve e publica um livro intitulado Holism and Evolution. Alfred Adler descobre e lança na Europa o termo "holística", designando força vital responsável pela formação de conjuntos" (19).*

<sup>4</sup> Há publicação recorrente de materiais pela OMS sobre esta temática, dos quais seguem alguns a título de exemplo: The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting (1978); Traditional Medicine and Health Care Coverage (1983); Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers (1995); Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health

a adoção de suas práticas entre as estratégias a serem implementadas para melhorias no campo da saúde para o período de 2014-2023. São necessidades apontadas: a) encontrar soluções que promovam uma visão mais ampla para melhorar a saúde e a autonomia do paciente; b) aproveitar o potencial dessas práticas para a saúde, bem-estar e cuidados de saúde; e c) promover o seu uso seguro e eficaz, regulando produtos, práticas e profissionais. Para alcançar estes objetivos preconiza-se o desenvolvimento de uma base de conhecimentos e políticas nesta área nos Estados membros (20).

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é a expressão adotada no Brasil para legitimação e institucionalização do que também se nomeia como Medicina ou Prática Tradicional, Alternativa, Complementar, Integrativa (21). As PIC expressam, assim, a complexificação do campo da saúde acompanhada de uma multiplicação de sujeitos implicados nas práticas terapêuticas (22). A terminologia adotada pelo Ministério da Saúde engloba tanto as racionalidades médicas vitalistas quanto as práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde. Esta será também a expressão adotada nesta dissertação, favorecendo o diálogo com os debates e interlocutores do campo.

No Brasil, tais práticas estão cada vez mais ao alcance de usuários dos serviços públicos em função do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006 (21). Sua aprovação decorre da crescente demanda da população brasileira por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da OMS aos Estados membros para formulação de políticas visando à integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos aos sistemas oficiais de Saúde, além da necessidade de normatização das experiências existentes no SUS. Conforme o documento da PNPIC:

“Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas

---

Care(1995); Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review (2001); Traditional Medicine Growing Needs and Potential - WHO Policy Perspectives on Medicines (2002); National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines - Report of a WHO Global Survey (2005).

diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”(21).

Com a publicação da PNPIC, a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia foram institucionalizados no SUS. Em 2017, a Portaria nº 971, de 27 de março de 2017 (23), do Ministério da Saúde, inclui as seguintes práticas na PNPIC: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Por outro lado, na área científica, foram criados periódicos específicos sobre tais práticas. Na realização dos levantamentos e pesquisas desta dissertação, identificamos alguns destes, os quais caracterizaremos de acordo com os descritivos presentes nas bases científicas. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*<sup>5</sup>, por exemplo, é uma revista de acesso aberto internacional que busca compreender as fontes e encorajar pesquisas rigorosas sobre medicina complementar e alternativa. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*<sup>6</sup> também é uma revista de acesso aberto que publica artigos originais de pesquisa sobre intervenções e recursos que complementam ou substituem terapias convencionais, com uma ênfase específica na pesquisa que explora os mecanismos biológicos de ação, bem como a sua eficácia, segurança, custos, padrões de uso e / ou implementação. *Integrative Cancer Therapies*<sup>7</sup>, enfatiza a compreensão científica das terapias de medicina alternativa e medicina tradicional e sua integração responsável com os cuidados de saúde convencionais. Entende o cuidado integrativo como intervenções terapêuticas em dieta, estilo de vida, exercícios, cuidados com o estresse e suplementos nutricionais, bem como vacinas experimentais, crono-quimioterapia e outros tratamentos avançados. Voltada para profissionais de saúde, a *Complementary Therapies in Medicine*<sup>8</sup> é uma revista com informações sobre terapias complementares e visa divulgar pesquisas e artigos de discussão, com o objetivo principal de melhorar os cuidados de saúde. *Pharmacognosy Reviews*<sup>9</sup> aborda

---

<sup>5</sup> <https://www.hindawi.com/journals/ecam/>.

<sup>6</sup> <https://bmccomplementalternmed.biomedcentral.com/>.

<sup>7</sup> <https://us.sagepub.com/en-us/sam/journal/integrative-cancer-therapies#description>.

<sup>8</sup> <https://www.journals.elsevier.com/complementary-therapies-in-medicine/>.

<sup>9</sup> <http://www.phcog.net/node/11>.

diferentes tópicos na descoberta de medicamentos de produtos naturais e também publica manuscritos que descrevem investigações, relatórios clínicos, métodos, técnicas e aplicações de todas as formas de pesquisa de plantas medicinais. *Chinese Journal of Integrative Medicine*<sup>10</sup> é uma revista supervisionada pela Administração Estatal de Medicina Tradicional Chinesa, patrocinada por Associação Chinesa de Medicina Integrativa e China Academy of Chinese Medical Sciences.

Para Souza e Luz, os motivos desta expansão da opção por terapias alternativas na sociedade atual não podem ser reduzidos a questões de (in)satisfação ou (in)eficiência com relação à medicina ocidental contemporânea ou aos sistemas públicos de saúde, apesar de suas crises serem alvo de críticas. Para a autora, trata-se de escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura contemporânea (15). No entanto, esta é uma questão controversa, pois a expansão destas práticas tem conduzido aproximações com a medicina baseada em evidências, como a veiculação de pesquisas pelos periódicos listados acima.

Dessa forma, há uma série de problematizações quanto ao modo que tais práticas de saúde têm sido discutidas em interface com a biomedicina e a produção científica. É importante investigar as teorias que desenvolvem, quais suas finalidades, que metodologias são aplicadas, quais suas temáticas, que resultados e análises têm produzido, quais suas consequências, etc. As respostas a tais indagações permitem ampliar a compreensão sobre os termos que a integração e barreiras entre tais práticas de saúde tem sucedido.

Nosso estudo pretende contribuir com estes exames. As análises desenvolvidas tecem ponderações sobre a necessidade de reconhecimento e validação das PIC pela ciência e quais sentidos de autocuidado são desenvolvidos nesses processos. Questionamos como a produção científica analisa a ação do sujeito na eleição de suas práticas de cuidado não convencionais, assim como de que modo as pesquisas têm legitimado alguns e desautorizados outros saberes.

---

<sup>10</sup> <http://www.springer.com/medicine/journal/11655>.

Para tanto, empenhamo-nos para exercitar, em relação ao autocuidado nas PIC, o que Boaventura Sousa Santos (24) concebe como sociologias das emergências e ausências, pensamento este que se desenvolve como um exercício de vigilância ética sobre o desenrolar das possibilidades, uma análise de como práticas, experiências ou formas de saber se desenvolvem apenas como tendência ou possibilidade futura. Enquanto a sociologia das emergências ocupa-se em investigar o futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo no presente e apontam para caminhos de emancipação social, a sociologia das ausências dedica-se a realidades silenciadas, suprimidas e marginalizadas.

Para Boaventura, é necessário a construção de uma razão cosmopolita, a qual diz respeito a duas tarefas autônomas, mas intrinsecamente ligadas:

“A primeira consiste em responder à seguinte questão. Se o mundo é uma totalidade inesgotável, cabem nele muitas totalidades, todas necessariamente parciais, o que significa que todas as totalidades podem ser vistas como partes e todas as partes como totalidades (...). Do ponto de vista desta concepção do mundo, faz pouco sentido tentar captar este por uma grande teoria, uma teoria geral, porque esta pressupõe sempre a monocultura de uma dada totalidade e a homogeneidade das suas partes (...). A segunda tarefa consiste em responder a seguinte questão. Se o sentido e muito menos a direção da transformação social não estão pré-definidos, se, por outras palavras, não sabemos ao certo se um mundo melhor é possível, o que nos legitima e motiva a agir como se soubéssemos? E se estamos legitimados e motivados, como definir esse mundo melhor e como lutar por ele? Por outras palavras, qual é o sentido das lutas pela emancipação social? (...) Em minha opinião, a alternativa à teoria geral é o trabalho de tradução. A tradução é o procedimento que permite criar inteligibilidade recíproca entre as experiências do mundo, tanto as disponíveis como as possíveis, reveladas pela sociologia das ausências e a sociologia das emergências. Trata-se de um procedimento que não atribui a nenhum conjunto de experiências nem o estatuto de totalidade exclusiva nem o estatuto de parte homogênea” (24).

Assim, produzir estudos de sociologia nesta perspectiva sobre PIC requer um olhar apurado e crítico para identificar em que medida elas participam de movimentos de emancipação e iniciativas de resistência e alternativas à normatividade, ou são assimiladas por esta. Também, devemos analisar suas possibilidades e potencialidades em compor uma racionalidade cosmopolita, reconhecendo que a experiência social em todo mundo é muito mais ampla e variada do que as práticas hegemônicas creditadas pela tradição científica ou filosófica ocidental.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar os sentidos de autocuidado relacionado às Práticas Integrativas e Complementares na literatura científica indexada.

### **Objetivos Específicos**

Elaborar análise crítica sobre a abordagem de autocuidado relacionado às Práticas Integrativas e Complementares pela literatura indexada da área da saúde.

## METODOLOGIA

Apesar da institucionalização da biomedicina ter acarretado silenciamentos e invisibilidades de outros saberes, há movimentos de abertura a outras possibilidades para reconhecimento e discussão de referenciais plurais no meio acadêmico e no campo da saúde. Assim, examinamos o que artigos científicos dizem a respeito das culturas de autocuidado no contexto contemporâneo e em que termos tais pesquisas caracterizam as PIC ao introduzi-las no campo científico.

Para buscar respostas, senão reflexões, sobre tais questões, realizamos um mapeamento das formas de conceituar e problematizar autocuidado relacionado às PIC na produção científica da área da saúde. Realizamos análises desses materiais com as reflexões de autores das ciências humanas que discorrem sobre relações de poder, autonomia e liberdade na produção de saúde.

Para tanto, primeiramente, desenvolvemos duas revisões da literatura: a primeira sobre autocuidado no campo da saúde e, a segunda, relativa à expansão e institucionalização do autocuidado com uso de PIC. Na primeira, foram selecionadas teses e dissertações produzidas nos últimos cinco anos, sendo, posteriormente, identificados livros, documentos de políticas públicas, relatórios de pesquisa de mercado e artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde e na biblioteca eletrônica do *Scielo*. Como resultado das leituras e reflexões dos materiais publicados na área da Saúde Coletiva, Sociologia, além de documentos não acadêmicos, apresentamos o primeiro capítulo da dissertação com o título “*Sentidos de Autocuidado no Campo da Saúde e nas Práticas Integrativas e Complementares*” e o segundo capítulo, “*Expansão e Institucionalização do Autocuidado com uso de Práticas Integrativas e Complementares*”. Nestes estudos, almejamos ampliar a compreensão sobre os sentidos conferidos a práticas de autocuidado na contemporaneidade e a abordagem da diversidade na produção de saúde.

A partir desses materiais, procuramos entender e identificar como a literatura tem examinado e dado respostas a quatro questões fundamentais que perpassam todos capítulos da dissertação. Indagamos, primeiramente, como tais materiais discutem a centralidade da biomedicina na definição de práticas legítimas

de saúde; em segundo lugar, em que medida os discursos sobre práticas de autocuidado em geral e mais especificamente relacionados às PIC atuam na conformação das subjetividades contemporâneas; um terceiro ponto diz respeito a como as PIC são deslegitimadas, reconhecidas e apropriadas pelo campo científico; e, por fim, a importância de pesquisas qualitativas e do pluralismo metodológico para a produção de conhecimento sobre as PIC.

Partindo das leituras e análises exploratórias realizadas nos dois primeiros capítulos, continuamos examinando tais questões em artigos científicos que desenvolvem pesquisas qualitativas sobre autocuidado em PIC. Para seleção do material, realizamos uma revisão sistemática da literatura indexada, o que nos permitiu reunir e sintetizar informações de pesquisas disponíveis sobre este tema, analisando seu conjunto e comparando suas diferenças. Isso porque a revisão sistemática é uma metodologia que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema e disponibiliza um resumo dos documentos selecionados mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados. Esse tipo de pesquisa deve apresentar um protocolo explicitando como os estudos foram encontrados, critérios de inclusão e exclusão, avaliação da qualidade dos estudos, entre outros aspectos que sejam considerados relevantes (25).

Seguindo o exposto, para a revisão sistemática em questão, foram selecionados artigos científicos indexados, publicados no período de: 1 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016; nos idiomas: português, espanhol ou inglês, e referentes a pesquisas realizadas com humanos. Os documentos deveriam conter no título, nas palavras-chaves ou resumo os descritores e sinônimos relacionados a autocuidado e PIC consultados nos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde da BIREME e no *MeSH - Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine*. Além dos termos dos vocabulários controlados da área da saúde, também foram incluídas expressões identificadas como usuais na abordagem às PIC como “CAM” e “*Complementary health approaches*”, adotada pelo *The National Center for Complementary and Integrative Health*.

Assim, adotamos a seguinte fórmula booleana de busca: "care, self" or "self-care" or "self-management" or "self management" or "autocuidado" or "autoajuda"

or "autocura" or "self healing" or "self help" or "autocuración" or "autoayuda" AND "cam" or "complementary and alternative medicine" or "complementary health approaches" or "integrative health" or "complementary therapies" or "complementary therapy" or "complementary medicine" or "alternative medicine" or "alternative therapies" or "alternative therapy" or "medicina alternativa" or "medicina complementar" or "medicina complementar e integrativa" or "práticas integrativas e complementares" or "terapias alternativas".

As buscas por artigos indexados efetivaram-se nas seguintes bases de dados da área da saúde e multidisciplinares: Biblioteca virtual de saúde, PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, ProQuest Central, Cinhal (EBSCO), Academic Search Premier (EBSCO HOST), Jstor, Sage. Aplicamos a fórmula de busca estabelecida, fazendo as adaptações necessárias a cada base e coletando o número total de artigos.

Foram excluídos documentos no formato de dissertações ou tese, livros, cartas, editorial, assim como artigos que estão incompletos ou que não sejam de acesso livre ou disponibilizados pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A análise de qualidade das publicações não foi considerada como critério de exclusão, mas ponderada na apresentação das sínteses.

Desse modo, com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos pelo protocolo desta pesquisa, utilizamos os filtros disponíveis pelas bases para separar o material para leitura dos resumos. Como tais filtros variam de acordo com cada base e nem todos contemplam os pontos considerados no protocolo de pesquisa, esta primeira leitura possibilitou a filtragem manual e a identificação de artigos que, apesar de cumprirem os critérios estabelecidos, tratam de assuntos diversos do tema desta pesquisa ou abordam de modo secundário e pontual, apenas citando tais práticas de saúde sem que tratem de noções de autocuidado relacionadas às PIC. São estudos em que as PIC aparecem, pontualmente, como uma dentre outras estratégias adotadas pela pessoa para lidar com uma determinada situação. Como exemplo, selecionamos um artigo que representa o modelo a que estamos nos referindo: *Beard E, Brown J, Michie S, Kaner E, Meier P, West R. Use of aids for smoking cessation*

*and alcohol reduction: A population survey of adults in England. BMC Public Health. 2016;16:1237. doi:10.1186/s12889-016-3862-7.* Nesse artigo, foram identificadas as seguintes estratégias de autocuidado: farmacoterapia, aconselhamento presencial, apoio telefônico, materiais de autoajuda digital e impresso, e medicina complementar. Artigos deste tipo foram excluídos do conjunto submetido à análise.

Abaixo apresentamos a Tabela 1, na qual consta: o número total de artigos encontrados, o número selecionado aplicando filtros disponíveis em cada uma das bases e a quantidade de artigos separados manualmente de acordo com os critérios definidos:

**Tabela 1 – Resultados quantitativos da Revisão Sistemática**

<b>Base</b>	<b>Resultado geral</b>	<b>Resultado aplicando filtros disponíveis</b>	<b>Resultado após seleção manual</b>
<b>Pubmed Medline</b>	396	44	28
<b>Pubmed Central</b>	91	26	17
<b>BVS</b>	1067	135	83
<b>Scopus</b>	2981	141	86
<b>Embase</b>	377	97	50
<b>Web of Science</b>	538	74	62
<b>Cinahl (Ebsco)</b>	185	56	41
<b>Academic Search Premier</b>	211	57	34
<b>Sage</b>	154	60	40
<b>Proquest</b>	15	8	7
<b>Total</b>	6015	698	448
<b>Total sem duplicações</b>			188

Foram encontrados 6015 artigos nos resultados gerais, sendo filtrados 698 de acordo com os critérios disponíveis em cada base. Após a leitura dos resumos desta totalidade, foi realizada uma seleção manual de acordo com os critérios de

inclusão e exclusão apresentados, destes sendo subtraídas as duplicações. Finalizando, assim, um número total de 188 artigos.

Após a seleção das publicações, os resultados dos 188 artigos dessa revisão sistemática foram novamente submetidos a uma triagem manual para classificação quanto ao desenho metodológico e tipos de estudos agrupados por semelhança. Assim, os artigos foram classificados em quantitativos (81), qualitativos (81) e mistos (21), ou seja, quali-quantitativos ou quantitativos-qualitativos.

**Tabela 2 – Total de artigos por metodologias**

<b>Totais por Metodologia</b>	
Misto	26
Qualitativo	81
Quantitativo	81
Total	188

Após uma leitura mais minuciosa dos respectivos resumos, emergiram sete grupos de acordo com os temas mais recorrentes. Os tipos definidos foram os seguintes: 1) **Fatores de Uso**, os quais analisam o que influencia o uso e a adoção de PIC pelas pessoas; 2) **Prevalência e distribuição de uso**, são estudos que definem uma determinada população de acordo com algumas variáveis e avaliam a frequência de uso de PIC; 3) **Gastos**, levantamentos realizados sobre gastos realizados com consumo e ofertas de PIC; 4) **Eficácia**, estudos que avaliam a eficácia do uso de PIC para determinadas doenças; 5) **Avaliação**, sentidos e experiências, pesquisas que consideram a experiência e a produção de sentidos das pessoas no uso de PIC; 6) **Aplicações e avaliação de ensino**, os quais estão relacionados à formação em PIC e avaliações destas experiências; 7) **Levantamento de oferta**, artigo sobre serviços ofertados, grupo no qual apenas um artigo foi selecionado, mas que não se assemelha aos demais grupos e por isto foi mantido separado.

**Quadro 1 – Tipos de Estudos**

<b>Tipos de Estudos Agrupados por Semelhança</b>	
<b>Grupos</b>	<b>Descrição</b>

1) Fatores de uso	Análises dos fatores que influenciam o uso e a adoção de PIC pelas pessoas.
2) Prevalência e distribuição de uso	Estudos que definem uma determinada população de acordo com algumas variáveis e avaliam a frequência de uso de PIC
3) Gastos	Levantamentos realizados sobre gastos realizados com consumo e ofertas de PIC
4) Eficácia	Estudos que avaliam a eficácia do uso de PIC para determinadas doenças
5) Avaliação, sentidos e experiências	Pesquisas que consideram a experiência e a produção de sentidos das pessoas no uso de PIC
6) Aplicações e avaliação de ensino	Relatos e avaliação de experiências de formação em PIC
7) Oferta	Levantamento sobre serviços ofertados. (grupo no qual apenas um artigo foi selecionado, mas que não se assemelha aos demais grupos e por isto foi mantido separado)

Na divisão em grupos por semelhanças de tipos, houve artigos que se enquadraram em mais de um grupo, configurando a seguinte distribuição:

**Tabela 3 – Total de artigos por subgrupos e metodologias**

Subgrupos	Metodologia		
	Misto	Qualitativos	Quantitativos
Fatores de uso	4	12	18
Prevalência e distribuição de uso	6	4	46
Gastos	0	0	4
Eficácia	15	21	21
Avaliação, sentidos e experiências	11	44	5
Levantamento de oferta	0	1	1
Aplicação e avaliação de ensino	2	2	4

### **Análise dos resultados da revisão sistemática**

Da totalidade dos artigos desta revisão sistemática, foram selecionados dois grupos de estudos qualitativos para análise: 12 artigos relacionados a fatores de usos e 21 à eficácia.

Após a seleção das publicações, foram identificados os países de origem, data de publicação, quais práticas e patologias consideradas. E em seguida, os artigos

destes três grupos foram lidos na íntegra, tabulados e identificando suas temáticas principais, sendo, posteriormente, discutidos com apoio das leituras realizadas pela revisão de literatura dos capítulos iniciais.

Os resultados e suas respectivas análises são apresentadas na forma de metassínteses qualitativas, tratamento definido por Lopes (26) como uma síntese interpretativa e integrativa de resultados qualitativos, uma metodologia com origem na sociologia, considerada como uma modalidade de estudo qualitativo que utiliza dados de outros estudos qualitativos. Esse tipo de análise não se restringe à exposição da soma de vários resumos, pois também desenvolve uma interpretação sobre o conjunto dos resultados. Assim, serão apresentadas sínteses e comparações dos documentos, analisando como se referem ao autocuidado no contexto das PIC.

Na síntese, procurou-se os padrões, identidades e diferenças, e na análise, as interpretações e as escolhas desenvolvidas nas pesquisas, elaborando uma interpretação do conjunto dos artigos selecionados, de um modo geral. Para tanto, tratamos dos aspectos teóricos, metodológicos, resultados e análises de cada um destes estudos e as diferenças e semelhanças na composição do seu conjunto.

## Capítulo 1: Sentidos de Autocuidado no Campo da Saúde

Desenvolvemos uma revisão de materiais diversos que abordam noções de autocuidado em saúde e realizamos leituras teóricas que ampliam as perspectivas de estudo dessa temática. Assim, primeiramente, foram selecionadas teses e dissertações produzidas nos últimos cinco anos nas Ciências Humanas e Saúde Coletiva; sendo, posteriormente, identificados livros, documentos de políticas públicas, relatórios de pesquisa de mercado e artigos indexados nas Biblioteca Virtual em Saúde e na Biblioteca Eletrônica do Scielo. O objetivo desta pesquisa foi analisar, sob um ponto de vista crítico, a partir da leitura de materiais diversos, acadêmicos e outros, os sentidos conferidos ao autocuidado na contemporaneidade e contribuir com as discussões sobre diversidade na produção de saúde.

Sumariamente, as problematizações identificadas como recorrentes e que perpassam as leituras realizadas, de um modo geral, tratam das seguintes questões: 1) A relação do autocuidado em saúde e a subjetividade no contexto neoliberal; 2) A centralidade e hegemonia do discurso médico-científico na definição de práticas legítimas de autocuidado em saúde; 3) Constituição de identidades saudáveis; 4) Autocuidado com PIC: alternância entre movimentos de medicalização e desmedicalização.

Abaixo, apresentamos sínteses das leituras realizadas sem, de modo algum, ter a pretensão de exaurir tais discussões, mas delimitando um quadro geral das diferentes perspectivas de autores que têm problematizado e analisado a temática do autocuidado ou desenvolvido elementos teóricos que contribuem com o exame deste. Apesar dos esforços, a dificuldade em apreender a complexidade das análises e as vertentes distintas, caracterizou a composição deste quadro teórico com certa arbitrariedade e fragmentação, o qual pretende-se explorar com mais densidade e abrangência em trabalhos posteriores.

O texto está organizado em três partes, as quais não esgotam as possibilidades do debate teórico sobre autocuidado mas contemplam, em certa medida, as principais abordagens identificadas nos materiais da revisão de literatura realizada. Assim, na primeira parte, retomamos algumas noções Foucaultianas que

oferecem possibilidades de análise do nosso tema e desdobramentos teóricos pós-foucaultianos em autores que retomam algumas das suas noções; na segunda, abordamos autores diversos que elaboraram críticas à medicalização e *helthism*; e, por fim, na terceira parte apresentamos algumas das discussões sobre autocuidado sob a perspectiva de teóricos da modernidade contemporânea.

## **1. Relações de poder e práticas de saúde**

### *Regimes de verdade*

Nos tempos atuais, seja quando o saber médico é preponderante, ou quando se constata a abertura a uma diversidade de profissionais e práticas além da medicina no cuidado dos sujeitos com sua saúde, a ciência permanece exercendo um papel central na legitimação de saberes e práticas em saúde. Sob o prisma de Michel Foucault, isso pode ser explicado porque alguns discursos exercem procedimentos de controle sobre outros, o que supõe certa defasagem entre eles. Assim, diferenciam-se os textos primários e secundários, sendo que estes últimos não fazem outra coisa senão repetir e retomar o que se diz nos textos primários, além de revelar algo da suposta verdade originária que permaneceu oculta. Os primeiros caracterizam-se por textos que são autorizados e verdadeiros, os segundos, dizem o que já foi dito (1).

Em “A ordem do discurso” (2), Foucault aborda como em cada sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos e jogos de interdições que definem procedimentos de exclusão. Cada coletividade tem seu regime de verdade ou política de verdade, definindo os tipos de discursos aceitos e que funcionam para criar os enunciados verdadeiros e falsos, além da maneira como se sancionam uns e outros. Os regimes de verdade estão ligados aos sistemas de poder que os produzem e não são simplesmente ideológicos, são condição da formação e do desenvolvimento do capitalismo e um aspecto fundamental na formação dos sujeitos e das subjetividades.

Para Foucault, esta diferenciação entre textos primários e secundários ocorre em cada sociedade conforme seu regime de verdade, ou seja, conforme a relação entre as palavras, as técnicas, os procedimentos e o estatuto daqueles que têm a função de dizer o que funciona como verdadeiro. Foucault distingue cinco

características historicamente importantes da economia política da verdade em nossas sociedades: 1) está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; 2) está submetida a uma constante incitação política e econômica; 3) é objeto de difusão e consumo; 4) é produzida e distribuída sob o controle dominante de grandes aparatos políticos e econômicos; e 5) é a colocação em jogo do debate político e das lutas sociais. É desta perspectiva que Foucault analisa a importância do conhecimento médico e científico exercendo um papel fundamental nos regimes de verdade da nossa sociedade (1)(2).

No entanto, a análise do discurso sobre autocuidado no campo da saúde deve entrelaçar-se, cada vez mais, com o estudo das práticas em geral (1), já que as práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos, pois tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm. Sob este ponto de vista, deve-se examinar a ciência não só como texto primário das práticas discursivas, mas também como referência normativa de práticas não discursivas sobre os comportamentos dos sujeitos, como parte das estratégias, táticas e lutas (1)(2).

### *Exercícios de poder, biopoder e biopolítica*

Entre as obras de referência para os estudos sobre autocuidado estão as que Foucault desenvolveu discussões sobre poder, biopoder e biopolítica, discussões estas em que se destacam sua instabilidade conceitual estratégica, já que novos elementos e conceitos o fazem reelaborar ideias anteriores. Foucault se refere a três modos de exercício de poder. No primeiro, o poder decorre da soberania, na qual o poder é concebido como um direito originário, onde o soberano detinha o poder sobre a vida e a morte dos seus súditos, determinando proibições a estes. Já no modo disciplinar, as relações de poder se efetivam em diversos dispositivos de disciplinamento, como escolas, hospitais, prisões, os quais determinam o que é permitido e nos quais se formalizam as condutas, havendo como regra o adestramento dos corpos dos indivíduos inseridos nessas instituições e espaços de confinamento. Constam também dispositivos de segurança ou médio-ambientais, em que o controle não se dá pela formalização das condutas, mas pelo ordenamento do entorno, do

meio. Apesar de a teoria da soberania ter servido para a formação histórica do poder disciplinar, tratam-se de duas formas diferentes de poder. A soberania é uma forma de poder que se exerce sobre os bens, a terra e seus produtos, seus objetos fundamentais são o território e as riquezas, trata-se de uma obrigação jurídica que supõe a existência de um soberano, o corpo do rei. A disciplina, no entanto, orienta-se para os corpos e o que eles fazem, seu objetivo é extrair deles tempo e trabalho. Exerce-se de maneira contínua mediante a vigilância. O dispositivo disciplinar é uma apropriação total e completa, com relação ao indivíduo, é “uma ocupação do seu corpo, da sua vida e do seu tempo” (1)(3).

Já a terceira forma de poder é exercida pelo biopoder, o qual pode ser definido como poder sobre a vida, as políticas da vida biológica, assim como o poder sobre a morte. A formação do biopoder, segundo Foucault, poderia ser abordada a partir das teorias do direito, da teoria política ou ao nível dos mecanismos, das técnicas e das tecnologias do poder, sendo estas últimas o alvo de suas análises (3).

Para reflexões acerca do autocuidado e relações de poder, parte-se da chave conceitual de biopoder e biopolítica (4) analisando o exercício do poder no disciplinamento do corpo e da noção de população, a qual desloca a vida biológica para o centro de novos mecanismos de poder estatal e novos saberes, como a demografia, estatística, medicina, psiquiatria e outras. Salienta-se que a partir do século XVIII, as condutas, os comportamentos e o corpo humano passaram a compor um sistema de funcionamento da medicina que se tornou cada vez mais vasto e extenso em relação às enfermidades.

Nesse sentido, o poder, atravessado por uma rede de relações, tomou como objeto, primeiramente, o corpo individual, considerado como uma máquina e, posteriormente, a população, o corpo-espécie. Seu objeto será o corpo vivente, suporte dos processos biológicos: nascimento, mortalidade, saúde, duração da vida. Elementos indispensáveis para o desenvolvimento do capitalismo, estes asseguraram a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e para ajustar os fenômenos da população aos processos econômicos. Os seus estudos e pensamento envolvem, principalmente, o biopoder e a sociedade disciplinar. Para tanto, o filósofo percorreu

três técnicas independentes, mas sucessivas e incorporadas umas pelas outras: do discurso, do poder e da subjetivação.

No entanto, como afirma Foucault, desde que não se configure uma situação de dominação em que as relações que exercem influência umas sobre as outras estão fixadas e estáveis, as relações de poder sucedem num espaço de liberdade, em que deslocamentos e respostas não normativas são possíveis. O problema não é, portanto, tentar dissolver os jogos de poder na utopia de uma comunicação perfeitamente transparente, mas de impor regras de direito, técnicas de gestão e também de moral, *ethos* e práticas de si que permitam jogar com o mínimo possível de dominação. Ampliando, assim, relações que são suscetíveis de modificação, onde sujeitos individuais ou coletivos têm diante de si um campo de possibilidade em que se podem dar muitas condutas, muitas reações e diferentes modos de comportamento (6).

### *Subjetividade e cuidado de si*

O tema do poder é, em realidade, para Foucault, um modo de enfrentar o tema do sujeito.

“Antes de tudo, queria dizer qual foi o objetivo de meu trabalho destes vinte anos. Não foi analisar os fenômenos de poder nem lançar as bases para esta análise. Antes, tratei de produzir uma história dos diferentes modos de subjetivação do ser humano em nossa cultura; tratei, nesta ótica, de modos de subjetivação que transformam os seres humanos em sujeitos (...). Não é, pois, o poder, mas o sujeito o que constitui o tema geral de minhas investigações” (5).

Para o autor, a história das técnicas de cuidado seria uma maneira de fazer a história da subjetividade, através da formação e das transformações em nossa cultura, das relações consigo mesmo, com o arcabouço técnico e seus efeitos de saber (1). Do seu ponto de vista, os sujeitos podem se constituir de uma maneira passiva ou ativa, por meio de práticas que não são criadas por eles próprios, mas que são encontradas na cultura (6). Assim, uma história do cuidado e das 'técnicas' de si seria, então, uma maneira de fazer a história da subjetividade, da formação e das

transformações em nossa cultura das relações consigo mesmo, seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber (1).

Foucault compreendia que o cuidado de si poderia se constituir como prática de liberdade se não fosse normatizado, mas exercido pelos sujeitos como um trabalho crítico, filosófico e de cuidado ético-moral em busca pela transformação e (re)construção de si mesmo (4). Tais práticas criariam condições éticas e livres para atuar, escolher, participar e compartilhar a vida com os outros. Uma maneira de constituir a si, menos como sujeito de conhecimento, e mais como sujeito da ação ética, num esforço de se libertar de nossa subjetividade normatizada, social e historicamente construída, vivida como uma substância natural e universal (6).

#### *Desdobramentos pós-foucaultianos: biossociabilidade e bioascese*

As formulações de biopoder e biopolítica desenvolvidas por Foucault para análise de formas determinadas de poder nos séculos XVII, XVIII e XIX, foram atualizadas por alguns autores para compreender como os novos modos de produção da verdade, poder e subjetividade se desenvolvem ao longo dos séculos XX e XXI em relação ao corpo e a saúde da população. Nesta perspectiva, o autocuidado contemporâneo é interpretado como uma das estratégias e tecnologias do biopoder no contexto neoliberal. Paul Rabinow e Nikolas Rose (7) o caracterizam como práticas de *self*, induzidas por um conjunto de verdades que as autoridades constroem sobre os seres, estratégias de intervenção na existência e modos de subjetivação, para que os indivíduos atuem sobre si próprios em nome da vida, da saúde individual ou coletiva.

Partindo dos referenciais foucaultianos, Rabinow concebe a noção de biossociabilidade, elaborando análises sobre discursos e práticas de biopoder no contexto de pesquisas genéticas para compreender como corpo e população tem sido rearticulados. Assim, entende biossociabilidade como um tipo novo de autoprodução com uma rede de circulação de termos de identidade e lugares de restrição. Se a sociobiologia é a cultura construída com base numa metáfora da natureza, então na biossociabilidade a natureza será modelada na cultura compreendida como prática; ela será conhecida e refeita através da técnica, a natureza finalmente se tornará artificial, exatamente como a cultura se tornou natural (8). Rabinow (2002) destaca a

formação de novas identidades e práticas individuais e grupais; o autor previa a formação de grupos de pessoas com doenças específicas que se encontrariam

“para partilhar suas experiências, fazer lobby em torno de questões ligadas as suas doenças, educar seus filhos, refazer seus ambientes familiares, etc. É isto o que eu entendo por biossociabilidade. Esses grupos terão especialistas médicos, laboratórios, histórias, tradições e uma forte intervenção de agentes protetores para ajudá-los a experimentar, partilhar, intervir e ‘entender’ seu destino” (8).

Francisco Ortega (9) retoma esse conceito de biossociabilidade ao analisar novas formas de sociabilidade apolíticas, constituídas por grupos de interesses privados (sem relação com raça, classe, estamento, orientação política etc), produzidas na interação do capital com as biotecnologias e a medicina. O autor observa como as bioasceses contemporâneas participam de uma cultura de biossociabilidade, que produz novos modelos ideais de sujeitos baseados no desempenho físico, excessivamente individualista e compoendo uma série de atividades disciplinares voltadas exclusivamente para os cuidados do corpo, a estética da boa forma, a obtenção de longevidade e a manutenção da saúde como um fim em si. Todo um vocabulário médico-fisicalista populariza-se e adquire uma conotação quase moral, ao mesmo tempo as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são ressignificadas como práticas de saúde. Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, auto-vigia e auto-governa. Nesse contexto, as identidades corporais tornam-se essenciais na organização da sociabilidade a partir de critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade etc. Há ainda a somatização da subjetividade, em que corpo e *self* tornam-se idênticos. Desse modo, o corpo passa a ser central para a experiência do eu e as práticas bioascéticas fundem corpo e mente na formação de bioidentidades somáticas, produzindo um eu que é indissociável do trabalho sobre o corpo (9).

## **2. Neoliberalismo e normatização subjetiva**

Para Pierre Dardot e Christian Laval, a racionalidade neoliberal que se desenvolve nos anos 1980-1990 não é apenas a implementação de uma doutrina, uma ideologia, um tipo de política econômica, mas um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo como um todo, estendendo a lógica do capital a todas as

relações sociais e esferas da vida. Trata-se de uma multiplicidade de processos heterogêneos que resultaram, em razão de fenômenos de coagulação, apoio, reforço recíproco, coesão, integração nesse efeito global que é a implantação de uma nova racionalidade governamental. Considerada uma racionalidade governamental, e não uma doutrina mais ou menos heteróclita, para os autores, o neoliberalismo é precisamente o desenvolvimento da lógica do mercado como lógica normativa generalizada, desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade. A empresa é promovida a modelo de subjetivação: cada indivíduo é uma empresa que deve se gerir e um capital que deve se fazer frutificar (10).

Segundo os autores (10), a normatividade contemporânea das *“sociedades capitalistas impôs-se por uma normatização subjetiva (...) que, no fim do século XX, engendraram a figura do homem-empresa ou do “sujeito empresarial”, favorecendo a instauração de uma rede de sanções estímulos e comprometimentos que tem o efeito de produzir um processo de valorização do self. Assim, o momento neoliberal caracteriza-se por uma homogeneização do discurso do homem em torno da figura da empresa, em que diversas técnicas contribuem para a fabricação desse novo sujeito unitário, empresarial, o sujeito neoliberal ou, simplesmente, ‘neosujeito’. Esse sujeito de alta performance torna-se um empresário de si, responsável pela gestão dos seus riscos e recursos nas diferentes esferas da vida comprometendo-se com o seu desenvolvimento. Isso significa que o indivíduo aprenda pelo exercício de uma série de práticas a ser um sujeito ativo e autônomo na e pela ação que ele deve operar sobre si mesmo. Dessa forma, ele aprenderá por si mesmo a desenvolver ‘estratégias de vida’ para “enfrentar a tripla necessidade: de posicionamento da identidade, desenvolvimento de seu próprio capital humano e gestão de um portfólio de atividades” (10).*

Essas práticas de “ascese do desempenho”, segundo Éric Pezet (11), constituem um mercado em plena expansão com oferta de diferentes técnicas, como *coaching*, programação neurolinguística, análise transacional e múltiplos procedimentos ligados a uma escola ou a um líder que visam a um melhor domínio de si mesmo, das emoções, do estresse, das relações com clientes ou colaboradores, chefes ou subordinados. Todos têm como objetivo fortalecer o *self*, adaptá-lo melhor à realidade, torná-lo mais operacional em situações difíceis.

A resistência ao poder-conduta neoliberal e a subjetivação-sujeição nele implicado consistiria na recusa ativa *“de se conduzir com relação a si mesmo como empresário de si e na recusa de se conduzir com relação aos outros de acordo com a norma da concorrência”* (10). Essas recusas teriam como consequências, um certo distanciamento e descolamento da lógica competitiva da eficácia, e, do lado da relação aos outros, a produção de relações de cooperação, de contracondutas cooperativas. A subjetivação individual, ainda de acordo com Dardot e Laval, deve sempre articular à subjetivação coletiva, pois *“A invenção de novas formas de vida só pode ser uma invenção coletiva, devida a multiplicação e a intensificação das contracondutas de cooperação”* (10). O governo dos homens e as relações entre eles pode se organizar em torno de objetivos diferentes dos impostos pela racionalidade neoliberal, ou seja, de maximização do desempenho, da eficácia, da superprodução e do controle generalizado. O governo dos homens pode se alicerçar nos modos de governo de si que produzam modalidades não competitivas de relação aos outros (10).

### **3 Medicalização e *Healthism***

As problematizações relacionadas à medicalização e autocuidado incluem as críticas sobre o papel que a medicina ocidental contemporânea tem desempenhado na sociedade, tanto na legitimação dos saberes e práticas em saúde, quanto no controle social e no desenvolvimento de uma moralidade que associa o paradigma de uma boa vida à obrigatoriedade da adoção de hábitos saudáveis. Ao longo dos anos de 1970, diversos autores abordaram criticamente, entre outros aspectos, a iatrogenia médica e farmacêutica, a medicalização social como instância de dominação política e controle, a submissão da saúde a uma ordem imposta pela lógica de produção e mercado, a interdição da ideia de bem-estar e prazer pela normalidade medicalizada e o reducionismo biologicista da medicina (17).

Um dos principais aspectos destas análises diz respeito à crítica da centralidade, expansão e hegemonia do discurso médico-científico, expressando como as sociedades modernas submeteram-se a um processo contínuo de medicalização, caracterizada por Foucault *“pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico”* (1). Em outras

palavras, a medicina impôs-se aos indivíduos como um ato de autoridade, seu domínio de intervenção já não concernindo apenas às enfermidades, mas à vida em geral (12).

Em *Nêminis da Medicina: A Expropriação da Saúde*, Ivan Illich (13) examinou a medicalização da vida sob a perspectiva do impacto do desenvolvimento industrial e os efeitos de sua superprodução na área da saúde. Na introdução do livro, o autor afirma que *“A empresa médica ameaça à saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado”*. O autor analisa extensamente três formas de iatrogênese da medicina: a clínica, devido aos danos causados pelo uso de medicamentos e tecnologias médicas; a social, resultante do desenvolvimento de uma relação de dependência à autoridade médica; e a cultural, ocasionada pela destruição da capacidade das pessoas e comunidades lidarem de modo autônomo com seus processos de saúde e doença. Para Illich, os efeitos dessas três formas de iatrogênese são contundentes, pois:

“O que pode ser fornecido e consumido toma o lugar do que pode ser feito. (...) Curar não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro surge e cobra seus serviços, curar passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria. O que é abundante, gratuito e de grande valor torna-se alguma coisa que, por definição, é rara, tem um custo monetário de produção e um preço de mercado. Curar não é mais então uma atividade, mas uma mercadoria. A medicalização da vida aparece, portanto como parte integrante de sua institucionalização industrial” (13).

Peter Conrad (14) desenvolveu uma crítica ao desenvolvimento da medicina de outro ponto de vista, afirmando que o indivíduo não se torna apenas o terreno privilegiado da explicação e intervenção para prevenção de doenças, mas o sujeito responsável por sua própria saúde. Diferente das análises anteriores sobre a medicalização, na qual a agência estava restrita à profissão médica, o autor observa uma espécie de medicalização sem médicos, na qual a adoção de hábitos saudáveis pode ser definida como um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que resultam da elevação da saúde a um patamar ideal e um envolvimento ativo de pacientes no processo de cuidados. O autor chama atenção, inclusive, para uma estigmatização dos menos saudáveis devido à exposição a fatores de risco

relacionados ao estilo de vida, como o tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, práticas *fitness*, bem como tipos de dietas alimentares, programas de exercícios e métodos de cura etc.

Numa publicação mais recente, “*A genealogy of "healthism": Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control*”, de 2015, Mauro Turrini (12) traça um histórico destas discussões, desde a década de 1970, referentes à ampliação do poder e influência da medicina como uma instituição de controle social. Para este autor, pode-se afirmar que à medida que o status de saúde ganhou maior autonomia, expandindo o discurso médico além das suas instituições tradicionais, desencadeou-se o fenômeno do *healthism*. Este termo está relacionado ao imperativo moral associado às práticas da promoção da saúde e ao processo de medicalização mais abrangente.

Nesta perspectiva, estilos de vida, hábitos saudáveis e fatores de risco são vetores de uma prática de autocuidado híbrida em que as fronteiras entre intervenções médicas e outros procedimentos de diagnósticos e terapêuticos não são tão nítidas. Em outras palavras, as pessoas passaram a lidar com o cuidado em saúde como verdadeiros *bricoleurs* à medida que combinam, adaptam e misturam uma variedade de meios e recursos disponíveis, sem prestar muita atenção à distinção entre terapias estritamente médicas e não médicas. Assim, Turrini chama atenção para o equívoco da tentativa de distinguir entre hábitos saudáveis e orientações médicas, já que estilos de vida saudáveis estão permeados por atividades físicas e práticas clínicas (12).

Roberto Passos Nogueira (15) interpreta essa obsessão dos “corpos” como uma mania com sua própria condição de saúde corporal, o que nomeia de higiomania, algo que passou a fazer parte definitivamente do estilo de vida altamente tecnificado do *healthism*. Estilo de vida que se caracteriza pela idolatria ao corpo e sua saúde, alimentada pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria alimentícia e, de um modo geral, por todos que estão interessados em vender este novo produto, o autocuidado.

Para Ortega, *healthism* é a ideologia, a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade, na qual há uma conotação “quase moral” aos critérios de

avaliação de saúde individual, ao mesmo tempo que todas atividades sociais são ressignificadas como práticas de saúde (9).

Illich não ficou desatento a esta discussão e, na década de 1990, ampliou sua análise anterior reconhecendo a importância da segunda tese de medicalização, ao admitir não ter considerado a busca patogênica da saúde como um aspecto fundamental da iatrogênese cultural do corpo. Nas suas palavras, *“O maior agente patógeno de hoje, acho eu, é a busca de um corpo sadio”* (16). A profissão médica que era proeminente em determinar o que é o corpo e como se deve senti-lo, *“começou a dividir com outros agentes o poder de reificar as pessoas como psiques e corpos, desenvolvendo um novo modelo que engendra pessoas que reificam a si mesma e se concebem como ‘produtores’ do seu próprio corpo”* (16).

Em seu discurso, *“Saúde como responsabilidade de cada um - não, obrigado!”* (17), Illich critica de modo mais veemente a convocatória para uma nova anatomia higienista, uma saúde que, ao seu ver, requer a integração harmoniosa, saudável, do sistema imunológico de cada pessoa ao sistema sócio-econômico mundial, numa sociedade que, entre outras condições doentias, se tornou a-mortal. Reforçando sua defesa de desinstitucionalização, rejeita a desautorização das pessoas cuidarem da sua própria saúde de acordo com seus preceitos, insistindo na completa eliminação de todos os estatutos legais que regulam o consumo de medicamentos, e os tratamentos não convencionais e/ou irregulares. Afirma que, em muitos aspectos, as pesquisas biológicas, demográficas e médicas, da última década, a revelaram que as conquistas médicas contribuíram de uma forma insignificante para o nível da saúde da população, as quais resultaram em intervenções que apenas prolongam, de acordo com as expressões do autor, o sofrimento de loucos, inválidos, idosos dementes e monstros. Assim, critica e reprova que os autodesignados peritos da saúde agora apareçam como monitores cuidadosos que, com seus slogans, atribuem a responsabilidade do sofrimento aos próprios doentes. Saúde tornou-se uma escala pela qual se mede a aptidão para a vida por parte do sistema imunológico. Nesta perspectiva, a responsabilidade acabou sendo entendida como o autogoverno de um sistema imunitário.

Illich redige um manifesto sobre a autonomia higiênica, no qual afirma que muitas pessoas estão desorientadas atualmente sobre algo chamado de "saúde": os peritos tagarelam conscientemente sobre sistemas de cuidados de saúde; algumas pessoas acreditam que sem acesso a sofisticados e dispendiosos tratamentos ficarão enfermas; todo mundo se preocupa com custos crescentes; ouve-se, inclusive, falar de uma "crise de saúde". O autor argumenta ser necessário resgatar uma verdade da condição humana: sofro dor, sou afligido por restrições físicas e certamente morrerei. Alguns sofrem mais dor, outros, transtornos mais debilitantes, mas todos igualmente enfrentamos a morte.

Sobre cuidado, fala da capacidade que temos para cuidar uns dos outros, especialmente nos momentos de nascimento, acidentes e morte, geralmente suficientes para cuidar das reais necessidades da vida, comemorar e morrer. Em oposição a esta experiência, salienta como passamos a acreditar que desesperadamente precisamos de pacotes de mercadorias sob o rótulo de "saúde", projetados e entregues por meio de um sistema de serviços profissionalizados. Alguns tentam convencer-nos de que uma criança nasce impotente, necessitada do carinho de um lar, mas também doente requerendo tratamento especializado por peritos auto certificados. Outros acreditam que os adultos rotineiramente requerem diferentes tipos de drogas para tornarem-se velhos, enquanto os moribundos necessitam de tratamento médico. Muitos se esqueceram ou não são capazes de desfrutar dos modos de vida comuns e usuais que contribuem para o bem-estar e para a capacidade de se recuperar de uma enfermidade. Muitos se tornaram dependentes de um mito tecnológico gigantesco, contra o qual, no entanto, eles se queixam, por causa da maneira impessoal pela qual empobrece a muitos e enriquece a alguns. Sendo que os sintomas que a medicina moderna tenta tratar muitas vezes pouco tem a ver com a condição de nossos corpos, pois são sinais que apontam para os distúrbios e exigências excessivas das formas modernas de trabalhar, divertir-se e viver.

Illich criticava radicalmente os malefícios da institucionalização, monopólios e profissionalização de áreas centrais da vida humana. Desenvolveu também a ideia da contraprodutividade, segundo a qual uma instituição estimula o contrário do seu propósito. Para o autor, a principal preocupação da instituição é se justificar e se perpetuar, e não extinguir aquilo que foram designadas a combater. Instituições

médicas e a indústria farmacêutica, por exemplo, tem mais interesse nas doenças e vender remédios do que na saúde, instituições educacionais tem mais interesse em monopolizar conhecimento e ignorância do que no aprendizado. O processo de degradação se acelera quando necessidades não-materiais são transformadas em demandas por mercadorias, quando educação ou saúde física/psicológica são definidas como resultados de serviços ou 'tratamentos'. A confiança no tratamento institucional torna suspeita toda e qualquer realização independente. Por outro lado, uma vez que o autodidata foi desacreditado, toda atividade não profissional será suspeita. A mais radical alternativa para a escola seria uma rede de serviços que desse a cada homem a mesma oportunidade de partilhar seus interesses com outros motivados pelos mesmos interesses. Assim, faz defesa a favor de escolhas tomadas por uma vida de ação em vez de uma vida de consumo, relacionada a nossa capacidade de engendrar um estilo de vida que nos capacitará a sermos espontâneos, independentes, ainda que inter-relacionados. O futuro depende mais da nossa escolha de instituições que incentivem uma vida de ação do que do nosso desenvolvimento de novas ideologias e tecnologias (18).

#### **4. Autocuidado na perspectiva de teóricos da modernidade contemporânea: liquidez, individualização e reflexividade**

Para autores que estudam estágios avançados e contemporâneos da modernidade e seus processos de individualização (19)(20)(21)(23) , o autocuidado é indício de um movimento acentuado de responsabilização do indivíduo pela manutenção da vida consoante ao culto à autonomia e liberdade individual, os quais constituem uma das premissas básicas do neoliberalismo, ou como nomeiam, a emergência da sociedade de risco. Esta individualização é também uma compulsão pela fabricação do 'autoprojeto' e 'autorepresentação', num processo de desincorporação e reincorporação de modos de vida.

Nesse contexto, faz-se referência, também, a um novo tipo de condução da vida, não mais obrigatória e transmitida pelos modelos tradicionais, mas que torna cada sujeito ator e planejador de sua biografia, identidade, redes sociais, compromissos e convicções (19). Afirma-se que a construção, manutenção, reflexão e reorientação da identidade tornou-se o projeto de vida de cada indivíduo, cada vez

mais governado pelo conhecimento reflexivo e sobrecarregado com a tarefa de confirmar e validar as escolhas entre ideais e realidades contraditórias e efêmeras (20).

Ulrich Beck (19) caracterizou a sociedade de risco como uma fase do desenvolvimento da modernidade, na qual os riscos sociais, políticos e econômicos das instituições sociais voltam-se para o indivíduo. A esse respeito, Zygmunt Bauman (21) afirma que o significado de cidadania tem sido esvaziado de grande parte de seus antigos conteúdos enquanto as instituições dirigidas ou endossadas pelo Estado que sustentavam a credibilidade desse significado têm sido progressivamente desmanteladas.

A principal característica da sociedade contemporânea seria essa liquidez e indeterminação, na qual a tarefa de construir uma ordem nova e melhor ou de substituir a antiga não está na agenda, dissolve-se as forças que poderiam manter na agenda política a questão da ordem e do sistema. Volta-se para o processo de autoconstrução individualizada, privatizada, na qual o encargo de definir padrões e a responsabilidade por fracasso cai principalmente sobre os ombros do indivíduo (22).

Assim, para Bauman (20), a transferência de responsabilidade dos cuidados em saúde para os indivíduos está associada a essa dinâmica mais ampla e característica da sociedade neoliberal e de consumo, na qual ocorre um deslocamento da noção de que o Estado deve assegurar a saúde dos indivíduos, para a ideia de que eles próprios devem assumir a responsabilidade por esta, protegendo-se dos fatores de risco e consumindo bens e serviços que proporcionem uma vida saudável. Como diz o autor, trata-se da radical privatização do destino humano.

Anthony Giddens (23) desenvolveu um contraponto fundamental sobre as escolhas constitutivas das opções do estilo de vida, assinalando que estas são limitadas por relações de poder preexistentes e que estão fora do alcance dos indivíduos. Nas suas palavras, “a abertura da vida à tomada de decisão não deve ser identificada com o pluralismo, pois é também um meio de poder e estratificação”. Escolher torna-se o destino de todos, mas os limites de escolhas realistas diferem, assim como os estoques de recursos necessários. É a responsabilidade individual pela escolha que é igualmente distribuída, não os meios individualmente possuídos

para agir. Bauman, também reflete a respeito e adverte que o dever da liberdade sem os recursos que permitem uma escolha verdadeiramente livre é, para muitos, uma receita para a vida sem dignidade, preenchida, em vez disso, com humilhação e auto depreciação (20).

### *Insegurança e o Papel dos Especialistas*

Mesmo dedicando esforços e tendo acesso a recursos para se tornar uma pessoa saudável, não há garantia de redenção, o sujeito contemporâneo está recoberto por inseguranças geradas pela constante autoperitragem e sua condição reflexiva advinda da necessidade permanente de tomada de decisões nos mais diversos âmbitos. Sua identificação como um indivíduo saudável é flutuante à medida que as incertezas de estar a salvo dos fatores de riscos, num instante o situa no lugar de praticante informado, persistente e assíduo, no outro, como desviante, cujo comportamento é considerado como irresponsável, ignorante e inconstante.

Nesse sentido, na construção da identidade saudável, o sujeito experimenta uma espécie de insegurança arminiana, doutrina de salvação cristã pós-reforma, segundo a qual o indivíduo que não persevera em sua auto vigília e vontade está exposto, a todo tempo, a cair em desgraça. Assim, a “salvação” do sujeito saudável, assim como a do sujeito armeniano, é condicional e depende da vontade humana perseverar constantemente por meio do cuidado em vários aspectos para remissão dos riscos que comprometem a sua existência.

A condição de insegurança que o sujeito contemporâneo experimenta diante inúmeras variáveis, elementos e escolhas, gera uma necessidade aguda de restabelecer a confiança, o que na sociedade contemporânea, como Bauman (20) explana, é conferida por dois tipos de autoridade, especialistas ou números, ambos do meio científico. A competência especializada promete aos indivíduos os meios e técnicas para escapar da incerteza e ambivalência e assim controlar suas próprias vidas. Assim, a dependência face aos especialistas é considerada uma libertação do indivíduo, a heteronomia como autonomia. Esse mecanismo que permite tal dependência, disfarçada de liberdade, penetra no mundo da vida do indivíduo por meio de atividades que visam estabelecer a autoidentidade.

No mercado, novos produtos especializados prometem substituir as habilidades ausentes ou esquecidas que outrora garantiram a sua satisfação e fazer melhor o que seus antecessores não conseguiram. Assim, seu consumo tem um triplo efeito: primeiro, sustenta a confiança popular na capacidade de especialização; segundo, desvaloriza produtos anteriores que atingiram, supostamente, seu potencial; e em terceiro, abrem espaço para a contínua produção de especialização. Em todo caso, o apoio especializado ao produto que se comercializa é o ponto decisivo de venda, o que oferece ao consumidor a ansiada certeza e segurança (20).

De uma perspectiva teórica totalmente distinta destes autores, Moraes (24), partindo de referenciais weberianos, também analisa o papel do especialista no autocuidado e auto aperfeiçoamento do corpo e da personalidade, e afirma que muito longe de alcançar uma verdadeira autonomia, houve um deslocamento da condução da vida individual para o âmbito do conhecimento especialista, o qual é visto como aquele que pode oferecer soluções comprovadamente eficazes para o antiquíssimo problema humano, como viver mais e melhor. Segundo sua concepção teórica, o estilo de vida está relacionado a situações de status e distribuição de poder e prestígio entre os estratos sociais e não necessariamente ligado às situações econômicas de classe.

### *Identities Saudáveis*

O que Bauman irá dizer sobre status e estilo de vida é que, intimamente relacionada à necessidade de autoconstrução, há a necessidade de distinção e de aquisição de uma posição não ambígua dentro da ordem social (20).

Para Marshall Sahlins (25), no contexto de erosão da velha ordem, produtos adquiríveis e consumíveis assumiram a condição de blocos construtivos essenciais de novos sistemas totêmicos. Trata-se de 'kits' totêmicos que contêm os símbolos necessários com os quais montar estilos de vida e identidades. Para Sahlins, o capitalismo não é pura racionalidade, pois é também uma forma definida de ordem cultural. Ou seja, a produção capitalista não é uma mera atividade natural e material e, como sistema cultural, necessariamente, produz significação simbólica. Contudo, "como se apresenta ao produtor como uma procura de ganhos pecuniários e ao consumidor como uma aquisição de bens 'úteis', o caráter simbólico básico do

processo fica totalmente às escondidas dos participantes, na medida em que a estrutura significativa da demanda é um 'dado' exógeno em suas análises”.

Em consonância com esse ponto de vista, a pesquisa de mercado *The Top 10 Consumer Trends for 2017*, da *Euromonitor International* (26), concluiu que o desejo de estar em forma e ter uma vida saudável tem se generalizado e tornado um símbolo de status. Descreve como hábitos e consumos são exibidos e narrados no dia a dia pelas redes sociais, com postagens recorrentes de imagens com cenários e elementos cênicos característicos: pessoas em trajes fitness praticando modalidades esportivas, "fitspiration", em retiros espirituais e meditativos, refeições saudáveis etc, no geral, acompanhadas por mensagens de autoajuda. De acordo com este relatório, o crescimento do mercado de produtos de saúde e bem-estar está entre uma das 10 principais tendências do consumo global. Como constata outra pesquisa, realizada em 2015, *Euromonitor International Global Consumer Trends Survey* (27), de modo geral, os consumidores querem produtos mais naturais. Tem se projetado no aumento de alimentos do grupo saudável e de bem-estar e decréscimo de alimentos embalados e industrializados, rumo a uma oferta mais natural diante a crescente consciencialização da boa nutrição, como uma parte fundamental de um estilo de vida saudável.

De acordo com Vaz (46), para a produção de subjetividade não importa tanto se consumiremos ou não aquela mercadoria, pois importa o reconhecimento do valor do modo de vida corporificado e implícito nos discursos que lhes confere sentido. A questão do indivíduo em relação à mercadoria não é ter, mas ser: o que ele imagina se tornar ao possuir, o que implica em já aceitar como desejável o modo de ser autorepresentado. Uma peça publicitária participa da produção de subjetividade porque quer nos ensinar o que deve ser a vida se quisermos bem vivê-la. Também, porque procura produzir uma demanda sempre crescente e diversificada de mercadorias, utilizando mecanismos de identificação entre os personagens e a audiência, propondo a cada um de nós, o que é possível ser.

Esta distinção totêmica entre estilos de vida, possibilitando e valorando escolhas entre elementos diversos, está associada à constituição de identidades saudáveis híbridas, as quais operam de acordo com o modo contemporâneo de

formação de identidades forjadas por escolhas dentre um universo diversificado de elementos de origens variadas na composição de uma bricolagem. São diferentes das identidades sólidas da primeira modernidade em que o sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, torna-se fragmentado, composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias e não resolvidas. Assim, as identidades tornam-se híbridas e deslocadas de um vínculo local e temporal, transformadas numa tarefa individual, num processo de construção incessante e não mais de atribuição coletiva, que implicava apenas certa conformação às normais sociais (25).

É fundamental desnaturalizar a relação entre o paradigma de boa vida e a construção de estilos de vida e identidades saudáveis híbridas pelo consumo de bens e serviços de bem-estar, situando a reprodução material da sociedade em um sistema de objetos não simplesmente úteis, mas significativos. Desse modo, é necessário ampliar a reflexão sobre os sentidos que são produzidos nessas culturas e como estes impactam na nossa constituição. Como Sahlins nos chama atenção, a economia como locus institucional dominante produz não somente objetos para sujeitos apropriados, como sujeitos para objetos apropriados (25).

## **5- À Guisa de Conclusão**

Nos tópicos desenvolvidos, as discussões apresentadas estiveram relacionadas, predominantemente, a exames críticos de noções de autocuidado associados às práticas de saúde hegemônicas, ou seja, médico-científicas e mercadológicas influenciadas pelo *healthism*. Abordamos também como práticas de autocuidado relacionam-se a estratégias de poder, as quais participam da conformação moral e constituição de subjetividades na sociedade contemporânea.

Constatamos que, apesar da ampliação de serviços e especialistas voltados à vida saudável exceder as áreas tradicionalmente abrangidas pelas ciências médicas, estas continuam exercendo um papel de referência para legitimação dos saberes, produzindo discursos de validação e discriminação das práticas de saúde. A possibilidade de construirmos identidades saudáveis, por meio do consumo de produtos e serviços especializados, produzindo identidades híbridas e estilos de vida totêmicos ao utilizar indiscriminadamente a noção de autocuidado reforça também a

medicalização na sua configuração atual, ou seja, a moral do “*healthism*” e a insegurança gerada pela expansão dos fatores de risco.

## Referências

- (1) Castro E. Vocabulário de Foucault. Tradução de Ingrid Müller Xavier. Autêntica: Belo Horizonte; 2009.
- (2) Foucault M. A Ordem do Discurso. Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19.ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009.
- (3) Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- (4) Foucault M. História da Sexualidade I: A vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
- (5) Foucault M. Ditos e escritos. Ética, estratégia, poder-saber. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária. v. 4; 2003.
- (6) Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
- (7) Rabinow P, Rose N. O conceito de biopoder hoje. João Pessoa: Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais. n. 24; 2006.
- (8) Rabinow P. Antropologia da razão. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
- (9) Ortega F. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
- (10) Laval C; Dardot P. A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.
- (11) Pezet E, Management et conduite de soi: enquête sur les ascèses de la performance. Paris: Vuilbert; 2007.
- (12) Turrini M. A genealogy of "healthism": Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control. Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology, Healthism & Self-Care: Recon\_guring Body & Life through Science & Technology, 7 (1) [Internet] 2015 [cited 2017 Nov 06]. Available from <<http://www.ea-journal.com/en/issues/2016-04-01-01-24-42>>. <hal-01350627>.
- (13) Illich I. A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- (14) Conrad P. Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology, 18; 1992. [Internet] [cited 2017 Nov 06]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/234838406\\_Medicalization\\_and\\_Social\\_Control](https://www.researchgate.net/publication/234838406_Medicalization_and_Social_Control).

- (15) Nogueira R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
- (16) Illich I. In the mirror of the past, lectures and addresses, 1978-1990. New York: Marion Boyars; 1992.
- (17) Illich I. "Saúde como responsabilidade de cada um - não, obrigado!". Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; 1990. [Internet] [cited 2017 Nov 06]. Available from: <http://www.cebes.org.br/media/File/Ivan%20Illich%20Sade%20como%20responsabilidade.pdf>.
- (18) Illich I, Sociedade sem escolas: trad. de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 1985.
- (19) Beck U. A reinvenção da política. In Beck, U; Giddens, A; Lash, Scott. Modernização Reflexiva - Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna. São Paulo: Editora Unesp - 2ª Ed; 2012.
- (20) Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
- (21) Bauman Z. Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi/Zygmunt Bauman; tradução, Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2005.
- (22) Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- (23) Giddens A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In Beck, U; Giddens, A; Lash, Scott. Modernização Reflexiva - Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna. São Paulo: Editora Unesp - 2ª Ed; 2012.
- (24) Moraes MRC. Autocuidado e gestão de si: Hábitos saudáveis na mídia impressa semanal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras; 2014.
- (25) Sahlins M. Cultura e razão prática. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
- (26) Euromonitor International. The Top 10 Consumer Trends for 2017 [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 06]. Available from: <http://go.euromonitor.com/white-paper-2017-top-10-global-consumer-trends-EN.html>
- (27) Euromonitor International. Global Consumer Trends Survey 2015. [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 06]. Available from:

(28) Vaz P. Doença mental e consumo nas revistas semanais brasileiras. Brasília: Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação | E-compós, , v.15, n.1; 2012.

## **Capítulo 2: Expansão e Institucionalização do Autocuidado com Práticas Integrativas e Complementares**

Os discursos relacionados ao autocuidado saudável atuam como estratégias de poder que participam da conformação moral e constituição de subjetividades no contexto neoliberal. Dessa maneira, a sua adoção indiscriminada pelas Práticas Integrativas e Complementares (PIC) pode parecer imprópria, pois estas pretendem, em sua maioria, representar possibilidades mais emancipadoras, menos individualistas e normatizadoras de cuidado em saúde.

Assim, buscamos discutir aproximações, distanciamentos, complementaridades, contradições e divergências insuprimíveis dos sentidos atribuídos ao autocuidado associado às PIC e a sua interface com a biomedicina, especialmente, nos contextos de institucionalização. Para tanto, elaboramos uma revisão da literatura recuperando reflexões das publicações recentes na Biblioteca Virtual em Saúde e no Scielo relacionados à expansão e institucionalização do uso das PIC em políticas públicas e como objeto de análise em pesquisas científicas.

### **Expansão do Autocuidado com uso de PIC**

O interesse por modelos alternativos de saúde e suas práticas terapêuticas foi ampliado a partir da segunda metade do século XX, como parte das críticas à biomedicina e novas propostas elaboradas aos modelos de cuidado no campo da saúde (1). Estas práticas em saúde expandiram, com diversas controvérsias, sua participação no mercado e nos serviços de saúde, adquirindo também uma gradual legitimação institucional (2), inclusive dentro de áreas da biomedicina. Nesse contexto, passou-se a dar ênfase a pesquisas científicas que comprovem eficácia e segurança da adoção de práticas, bem como políticas públicas que regulamentem sua oferta.

Ao lado da importação de saberes e práticas orientais, como o da ayurveda e a medicina chinesa, ainda que de modo muito restrito, observou-se a reabilitação de terapêuticas populares, como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas. A homeopatia, iniciada no século XIX, também foi considerada uma medicina alternativa e junto a esta, sob a denominação de terapias alternativas, tradicionais,

holísticas, integrais, naturais, energéticas ou complementares, diversas formas de cuidado conquistaram expressão no campo da saúde (1).

A OMS estima que até 80% dos cuidados de saúde mundiais não sejam biomédicos e provenham de medicinas tradicionais, conhecimentos populares e práticas alternativas, os quais são recomendados pela rede de afeto das pessoas e por conteúdos e sujeitos versados em tais práticas (3). Pesquisas norte-americanas sugerem que três quartos dos adultos estadunidenses e canadenses usaram alguma forma de PIC na sua vida e estima-se que aproximadamente 33% da população adulta dos EUA usa PIC (4). Embora, normalmente, as PIC sejam usadas para manter o bem-estar, o seu uso tem sido extensivo no tratamento de condições médicas crônicas comuns, incluindo transtornos pulmonares e digestivos, doenças cardíacas, hipertensão e diabetes. Problemas pulmonares, mais especificamente, asma e alergias, estão na classificação das 15 principais condições médicas mais comuns para as quais as PIC são utilizadas para crianças e adultos (5). Sendo que a taxa de uso varia entre 70% a 90% em pacientes com doenças crônicas (por exemplo, câncer, fibromialgia, dor lombar etc) (4).

Como característica comum, tais práticas têm como referência um paradigma vitalista, o qual se fortalece como contestação ao modelo hegemônico da biomedicina que confere destaque a concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social. Este paradigma representa uma crítica ao modelo biomédico, está centrado na produção de saúde, ao invés de tratamento de doenças, na busca de harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social, valorizando a subjetividade, a prevenção e a promoção da saúde e a integralidade do cuidado (1).

Tesser (6) examina afinidades eletivas entre três fenômenos os quais, apesar de suas diferenças, convergem como elaborações críticas e respostas a problemas do modelo médico hegemônico: a atenção primária à saúde, a abordagem psicossocial no cuidado à saúde mental e o uso crescente das PIC. No Brasil, embora regulamentados e em implantação no Sistema Único de Saúde (SUS), tais fenômenos, segundo o autor, conservam um caráter contra hegemônico. Entre as similitudes destas três vertentes, Tesser enfatiza: o centramento dos sujeitos em seus

contextos sociais e familiares; abordagens ampliadas e holísticas; valorização de saberes e práticas não-biomédicos e de múltiplas formas, vivências e técnicas de cuidado; estímulo à autocura, participação ativa e empoderamento dos usuários; abordagem familiar e comunitária. Além destas, há afinidades na organização das práticas e no relacionamento com os usuários quanto à consideração dos aspectos socioculturais, na construção de relações mais democráticas, humanizadas e dialógicas; assim como, no desenvolvimento de um trabalho que valoriza a dimensão territorial e o desenvolvimento de vínculos terapêuticos. Assinala também convergências quanto aos efeitos terapêuticos e ético-políticos e discute o caráter relativamente desmedicalizante desses fenômenos, mais acentuado na atenção psicossocial e na procura pelas PIC.

No entanto, há muitas controvérsias sobre a institucionalização das PIC, as quais oscilam entre interpretações que as relacionam como práticas de liberdade, contra hegemônicas, voltadas ao desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos e a composição livre de cuidados plurais, ao mesmo tempo que são objeto de críticas e análises que as consideram como práticas híbridas que reproduzem os valores das culturas hegemônicas em saúde, normatizando indivíduos e diversificando as possibilidades de medicalização, *healthism* e a obsessão salutarista pela moralização dos comportamentos. Para esta crítica, a configuração de sistemas híbridos em saúde não implicaria na redução do poder da racionalidade médica hegemônica, mas fariam com que outros profissionais de saúde ganhassem importância pedagógica na vida cotidiana das pessoas.

Diferenciando representações do cuidado como conhecimento tácito e ações institucionalizadas, Contatore e Barros (7) apresentam uma leitura sociológica sobre aspectos que diferenciam um cuidado emancipador. Para ele, o cuidado como conhecimento tácito está na esfera das ações informais e é considerado uma prática pessoal coletivamente construída, resultante do processo de socialização, desenvolvida a partir de um legado baseado em experiências e transmitidos pela convivência e interações prolongadas em uma cultura ou tradição. O cuidado emancipador expressa autonomia à medida que estabelece interface com os conhecimentos tácitos e técnicos para construir um cuidado voltado à atenção, liberdade de escolha e tomada de decisão em relação às possibilidades da interação

social e institucionais. De outro modo, o cuidado institucionalizado, associado, em geral, à clínica biomédica e a um conhecimento focal e técnico, possui um caráter reificador, cujo método, predominantemente, preconiza a objetivação e consequente objetificação ou desumanização.

Neste sentido, o cuidado emancipador pode ser exemplificado pelas ideias de cuidado que dão base às proposições de algumas PIC, as quais concebem holisticamente o adoecimento e as necessidades individuais de cuidado; direcionam o cuidado à saúde e não à doença; diminuem a distância entre profissional e paciente; não se configuram pelo uso e dependência da alta tecnologia para obtenção de diagnóstico; produzem eficácia simbólica e técnica no contexto da experiência vivida de sofrimento pelo sujeito; integram o bem-estar físico, mental, social e espiritual na sua concepção de saúde; estimulam o autocuidado ajudando os pacientes a desenvolverem atitudes, disposições, crenças, hábitos e práticas que promovam seu bem estar (7).

Sendo as PIC assentadas sobre tais bases, nos questionamos, no entanto, sobre quais são as suas complexificações em contextos de institucionalização. Ou seja, em que medida preservam características do cuidado emancipador ou se submetem a lógica do cuidado institucionalizado nos termos desenvolvidos por Barros (7) e tratada por outros autores.

Ainda em 1980, no artigo *“Healthism and the medicalization of everyday life”*, Robert Crawford (8) desenvolveu questionamentos sobre a medicina holística e a noção de autocuidado para mostrar como elas ingressaram no campo da saúde como movimentos de contestação e acabaram reforçando a mesma abordagem individualista criticada na biomedicina, normatizando estilos de vida, atitudes, comportamentos e emoções em relação a doenças, prevenção, manutenção e promoção da saúde, só que agora com o apoio de especialistas em práticas terapêuticas mais híbridas e menos convencionais que a medicina. Desta perspectiva, o autocuidado holístico reforça a responsabilidade individual das pessoas e implicam-nas em um processo de culpabilização e moralista próprio ao *healthism*, segundo o qual o comportamento saudável torna-se o paradigma da boa vida.

Para Tesser e Barros (9), o crescimento da cultura da nova era e do consumo de bens e serviços holísticos dentro da lógica do mercado e a incorporação de algumas de suas técnicas pela biomedicina fragilizam o papel das PIC como práticas contra hegemônicas e as inserem como parte das estratégias de medicalização.

Diante de tais leituras, torna-se essencial análises críticas sobre os termos segundo os quais tais práticas tem se desenvolvido, justamente para que hajam resistências e questionamentos sobre modos de institucionalização nos quais as PIC deixam de sustentar práticas de liberdade e representar a abertura do campo da saúde a novas possibilidades trazidas pela diversidade. Dentre as apreensões existentes quanto à institucionalização das PIC, há preocupação com a implementação de políticas públicas e produção de pesquisas científicas que reduzam suas significações, silenciando a riqueza das experiências vividas na saúde-doença-cuidado pelos sujeitos, bem como gerando heteronomia e tornando suas formas e conteúdos similares às práticas biomédicas.

### **Institucionalização das PIC**

As primeiras recomendações de órgãos e instâncias internacionais da área da saúde para a introdução dessas práticas nos sistemas públicos aconteceu na Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, em 1978, que preconizou a sua implementação aos países partes. Posteriormente, há a criação do Programa de Medicina Tradicional pela Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como a publicação sobre a "Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005" (11). Mais recentemente, a OMS reforçou a adoção de tais práticas como estratégia a ser adotada para melhorias no campo da saúde para o período de 2014-2023 (12), apontando as seguintes necessidades: a) encontrar soluções que promovam uma visão mais ampla para melhorar a saúde e a autonomia do paciente; b) aproveitar o potencial dessas práticas para a saúde, bem-estar e cuidados de saúde; e c) promover o seu uso seguro e eficaz, regulando produtos, práticas e profissionais. Para alcançar estes objetivos preconiza-se o desenvolvimento de uma base de conhecimentos e políticas nesta área nos Estados membros. Entre os motivos listados pela OMS para este crescimento estão: 1) o aumento da demanda causado pelas doenças crônicas;

2) custos elevados dos serviços de saúde induzindo a buscas por formas alternativas de cuidado; 3) a insatisfação com os serviços de saúde existentes; 4) o ressurgimento do interesse por cuidados holísticos, preventivos e tratamentos paliativos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura (12).

Junto dos estímulos institucionais da OMS cresceu no campo acadêmico o número de periódicos específicos sobre tais práticas e no Brasil, a legitimação e institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 1980, na Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 e, principalmente, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, contexto no qual foram desenvolvidas algumas experiências pioneiras e que deram origem às reivindicações para regulamentação dessas práticas no nível nacional (10).

A partir de 2006, a oferta de PIC pelo SUS, cuja tendência já era de ampliação, é reforçada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Entre os fundamentos da implementação dessa política pública consta a avaliação de que as iniciativas existentes ocorriam sem ter diretrizes a serem seguidas, corroborando para o desenvolvimento *“de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação”* (13). Assim, a partir das experiências existentes, esta política nacional regulamenta e define as abordagens de modelos alternativos e sua incorporação na forma de PIC no SUS (13)(14), os quais, em grande medida, são importados de outras culturas e restringidos pela apropriação e reconhecimento da bio medicina. Dessa maneira, saberes e práticas afro-indígenas continuam marginalizados e invisíveis.

Ao longo dos dez anos da PNPIC, diversas pesquisas têm sido realizadas avaliando sua implementação. A partir da leitura dos materiais desta revisão da leitura, artigos predominantemente de abordagem qualitativa e sobre estudos de caso, identificamos três questões centrais. Sendo estas: 1) resultados e impactos das PIC no modelo de cuidado; 2) desafios para a organização e expansão da sua oferta nos

serviços; 3) tensionamentos e apropriações das PIC pelo paradigma biomédico. Abaixo sintetizamos algumas destas publicações.

Em *Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde* (15), tomam-se como objeto as PIC desenvolvidas em um serviço de referência na região metropolitana de Belo Horizonte/MG, Brasil. O estudo analisa a organização das práticas desenvolvidas nesse serviço, tendo como foco sua relação com a promoção da saúde e sua inserção no SUS. Os resultados indicam que as práticas podem ser recursos úteis na promoção da saúde, especialmente por estabelecerem uma nova compreensão do processo saúde-doença, de caráter mais holístico e ‘empoderador’. Conclui-se, no entanto, que para potencializá-las no campo da promoção da saúde e do cuidado no SUS é preciso superar os desafios da sua organização e expansão nos serviços, como aproximar os profissionais dos serviços de referência e de apoio especializados em PIC da Atenção Primária à Saúde (APS), construindo um campo comum de cuidado.

Tendo como objetivo central analisar a prática da massagem ofertada pelo Programa de Medicina Alternativa do município do Rio de Janeiro, em *Serviços públicos de saúde e medicina alternativa* (16), analisa-se um estudo de caso com abordagem qualitativa por meio da observação participante, de entrevistas, e da análise das fichas dos usuários. Os resultados revelaram que a massagem, fundamentada no paradigma vitalista, tem sido captada pela racionalidade biomédica, mas os benefícios relatados pelos usuários são expressivos; há expansão e diversificação da demanda e dos motivos e ou encaminhamentos.

Hallais constatou em *Sociabilizando na Prática: as formas de sociabilidade nos grupos de práticas corporais na atenção primária em Campinas/SP* (17) que as práticas corporais desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde desinstitucionalizam as relações em saúde, à medida que promovem a convivialidade e o cuidado emancipador, priorizando e valorizando o “*princípio da aprendizagem mútua da interculturalidade*” e colocando “*o praticante no centro do cuidado (afinal, ele também é cuidador!)*, estimulando a produção de *autoconhecimento, autonomia e autocuidado*”. A autora afirma que tais práticas reorientam a cultura de cuidado do paradigma biomédico, a partir da introdução de elementos de outras racionalidades

de cuidado, que criam um modelo de cuidado intercultural. Este modelo é formado por um “conjunto de hibridizações compostas pelas noções de prática corporal-exercício físico, pelos princípios de wellness-fitness, pelas lógicas da convivialidade-utilitarismo, pelos valores da amorosidade-medicalização e pelas perspectivas da sociabilidade-biossociabilidade” (18).

Em *Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: a implementação de um modelo complementar precário* (19), são analisadas entrevistas com gestores dos serviços de Atenção Primária em Saúde, na Região Metropolitana de Campinas em São Paulo, sobre aspectos negativos da implementação dessa política para os profissionais dos serviços de saúde. Constatou-se que, como preconizado pela política, as PIC passaram a ser oferecidas na Atenção Primária em Saúde, contudo, como práticas de saúde marginalizadas e invisibilizadas, reproduzindo a divisão e estigmatização entre práticas de saúde “de dentro”, associadas aos saberes hegemônicos, ou seja, à biomedicina, e as “do lado de fora”, que se relacionam a saberes e práticas plurais.

Os resultados possibilitaram traçar um quadro parcial das dificuldades encontradas na implementação das PIC na APS, em que os gestores das unidades consideram-nas uma responsabilidade individual e personalizada do profissional que oferece a prática, assim como não são consideradas como parte da APS, com tensionamentos contínuos entre a oferta de PIC versus “manutenção do funcionamento do atendimento da unidade”, PIC versus “demandas principais”, PIC versus “práticas curativas”, PIC versus “assistência” etc. Nessas condições, as PIC ficam reduzidas a um modelo complementar precário, incluído dentro mas ainda “fora”, apesar de inseridas na unidade, são vistas como algo a mais, deslocadas, a parte da APS, não estão integradas às demais atividades, fluxos, atendimentos, práticas de cuidado, estão “alocadas no centro de saúde” como uma atividade adicional, extra. As PIC são realizadas em locais improvisados, nos fundos ou “fora” da sede da unidade, e ficam sob responsabilidade, geralmente, de um Agente Comunitário de Saúde cuja atuação é subjugada e considerada pouco confiável por não possuir, como pré-requisito, uma titulação técnica ou superior.

Este deslocamento é reforçado pelas conclusões de um estudo sobre o conhecimento dos gestores da saúde de municípios de São Paulo sobre a PNPIC, *O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local* (20). Nesta pesquisa, foram identificados, em 2008, no Datasus os municípios que realizaram consultas homeopáticas entre 2000-2007, os gestores foram entrevistados e os resultados analisados quanti-qualitativamente: dos 645 municípios, 47 ofertaram homeopatia, sendo realizadas entrevistas com 42 destes. Constatou-se que 26% dos gestores conhecem a PNPIC, 31% a conhecem pouco e 41% a desconhecem. Destaca-se que aqueles conhecem a política afirmaram utilizar a PNPIC para instruir o governo municipal sobre a homeopatia, atuar em defesa da construção de legislação própria e do incremento dos serviços homeopáticos. A conclusão do estudo é que a PNPIC é desconhecida pelos gestores da saúde e aqueles que a conhecem utilizam-na para tornar conhecida a racionalidade médica homeopática e justificar sua indicação do SUS.

Ainda sobre a gestão de políticas públicas de PIC, em *Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores* (21), analisa-se a participação dos atores envolvidos na evolução de política municipal de práticas integrativas. Este estudo com abordagem qualitativa foi realizado por meio de consultas às atas do conselho municipal de saúde, entrevistas e grupos focais com gestores, profissionais e usuários. Verificou-se que a população ou os usuários não tiveram participação efetiva e não contribuíram com a política, enquanto os profissionais de saúde, apesar do interesse em participar do processo, não foram incluídos. Os líderes encontrados foram o Conselho Municipal de Saúde, os gestores e as entidades médicas, sendo os dois últimos também considerados jogadores, pois participaram efetivamente da elaboração da política. A participação de poucos atores na construção de uma política de práticas integrativas dificulta sua consolidação e amplia a distância entre formulação e implementação, prejudicando o alcance dos resultados esperados.

Uma pesquisa mais abrangente sobre a inserção e integração das PIC à atenção primária, *Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária* (22), analisou dados

institucionais, artigos indexados e estudos de casos em municípios brasileiros selecionados: Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina), Recife (Pernambuco), Rio de Janeiro e São Paulo. Foram identificados e caracterizados quatro tipos de inserção e integração das PIC: na atenção primária à saúde via profissionais das equipes de saúde da família - Integrada; na atenção primária à saúde via profissionais de exercício exclusivo - Justaposta; na atenção primária à saúde via equipes matriciais - Matriciada; em serviços especializados - Sem integração. A combinação dos tipos 1 e 3 foi considerada uma diretriz potencial para a expansão das PIC no SUS e sua integração na atenção primária à saúde. A crescente presença da PIC no SUS demanda pensar estrategicamente sua expansão e não devem ser desperdiçadas as experiências existentes.

Também há uma série de pesquisas nacionais e internacionais sobre o uso e a eficácia das PIC em tratamentos mais específicos, como em *Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP)* (23), artigo no qual se analisa as PIC utilizadas por doulas nestes municípios mediante a realização de entrevistas semiestruturadas e organizadas seguindo a técnica da análise de conteúdo na modalidade temática.

A interpretação dos resultados baseou-se na noção de que a institucionalização dos saberes se dá pela conformação de núcleos e de campos, sendo que o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de práticas profissionais; e o campo trata-se de um espaço de limites imprecisos entre as disciplinas, mas que pode ser submetido a conflitos. Observou-se que o suporte das doulas permeia uma variedade de práticas emolduradas na Medicina Tradicional (MT) e das PIC. Essas práticas contribuíram para a diminuição do tempo de trabalho de parto, melhor controle da dor, ajuda na tomada de decisões e 'empoderamento' da mulher. Compreende-se que o espaço de atuação da doula e o uso de PIC convergem para a singularidade, respeito e autonomia da mulher e propõem um novo modelo de saberes e práticas centrado na importância do processo natural do parto.

Na área odontológica, em *O uso das práticas integrativas e complementares na odontologia* (24), no qual se aborda a regulamentação pelo

conselho da área do uso das PIC (Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Laserterapia, Terapia Floral e Hipnose).

Em *Medicina baseada em evidência e medicina baseada em preconceito: o caso da homeopatia* (25), aborda-se como, apesar da homeopatia ser reconhecida como especialidade médica desde 1980 no Brasil, continua havendo resistência por parte das escolas médicas em ofertar cursos da área. Neste estudo, foram realizadas entrevistas com residentes da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas conduzidas para entender as razões desta recusa. Destes, poucos declararam falta de conhecimento para julgar a homeopatia; nenhum deles fez uma objeção consciente a ela; e a maioria demonstrou preconceito, afirmando que não há evidência científica suficiente para sustentá-la, defendendo suas posições baseados em opinião pessoal, prática clínica limitada e em informações de meios de comunicação de massa. O estudo conclui que este preconceito reproduzido pelos profissionais de saúde em relação à homeopatia pode ser estendido a outras práticas diferentes da medicina alopática.

Em *Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde* (26), Contatore et al afirma que o uso das PIC é crescente e sua institucionalização na atenção primária à saúde um desafio, discutindo o uso, o cuidado e as políticas das PIC na esfera internacional e nacional por meio de revisão da literatura indexada. Foram levantadas avaliações do uso das PIC para o tratamento de patologias específicas, estudos sobre os sentidos atribuídos pelos usuários e profissionais, análise da viabilidade política, econômica e social das PIC nos serviços de saúde. Constatou-se, no entanto, a predominância de pesquisas quantitativas com a utilização do referencial biomédico hegemônico e associando PIC à falta de evidências científicas, demonstrando que na esfera de validação acadêmica, as PIC como campo de conhecimento ainda não foram totalmente reconhecidas e que sua estrutura requer estudos que utilizem outras vertentes metodológicas, para além daquelas consagradas nas ciências naturais.

Tal quadro de institucionalização induz ao questionamento sobre a atenuação das diferenças entre formas de autocuidado hegemônicas e autocuidado em PIC, e uma descaracterização destas devido a sua apropriação sob um referencial

científico e a aproximação da biomedicina, forjando a ideia complementar e integrativa, consubstanciada pela regulamentação de sua oferta por serviços e profissionais de saúde e pela expansão de pesquisas quantitativas e ensaios clínicos com o objetivo de avaliar a eficácia e riscos das PIC.

Segundo Luz (2), sistemas médicos tradicionais e modernos interagem às vezes de modo conflituoso, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada. De todo modo, sua cooperação, mesmo que ocasional, tem contribuído para acelerar a assimilação mútua tanto em termos teóricos como empíricos. As relações de continuidade, ruptura e hibridização e os processos de negociação entre diferentes sistemas do desenvolvimento cultural são hoje um dos maiores desafios das ciências sociais no campo da saúde.

Como refletem os artigos sobre implementação das políticas públicas relativas ao uso de PIC, a inserção de tais práticas no contexto da atenção primária tem resultado numa série de benefícios em saúde à população, sem, no entanto, a garantia de preservação do seu modelo de cuidado vitalista e emancipador. Ainda que sua inserção amplie as possibilidades do modelo de cuidado vigente e, inclusive, resulte em novas tecnologias de cuidado, as dificuldades para a organização e expansão da sua oferta nos serviços e os tensionamentos e apropriações das PIC pelo paradigma biomédico traz uma série de complexificações para análise de sua institucionalização e suas repercussões.

Estudos quantitativos sobre a adoção do uso de PIC pelas pessoas tendem a incorrer numa série de consequências perversas, como favorecer a descaracterização da variedade de práticas de saúde que estas abrangem, ignorando suas peculiaridades e as matrizes de conhecimento que lhes dão origem e naturalizando o papel da ciência na produção de reconhecimento e validade de experiências. Há também uma disposição de tais estudos em universalizar a experiência de um indivíduo médio supostamente abstrato, sistematicamente descontextualizado, aculturalizado e tomado como padrão da experiência humana.

Nesse sentido, é essencial que a produção de conhecimento sobre as PIC seja desenvolvida sob a perspectiva do pluralismo metodológico (27), reforçando a importância de pesquisas qualitativas voltadas à compreensão de sentidos e

experiências de autocuidado em PIC, as quais situam os interlocutores dos estudos como sujeitos de experiências, culturas, etnias, gêneros e classes sociais, inseridos em determinados contextos e redes sociais, com determinadas condições sócio econômicas e estoques de recursos em saúde com os quais escolhem e significam suas práticas de cuidado. Essa abordagem parece adequada aos estudos de autocuidado em PIC, porque traz o sujeito para o centro da atenção e valoriza narrativas de experiências plurais em autocuidado, ao invés de reduzir suas significações a uma representação normativa e abstrata de autocuidado. De fato, muitas possibilidades metodológicas são desenvolvidas, como a tese de Paulo Rosenbaum (28), que relaciona a homeopatia a um vitalismo de caráter hermenêutico, uma totalidade compreensiva singularizada em cada situação individual e somente acessível por meio das narrativas dos pacientes.

Também devemos dialogar com as proposições desenvolvidas por Illich quanto à expropriação em saúde e a defesa que realiza da desinstitucionalização. Primeiro, aponta que *“O que pode ser fornecido e consumido toma o lugar do que pode ser feito. (...) O que é abundante, gratuito e de grande valor torna-se alguma coisa que, por definição, é rara, tem um custo monetário de produção e um preço de mercado (...). A medicalização da vida aparece, portanto como parte integrante de sua institucionalização industrial”* (28). Enquanto, na sua crítica à institucionalização rejeita a desautorização das pessoas cuidarem da sua própria saúde de acordo com seus preceitos, insistindo na completa eliminação de todos os estatutos legais que regulam o consumo de medicamentos, e os tratamentos não convencionais e/ou irregulares. Sobre cuidado, o autor fala da capacidade que temos para cuidar uns dos outros, especialmente nos momentos de nascimento, acidentes e morte, geralmente suficientes para cuidar das reais necessidades da vida, comemorar e morrer (29)(30)(31)(32). A partir de suas proposições, nos cabe questionar: a quem a institucionalização das PIC desautoriza e expropria? Assim como, de quais institucionalizações mais abrangentes participa.

### **À Guisa de Conclusão**

A literatura aponta que o reconhecimento de modelos alternativos de cuidado em saúde e sua incorporação no conjunto de práticas ofertado pelas políticas públicas é um processo conflituoso. Por outro lado, pesquisas científicas sobre

autocuidado em PIC têm demonstrado uma busca pela (des)legitimação da validade de suas eficácias por metodologias científicas quantitativas, similares às aplicadas pela medicina convencional, aproximando-as do padrão biomédico tradicional e descontextualizando tais saberes e práticas de suas referências culturais. Questionar em que termos as práticas de autocuidado em PIC têm se institucionalizado, seja em políticas públicas ou no campo científico, é justamente desenvolver uma disposição crítica sobre modos atualizados de colonizar saberes e práticas plurais em saúde.

### Referências

- (1) Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Nov 06]; 18( 12 ): 3595-3604. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en).
- (2) Luiz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* [Internet]. 1997 June [cited 2017 Nov 06]; 7( 1): 13-43. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373311997000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373311997000100002&lng=en).
- (3) World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2014 – 2023 [Internet] 2012. [cited 2017 Nov 06]; 78. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
- (4) Bauer BA, Tilburt JC, Sood A, Li GX, Wang SH. Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain. *Chin J Integr Med*. 2016 Jun;22(6):403-11. doi: 10.1007/s11655-016-2258-y. Epub 2016 May 26.
- (5) George M, Topaz M. A systematic review of complementary and alternative medicine for asthma self-management. *Nurs Clin North Am*. 2013 Mar;48(1):53-149. doi: 10.1016/j.cnur.2012.11.002. Epub 2013 Jan 10.
- (6) Tesser, CD, Sousa IC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude soc.* [Internet]. 2012 June [cited 2017 Nov 06]; 21( 2 ): 336-350. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en).
- (7) Contatore OA, Malfitano AS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 Sep

[cited 2017 Nov 06] ; 21( 62 ): 553-563. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300553&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300553&lng=en). Epub Mar 20, 2017.

(8) Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7 (1), 663-80.

(9) Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Out [citado 2017 Out 30] ; 42( 5 ): 914-920. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200800500018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200800500018&lng=pt)>.

(10) Telesi, JE. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo , v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016 [cited 2016 Oct 3]. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso)>.

(11) WHO. Traditional Medicine Strategy 2005. [Internet]. [cited 2017 Feb 06] . Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf), acesso em 01/07/2016.

(12) WHO. Traditional Medicine Strategy 2014 – 2023. ]. [cited 2017 Feb 06] . Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf), acesso em 01/07/2016.

(13) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. [Internet]. [cited 2017 Nov 06] Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

(14) Ministério da Saúde. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.

(15) Lima KV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 June [cited 2018 Feb 06] ; 18( 49 ): 261-272.

Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en).

(16) Sousa IC, Vieira AS. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 Dec [cited 2018 Feb 06]; 10( Suppl ): 255-266.

Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500026&lng=en).

(17) Hallais JAS. Sociabilizando na Prática: as formas de sociabilidade nos grupos de práticas corporais na Atenção Primária em Campinas/SP. Campinas, SP; 2016.

(18) Hallais JAS, Barros NF. O uso de práticas corporais na atenção primária em saúde e a construção de um modelo de cuidado intercultural. *Anais Congrepics I V*. 1, 2017, ISSN 2594-8334. Natal-RN, 2017.

(19) Barros NF, Oliveira MCS, Ferreira FC, Gomes TC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: a implementação de um modelo complementar precário. III Congreso de Estudios Poscoloniales y IV Jornadas de Feminismo Poscolonial: ¿Interrupciones desde el Sur: habitando cuerpos, territorios y saberes?: Buenos Aires; 2016.

(20) Galhardi WP, Barros NF, Leite-Mor AB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jan [cited 2018 Feb 06]. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en).

(21) Santos FS, Sousa IC, Gurgel ID, Bezerra AB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Feb 06]; 45( 6 ): 1154-1159. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=en).

(22) Sousa IC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 06]; 33( 1 ): e00150215. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en).

- (23) Silva RM, Jorge HF, Matsue RY, Ferreira JR, Barros NF. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saude soc.* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Feb 06] ; 25(1): 108-120. Available from: [http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000100108&lng=en](http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100108&lng=en).
- (24) Gonçalo CS. Habilitação e uso das práticas integrativas e complementares na odontologia [tese]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2013.
- (25) Barros NF, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Nov [cited 2018 Jan 31] ; 30( 11 ): 2368-2376. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001102368&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102368&lng=en).
- (26) Contatore OA et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.10 [cited 2017-08-22], pp.3263-3273. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso). ISSN 1413-8123.
- (27) Feyerabend P. Como defender a sociedade contra a ciência. (Conferência proferida em 1975 traduzida por Paulo Luiz Durigan). Available from: <http://stoa.usp.br/daros/files/2856/16814/feyerabend.pdf>. Curitiba; 2009.
- (28) Rosenbaum P. Entre arte e ciência: fundamentos hermenêuticos da homeopatia como medicina do sujeito [tese]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
- (29) Illich I. A expropriação da saúde. *Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- (30) Illich I. In the mirror of the past, lectures and adresses, 1978-1990. New York: Marion Boyars, 1992.
- (31) Illich I. “Saúde como responsabilidade de cada um - não, obrigado!”. (Discurso proferido em Hannover, Alemanha, em 14 de setembro de 1990. Traduzido do alemo para o inglês por Jutta Mason, editado por Lee Hoinacki; traduzido do inglês ao português por Roberto Passos Nogueira). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Available from: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Ivan%20Illich%20Sade%20como%20responsabilidade.pdf>>.

(32) Illich I. Sociedade sem escolas: trad. de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis-RJ, Vozes; 1985.

### Capítulo 3 – Sentidos do uso de PIC como estratégia de autocuidado

Este capítulo desenvolve uma metassíntese de artigos que exploram os sentidos do uso de PIC como estratégia de autocuidado. O objetivo é analisar como estes estudos constroem interpretações sobre a tomada de decisão dos sujeitos pelo uso de PIC, os fatores que exercem influência nestas escolhas e, conseqüentemente, como veem este sujeito. Foram selecionadas publicações datadas de 2012 a 2016 nas seguintes bases de dados: Biblioteca virtual de saúde, *PubMed*, *Scopus*, *Embase*, *Web of Science*, *ProQuest Central*, *Cinhal (EBSCO)*, *Academic Search Premier (EBSCO HOST)*, *Jstor*, *Sage*.

Os artigos selecionados foram analisados em seus aspectos metodológicos (metamétodo), teóricos (metatopia) e resultados (metanálise), desenvolvendo um quadro geral de estudos recentes sobre a temática. Com este propósito, os artigos foram lidos na íntegra, fichados e classificados segundo sua temática principal. Usualmente, o termo que utilizam é “CAM” (*complementary and alternative medicine*), sendo que para esta metassíntese optamos traduzir pela abreviatura PIC (práticas integrativas e complementares) por corresponder ao uso corrente em âmbito nacional, tanto no meio acadêmico quanto nas políticas públicas de saúde.

Foram selecionados 12 artigos<sup>11</sup>, dos quais, a Austrália é o país com destaque, sendo o local de origem da produção de três destes. Entre os demais artigos, três foram produzidos nos Estados Unidos, sendo um deles o resultado de colaboração entre pesquisadores americanos e tailandeses, dois foram desenvolvidos na Inglaterra, havendo também publicações da Alemanha, Argentina, Taiwan e um da Malásia.

Estes estudos foram publicados em periódicos distintos, sendo que dois foram divulgados no *BMC Complementary and Alternative Medicine* e os demais nos seguintes: *AIDS Patient Care STDS*, *Complementary Therapies in Medicine*, *Current Sociology Monograph*, *European Journal of Integrative Medicine*, *Journal of Sociology*,

---

<sup>11</sup> Consultar quadro descritivo dos artigos no fim do capítulo.

*Nursing and Health Sciences, Patient Education and Counseling, Quality in Ageing and Older Adults, Sociology of Health & Illness.*

Constatou-se uma tendência decrescente do número de publicações sobre o tema do uso de PIC como estratégia de autocuidado no período investigado, pois foram identificados cinco artigos em 2012, três em 2013, dois em 2014 e apenas um em 2015 e outro em 2016.

Apenas três artigos foram produzidos por pesquisadores vinculados a faculdades de sociologia: *Sociology Department at the University of Buenos Aires, School of Social Science at the University of Queensland, Department of Sociology and Anthropology of North Carolina State University*. Os outros nove artigos foram produzidos por pesquisadores vinculados a faculdades da área da saúde, como medicina, enfermagem, farmácia e saúde pública, quais sejam: *Department of General Practice, University of Melbourne; Australia Faculty of Health Sciences, Australian Catholic University; Faculty of Health and Social Care, London South Bank University; School of Population Health, The University of Queensland; School of Pharmaceutical Sciences, University of Science Malaysia; University of Queensland and Department of Medicine, Hospital Sungai Buloh, Selangor, Malaysia; School of Nursing, Fooyin University, Taiwan; University of Pennsylvania School of Nursing, Department of Family and Community Health, Philadelphia; Center for Integrative Medicine, Faculty of Health, University of Witten; Faculty of Health and Social Care, London South Bank University; Department of Psychology, University of Westminster; Faculty of Health & Social Care Sciences, University of London; Department of Public Health at the University of Technology Sydney; Boromarajonani College of Nursing; Buddhachinaraj; Ellis Fischel Cancer Center; Sinclair School of Nursing, University of Missouri; Department of General Practice, University of Melbourne; Australia Faculty of Health Sciences, Australian Catholic University.*

Na busca realizada nas nove bases de dados, não foi identificado nenhum artigo produzido no Brasil, publicado em periódico nacional, em língua portuguesa ou por pesquisador brasileiro em colaboração com outros autores estrangeiros. Apresentamos, a seguir, as sínteses e análises realizadas sobre os métodos desenvolvidos nos estudos e as perspectivas teóricas que utilizam.

## Metamétodo

Nas sessões de metodologia dos artigos analisados há descrições e apontamentos relativos aos métodos dos estudos, técnicas de coleta e análise dos dados desenvolvidos. Alguns dos artigos apresentam análises de subgrupos de dados de estudos maiores (2)(6)(11) e parte significativa menciona a aprovação por Comitês de Ética, sendo que alguns descrevem com mais detalhe as precauções tomadas para garantir a ética e resguardar o entrevistado (2)(6)(9)(10)(12).

Apesar de todos estudos informarem as técnicas de coletas, nem todos informam detalhes de como elas foram desenvolvidas, sendo que alguns adotaram mais de uma. Foram mencionadas: a) revisões sistemáticas explicitando as bases de dados, termos de busca, critérios de inclusão e exclusão (3)(5)(8)(12); b) aplicação de questionários (2); c) realização de entrevistas (1)(2)(4)(6)(7)(9)(10)(12), presenciais ou telefônicas, em profundidade, semiestruturadas ou abertas; d) grupo focal (11). Para a realização das entrevistas foram elaborados guias para facilitar sua condução, muitas vezes aperfeiçoados a partir da avaliação das primeiras aplicações. Para registros, foram realizadas gravações e posteriormente transcrições, além de anotações de observações dos entrevistadores.

Os participantes das investigações foram selecionados em espaços de práticas de PIC, por indicações de profissionais da área, entre pacientes de serviços convencionais de saúde e voluntários de organizações, sendo que não foi uma constante a preocupação com a definição de uma amostra representacional da diversidade do público. Foram adotadas definições de amostras propositais, por indicações, estratégia de “bola de neve” e seleção por meio de recomendações. Em alguns dos estudos a coleta cessou quando as análises indicaram saturação (7)(9)(10).

Foram realizadas análises de conteúdo para identificar temas centrais e interpretar os resultados, sendo comum o relato da composição de categorias temáticas a partir da listagem de assuntos e comparações que facilitassem a identificação. No entanto, há uma variação no nível de detalhamento da explicação da técnica de análise, assim como na descrição de sua realização. Alguns artigos especificaram as técnicas adotadas, entre as quais: abordagem interpretativa sociológica, cuja análise é como um exercício de compreensão das diferentes

posições adotadas dentro de um espectro de crenças, agendas e experiências de vida mais amplas (2); metaetnografia (3); codificação progressiva, construção de matrizes e memorandos para comparações dos resultados (4); análise temática indutiva, utilizando codificação aberta, axial e seletiva feita, simultaneamente, com o processo qualitativo de trabalho de campo (6); metodologia fenomenológica, com descrição e análise detalhada da experiência vivida para entender como o significado é criado, por meio da percepção incorporada (9); abordagem naturalista, buscando entender como as pessoas atribuem sentido a uma situação ou fenômeno dentro de um cenário real, com três etapas de codificação: aberta, axial e seletiva (10); “ethnonursing”, método de pesquisa em enfermagem de consulta naturalista e estudo de práticas de cuidado, cura, crenças e valores de diversos aspectos em contextos culturais diversos (12); análise de dados produzidos pelo grupo focal facilitada pelo uso do software Atlas.ti (11).

Averiguamos que as pesquisas identificam características dos participantes de suas amostras, como gênero, classe social, grupo etário, nacionalidade e etnia. Tais caracterizações “aterram” e “dão forma” às experiências, identificando e localizando os sujeitos das práticas. Esta identificação é um aspecto elementar para restringir generalizações e simplificações dos sujeitos e suas experiências.

Os artigos apresentaram revisão de literatura e busca de ferramentas conceituais que pudessem ser empregadas para dar sentido aos padrões que emergiram dos dados coletados. Também foram utilizadas teorias para análise dos resultados dos trabalhos de campo, as quais serão examinadas na sessão que segue.

### **Metateoria**

Nessa parte, buscou-se identificar os aspectos teóricos e conceituais desenvolvidos nos artigos. Ainda que todos artigos desenvolvam problematizações a respeito do uso de PIC no autocuidado, um número restrito constrói um diálogo com referenciais teóricos na tentativa de analisar os sentidos deste uso.

Os estudos introduzem questões sobre o uso de PIC fazendo referência a publicações anteriores, adotando diferentes estratégias: 1) citação pontual de artigos similares anteriores; 2) citação de revisões sistemáticas publicadas; 3) revisão da literatura.

O aspecto positivo da produção e referência a revisões de literatura é que situam a pesquisa dentro de um contexto de produção mais amplo sobre a temática, identificam problematizações desenvolvidas anteriormente e ampliam as possibilidades de diálogo com análises anteriores. Os artigos que adotam esta estratégia são os que fazem referência a pesquisas mais recentes sobre a temática, enquanto que parte significativa dos que fazem citações pontuais de estudos anteriores citam pesquisas com mais de 5 e 10 anos, sem contextualizá-las e como se fossem dados ainda atuais.

Apesar de parte significativa dos artigos referir-se às teorias e conceitos relativos à reflexividade, necessidade de auto (re)invenção dos sujeitos contemporâneos e destraditionalização de suas culturas, os estudos problematizam a tomada de decisões dos sujeitos pelo autocuidado com PIC apenas enfatizando a influência de aspectos socioculturais neste processos. Entre estes, tratam-se as diferenças de acesso e consumo de recursos de acordo com a etnia e a condição socioeconômica sem que aprofundem em teorias das ciências humanas que dão suporte ao debate da iniquidade e exclusão social.

Todos estudos enfatizam a relevância de crenças pessoais, confiança em conselhos e informações de familiares, amigos e membros de suas estreitas redes sociais. Também valorizam a influência das culturas, como a realidade e convívio em ambiente rural (4), as diferenças nos modelos explicativos sobre saúde e doença em grupos étnico-raciais (5). Também se destaca a importância de redes informais e comunitárias, sem analisar ou referir-se às discussões conceituais sobre biossociabilidades ou contra condutas menos individualistas.

Embora sejam recorrentes as discussões sobre o papel de especialistas, os estudos não fazem alusão ao quadro teórico desenvolvido pela crítica à medicalização ou sobre o papel dos especialistas. No entanto observa-se que nos artigos, a figura do médico e de profissionais em saúde desloca-se, no sentido de que, ao invés de restabelecer segurança sobre o uso das PIC é associado a uma autoridade que pode reprovar e até punir o uso de tais práticas (5). Pontua-se que a falta de diversidade étnica e racial nas equipes de profissionais de saúde prejudicam a capacidade dos profissionais de proporcionar cuidados com diálogos culturais a grupos cada vez mais diversos.

Associa-se o uso de PIC sem recomendações, comunicação e consentimento do médico como um comportamento de risco. A figura do especialista em saúde relaciona-se, assim, não apenas à redução de incertezas e inseguranças nas diferentes escolhas que o indivíduo reflexivo deve realizar em sua vida, mas também como agente para redução de comportamentos ambivalentes e desviantes. No entanto, apesar de recorrente a associação do uso de PIC e o risco, esta relação não é problematizada.

A vinculação moral ao comportamento em saúde é mais explícita quando os artigos trazem discussões reforçando ou criticando o *helthism*, sem que no, entanto, nomeiem deste modo. No geral, relacionam às teorias de individualização e reflexividade direcionando para o campo da saúde os efeitos do neoliberalismo e discorrem sobre a obsessão salutarista. De um modo geral, os artigos discutem como o uso de PIC está associado à percepção de aumento de controle pessoal e ao desenvolvimento de novas habilidades para autocompreensão, autocuração e bem-estar.

No entanto, há o desenvolvimento de uma norma sociocultural em saúde similar à meritocracia social, na qual o dever e o merecimento estão implicados na condição de saúde do sujeito responsável. Argumenta-se que com a cidadania cada vez mais proativa na integração de práticas biomédicas e PIC as práticas de cuidados de saúde pluralistas e individualizadas pode estar contribuindo para mudanças políticas em governança e cidadania responsável, que tendem a cair na rubrica do "neoliberalismo" (2). Contudo, apesar de relacionarem com recorrência o autocuidado com o uso de PIC ao neoliberalismo, não apresentam conceituações e reflexões a este respeito.

Salienta-se, também, o 'ajuste' entre os valores promovidos por muitos tipos de PIC e a ideologia neoliberal, assim como na normalização das subjetividades, caracterizada pelos valores do individualismo, da responsabilidade pessoal e auto exploração (6). Devido à diversificação de opções disponível, promovido pela globalização cultural, maior acesso à informação e mediação de experiência por sistemas especializados, as práticas de saúde são vistas como "marcadores" de opções de estilo de vida e construção de identidade. Todavia, a falta de uma autoridade final em matéria de saúde capacita os sujeitos para decidir sobre um curso

de ação. Decisões, no entanto, não estão livres de ambivalência, ansiedade e incerteza para o indivíduo em um ordem pós-tradicional; eles são o resultado de uma combinação de ceticismo e condicional suporte, bem como uma combinação de "fé" e entusiasmo em sistemas e especialistas. Como consumidores reflexivos, eles têm a capacidade de reagir de forma criativa aos processos de comoditização que afetam suas vidas e a capacidade de discriminar entre os tipos disponíveis de informações e recursos de cuidados cada vez mais diversificados (4).

Ao discorrer sobre o processo de tomada de decisão, há referência a diferentes teorias sobre escolhas racionais, argumentando que enquanto a abordagem consumista descreve os agentes sociais como calculadores, as teorias socioculturais compreendem escolhas de saúde como processos intersubjetivos e socioculturais envolvendo componentes racionais e afetivos. Além disso, afirma que os pacientes geralmente têm conhecimento incompleto sobre tratamentos e precisa contar com médicos para obter conselhos, o que coloca em dúvida sua capacidade para fazer escolhas informadas de forma autônoma. Também se argumenta que as condições estruturais afetam capacidade das pessoas de escolher (4). Assim como, diferenças de gêneros, os quais definem comportamentos e formas de distintas de buscar informações e tomar decisão (7).

Enquanto para algumas interpretações, a adoção de tais práticas expressa insatisfação com as limitações da biomedicina para tratar condições crônicas, outras analisam o uso de PIC como uma escolha pragmática entre várias alternativas de cuidados em um contexto de pluralismo terapêutico crescente e de maximização do uso de recursos. Menciona-se também o uso de PIC sob a da aculturação pragmática caracterizada quando as pessoas recorrem a um sistema médico estrangeiro para resolver um problema de saúde sem necessariamente adotar o paradigma conceitual, a cosmologia desses tratamentos e não demonstram interesse em compreendê-los.

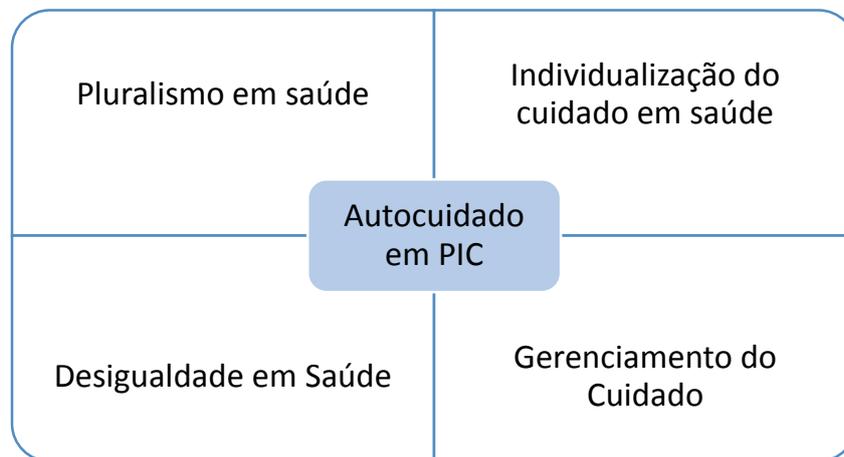
### **Metassíntese dos resultados e análises**

Um primeiro aspecto da síntese dos resultados relaciona-se ao uso de *fatores de atração e repulsão*, com origem nas teorias de migração, para descrever fatores que justificam migrações entre tipos de cuidado. Como fatores de repulsão foram identificados os aspectos negativos da biomedicina os quais geram insatisfação com os serviços da saúde e levam à busca de outras práticas. Seguindo a mesma

lógica, foram considerados fatores de atração os aspectos positivos percebidos no uso de PIC. Entretanto, a maior parte dos artigos trata autocuidado com uso de PIC como uma estratégia de cuidado complementar a tratamentos convencionais, assim, dão ênfase a fatores de atração das PIC, sem desenvolver muito fatores de repulsão da biomedicina, pois não há alterações a sua aderência.

Foram identificados quatro grupos temáticos de fatores de atração explanadas pelos artigos: 1) Pluralismo em Saúde; 2) Individualização do cuidado em saúde; 3) Desigualdade em Saúde; 4) Gerenciamento do cuidado.

Elaboramos o Quadro 1 com a síntese destas temáticas com suas respectivas problematizações, no modo como são desenvolvidas pelas publicações.



**Quadro 1 – Temas e problematizações sobre o uso de PIC como estratégia de autocuidado**

TEMÁTICAS	SENTIDOS DO USO DO AUTOCUIDADO EM PIC
Pluralismo em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Influência de redes sociais, de afeto e de convívio;</li> <li>▪ Prática contra hegemônica em saúde;</li> <li>▪ Crítica ao controle do cuidado em saúde por profissionais biomédicos e estado paternalista;</li> <li>▪ Afinidade com culturas alternativas;</li> <li>▪ Reflexo do pluralismo e subjetividade contemporâneos;</li> <li>▪ Expressão do consumo terapêutico plural;</li> <li>▪ Atuação dos indivíduos como 'designers' e 'bricoleurs' em saúde;</li> <li>▪ Destradicionalização dos gêneros em práticas de cuidado;</li> <li>▪ Diferenças entre representações e fatores de uso de PIC entre homens e mulheres;</li> <li>▪ Possibilidade de desconstrução ou reconstrução de modelos tradicionais de gênero masculino e feminino;</li> </ul>
Individualização do cuidado em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ênfase na autonomia e escolha individual;</li> <li>▪ Prática de auto reinvenção e responsabilidade pessoal;</li> <li>▪ Exercício e desenvolvimento do controle pessoal;</li> <li>▪ Cuidados de saúde individualizados;</li> <li>▪ Imperativo cultural de saúde e bem-estar como metas a serem alcançadas através da responsabilização e esforço individual e pessoal;</li> <li>▪ Aumento da responsabilidade individual em relação à busca de um estado ideal de bem-estar psicofísico e espiritual;</li> <li>▪ Estado saudável como dever e merecimento individual;</li> <li>▪ Escolhas individuais sobre cuidado;</li> <li>▪ Prática de saúde que reflete a diminuição do acesso a serviços de saúde;</li> </ul>
Desigualdade em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidado em saúde limitado por desigualdades sociais e institucionais persistentes;</li> <li>▪ Experiências desiguais de acesso a melhoria dos resultados de saúde quanto a pesquisas e tecnologias;</li> <li>▪ Acesso limitado a cuidados de saúde de populações de determinadas raças, etnias, classes, nível de ensino, regiões rurais e minorias que vivem na pobreza;</li> <li>▪ Diferença de acesso a serviços convencionais e institucionais de saúde em áreas rurais e urbanas;</li> </ul>

Gerenciamento do cuidado	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adoção de PIC associada ao desenvolvimento da habilidade de autocuidado como prática complementar aos tratamentos convencionais por pessoas com doenças crônicas.</li><li>▪ Ênfase à necessidade de ampliação de comunicação em saúde dos profissionais com usuários para garantir segurança no uso de PIC;</li><li>▪ Avaliação de eficácia de PIC a partir da experiência dos sujeitos associada a riscos;</li><li>▪ Estratégia para desenvolvimento da habilidade em autogestão em saúde;</li></ul>
--------------------------	---

## **Pluralismo em saúde**

Esta temática é desenvolvida pelos artigos de diferentes perspectivas, as quais são relacionadas, de modo geral, aos seguintes sentidos de uso de PIC no autocuidado: a) prática crítica e contra hegemônica em saúde; b) expressão de influências socioculturais; c) expressão da reflexividade do sujeito contemporâneo. Abaixo, sintetizamos brevemente as problematizações suscitadas por estas abordagens.

### *Prática crítica e contra hegemônica em saúde*

Deste ponto de vista, a utilização de PIC indica uma crítica mais geral da biomedicina, mais especificamente contra o seu reducionismo e o domínio cultural e institucional, porque o uso das PIC está associado à preferência por modalidades de cuidados ambientais e corporais não agressivos, a noção holística de saúde e bem-estar e a busca por relações terapêuticas menos assimétricas.

Uma crítica mais específica é direcionada ao controle e centralização do cuidado em saúde por profissionais biomédicos e pelo estado, assim como a insatisfação com as limitações da biomedicina para tratar condições crônicas. Aborda-se a rejeição aos serviços convencionais por parcelas da população negra de países africanos, devido às experiências anteriores de preconceito e discriminação nos atendimentos e uma preferência por cuidados mais tradicionais de cura por algumas comunidades.

Afirma-se que os usuários de PIC possuem crenças não convencionais sobre a origem das enfermidades e têm opiniões negativas de tratamentos médicos. As percepções de segurança proporcionam às pessoas a liberdade de experimentar diferentes PIC para uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo a saúde mental, depressão e estresse. A maioria dos participantes dos estudos analisados declarou uma forte fé na eficácia e segurança das PIC devido a sua origem natural e percepção de ausência de toxicidade. Declararam ser fundamental que as experiências com PIC demonstrem eficácia, pois do contrário procuram outra forma de cuidado. Os usuários raramente rejeitam o tratamento convencional, mas os estudos afirmam haver ter efeitos colaterais potencialmente sérios ou interações com medicamentos.

Admite-se que crenças e preferências não convencionais dos pacientes influenciam na adoção de PIC como estratégia de autocuidado e que quando estas não são identificadas e discutidas ampliam riscos. O uso de PIC para a autogestão da saúde é considerado potencialmente perigoso e nesse sentido é preciso desenvolver habilidades de comunicação efetiva, informativa e que oriente sobre opções de autocuidado seguras. Destaca-se ainda, uma necessidade urgente de estabelecer um quadro ético para as PIC, por meio formação contínua dos profissionais de saúde, oferecimento de serviços de orientação e apoio para integração o uso de PIC com tratamentos convencionais.

As PIC são analisadas por um quadro interpretativo baseado na individualidade e no atendimento personalizado. No entanto, as pessoas constroem práticas de autocuidado realizando ajustes flexíveis para atingir um equilíbrio entre a busca individual da saúde, as circunstâncias biográficas e as demandas do ambiente social e cultural. Assim, as decisões de saúde não são tomadas por um agente racionalista, descontextualizado e abstrato, mas por pessoas no contexto de suas redes sociais, influenciadas por elementos emocionais e culturais. Além disso, os entrevistados modificaram suas práticas de autocuidado em PIC intencionalmente, muitas vezes para preservar laços afetivos e prazeres diários, mesmo que essas alterações resultassem em saúde "subótima".

#### *Expressão de influências socioculturais*

As escolhas de saúde são compreendidas como processos intersubjetivos e socioculturais envolvendo componentes racionais e afetivos. Assim, reconhece-se que as escolhas relacionadas a saúde são influenciadas por referências socioculturais diversas acessadas pelas pessoas em suas redes sociais, de serviços, afeto e de convívio.

As dimensões socioculturais que influenciam o uso de PIC tratam das diferenças psicossociais e culturais que podem incentivar um maior uso de tais práticas, como por exemplo, em regiões rurais e entre povos asiáticos (6). No contexto rural, valores como autossuficiência, resistência a cuidados médicos convencionais, a importância do "boca-a-boca" e a informação fornecida por parentes, amigos, conhecidos, a comunicação informal, podem explicar o maior uso de PIC nestes territórios (6) e o uso em diferentes países e etnias.

Um dos artigos, faz menção a estudos anteriores sobre práticas por pessoas com doenças crônicas, entre três grupos étnicos distintos da Malásia, China e Índia, nos quais, o uso de PIC foi de 22,6%, 32,3% e 43,6%, respectivamente, reconhecendo que a prevalência varia entre grupos étnicos, dependendo como a cultura pode influenciar sua aceitação (9). Desse modo, enfatizam os autores que a tomada de decisão relacionada ao uso de PIC é diferente em cada contexto sociocultural.

Outro estudo cita, por exemplo, como a forte convicção nas normas culturais e a aceitação de certas práticas tradicionais influencia a tomada de decisão sobre o uso de PIC (10). Por fim, como uma referência mais pontual, o uso de PIC foi relacionado à participação em culturas alternativas, por exemplo, o veganismo, e também formas de inovação em cuidado entre as classes médias e altas. No entanto, esta última interpretação foi mencionada apenas por um artigo e muito brevemente (4).

#### *Expressão da reflexividade do sujeito contemporâneo*

Nos artigos que desenvolvem esta abordagem o uso de PIC pelas pessoas no seu autocuidado é reflexo da liberdade e reflexividade nas escolhas dos sujeitos contemporâneos, os quais são levados a refletir sobre suas escolhas em saúde, sem necessidade de seguir uma tradição, e, por isso, atuam como 'designers' e 'bricoleurs', resultando num consumo terapêutico plural.

Nesta perspectiva, a noção de identidade é relacionada a escolha e aquisição de bens, educação, experiências, bem como práticas de saúde que constituem experiências subjetivas valorizadas socialmente. Assim, a adoção do uso de PIC no autocuidado é visto como uma escolha pragmática entre várias alternativas de cuidados em um contexto de pluralismo terapêutico crescente (4). O consumidor inteligente, assim, é aquele que maximiza o uso de recursos terapêuticos, incluindo a biomedicina, em um ambiente de mercados de saúde cada vez mais diversificados.

Ainda neste subgrupo, há artigos que abordam estudos sobre gênero e saúde em PIC. Dentre as questões que percorrem, indaga-se quais diferenças entre representações e fatores de uso de PIC entre homens e mulheres. Questionam por que as mulheres são mais propícias a usar PIC; porque homens com doenças

terminais (câncer, HIV, doenças imunodeficientes etc.) estão mais propensos a aderir aos cuidados com PIC; porque homens com câncer são mais céticos ao uso de práticas que dão ênfase a aspectos emocionais. Também examinam em que medida o uso de PIC atua na destradicionalização dos gêneros em práticas de cuidado, contribuindo para a desconstrução ou reconstrução de modelos tradicionais de gênero masculino e feminino.

Os estudos identificaram diferenças entre fatores de atração que influenciam o uso de PIC por homens e mulheres. As mulheres estiveram mais propensas a recorrer a relações pessoais para obter informações a respeito de tratamentos, enquanto os homens fizeram uso mais frequente da segurança anônima da Internet (6). Foram identificados como fatores de uso para mulheres: tratamentos emocionais por problemas com relações abusivas, baixa autoestima, distúrbios alimentares, preocupação com imagens corporais, busca por autoreinvenção, empoderamento, projeto de autodescoberta e melhoria, cultivo de emoções positivas, vontade em desenvolver a capacidade de autocontrole. Entre os homens, o uso de PIC foi associado a: stress no trabalho, problemas de saúde, recomendação de parceiras, explicações e evidências científicas, construção de identidade saudável e responsável, tendência ao consumo de bens saudáveis pela classe média, busca de autodesenvolvimento, fortalecimento da mente, responsabilidade pela própria saúde e escolhas relacionadas, bem-estar (10)(8).

Assim, as representações do uso de PIC como estratégia de autocuidado atualizam diferenciações entre gêneros. Homens e mulheres entrevistados fazem associações diferentes para justificar suas práticas, fazendo menção a sentidos masculinos e femininos de modelos tradicionais de gênero. A conclusão é que usuários de PIC reconstróem, atualizam, mas não diminuem a importância das diferenciações entre gêneros. Destaca-se que esta é uma conclusão restrita às experiências dos grupos pesquisados (mulheres e homens brancos de classe média, mulheres idosas em contexto rural e urbano), os quais de fato se identificam com as representações tradicionais de gênero. Certamente, ampliar tais estudos incluindo a experiência LGBTQ no uso de PIC traria aspectos mais complexos para esta discussão.

Também, foram examinadas práticas contemporâneas de autocuidado das mulheres e as lógicas que sustentam suas abordagens para saúde, doença e cura. Os resultados demonstraram que as mulheres são positivas sobre as perspectivas de terem mais autonomia em saúde e que tecem críticas à biomédica e o controle paternalista da medicina centrada no estado. Contudo, identificou-se que a busca de alternativas e práticas de autocuidado pode ser problemática em certos casos, criando uma situação de otimismo cruel para aqueles que não conseguem alcançar uma “saúde positiva”, reproduzindo o valor da meritocracia social.

### **Individualização do Cuidado em Saúde**

Alguns artigos relacionam o uso de PIC como estratégia de autocuidado a aspectos próprios do individualismo contemporâneo, como necessidade de auto reinvenção, responsabilização individual, cultivo do controle pessoal e ênfase na autonomia e escolhas individuais. Assim, a posição que os autores assumem é crítica em relação à integração de práticas biomédicas e PIC, relacionando-lhes como práticas pluralistas e individualizadas/individualizantes que projetam o desenvolvimento do neoliberalismo no campo da saúde.

Desse ponto de vista, o aumento de consumo de PIC como estratégia de autocuidado é associado ao contexto de precarização do trabalho, emprego e diminuição do acesso a serviços formais de saúde. Apontam a congruência entre ideologia neoliberal e cuidados na área da saúde representada pelo desenvolvimento de campanhas sobre obesidade, doenças cardiovasculares e depressão exploradas com foco na responsabilização individual, dando ênfase ao desenvolvimento da habilidade de autocuidado. O envelhecimento, por exemplo, é apresentado como fator de pressão sobre os sistemas de saúde e assistência social, e por isso está associado a criação de estratégias de autocuidado para amenizar os efeitos de doenças crônicas e comprometimentos funcionais (1) (2) (11).

Os artigos também relacionam o processo de individualização do cuidado em saúde à moralidade do *helthism*, como um imperativo cultural de saúde com metas a serem alcançadas através da responsabilização e esforço individual em busca de um estado ideal de bem-estar psicofísico e espiritual. Resumindo, nesta perspectiva, o estado saudável soa como um dever e merecimento individual.

## **Desigualdade em Saúde**

Tecendo discussões sob este ângulo, os estudos consideram o autocuidado com uso de PIC menos como uma prática complementar a tratamentos convencionais e mais como uma prática alternativa, substitutiva, em contextos e populações que possuem menos acesso a serviços de saúde.

Tal temática é tratada em situações específicas, como no caso de pessoas com HIV/AIDS na Ásia e África, pela falta de acesso aos serviços convencionais da medicina (9) ou na utilização de PIC por adultos mais velhos que vivem em ambientes rurais ou não urbanos (6). São trazidas referências à desigualdade em saúde entre brancos e negros, citando uma quantidade expressiva de informes da OMS, documentos de organizações sociais, publicações estatísticas de centros nacionais e oficiais de governos (5).

Apesar do uso de PIC como estratégia de autocuidado promover a afirmação e capacitação de concepções de criação de saúde individual, afirma-se que também pode reproduzir moralidades neoliberais de saúde-doença-cuidado. Assim, o autocuidado pode se tornar um dispositivo cultural para articular e racionalizar discrepâncias individuais em saúde, associadas ao mercado de alguns bens e serviços em PIC elitizados.

Constata-se que as noções de medicina individualizada, do ponto de vista dos pacientes, diferem da ideia atual de medicina genética voltada a grupos específicos de alto risco ou com um determinado perfil genético. Para os pacientes o sentido de individualizada é associado a uma abordagem humanista, expressa em conceitos como "crescimento pessoal", "holístico" ou "cuidados integradores", "aliança médico-paciente", "auto ativação" e "bem-estar".

## **Gerenciamento do cuidado sob a perspectiva institucional convencional**

Este grupo é constituído por artigos com estudos vinculados a instituições como hospitais e centros de saúde preocupados em desenvolver intervenções no gerenciamento do cuidado dos pacientes. Nesse sentido, interpreta-se que a adoção de PIC resulta principalmente da escolha dos pacientes que avaliam que o atendimento convencional da medicina não propicia um cuidado centrado na pessoa (3).

Os pressupostos mais recorrentes deste grupo de artigos são o uso de PIC como estratégia de autocuidado complementar a tratamentos da biomedicina e a falta de estudos consistentes de eficácia (12). A avaliação do uso das PIC é considerada “limitada”, por se basear nas crenças das pessoas (9) e é enfatizada a necessidade de estudos que analisem as interações entre os dois tipos de cuidados e seus efeitos.

No geral, os artigos sobre o gerenciamento do autocuidado reconhecem a importância da adoção das PIC como cuidado complementar em contextos de doença crônica e saúde preventiva (8), mas advertem os potenciais riscos relacionados à condição de saúde dos pacientes e a pequena comunicação entre estes e os profissionais de saúde (5) (7) (10) (12).

Assim, a adoção de PIC é relacionada ao desenvolvimento da habilidade de autogestão em saúde e autocuidado como prática complementar aos tratamentos convencionais, em especial, por pessoas com doenças crônicas.

### **Considerações Finais**

Apesar das pesquisas qualitativas sobre os sentidos do uso de PIC no autocuidado apresentadas pelos artigos evidenciarem a centralidade da experiência e cultura dos sujeitos na significação das escolhas por estas práticas, ainda assim poucos estudos voltam-se para a produção de sentidos em trajetórias terapêuticas singulares ou fazem uso de teorias voltadas para a interpretação. Constatamos que os artigos apresentam poucas informações e detalhamentos sobre suas técnicas de análise, assim como produzem suas problematizações sem muita fundamentação teórica, aspectos estes centrais para a elaboração de estudos qualitativos dirigidos a análises de sentidos.

Mesmo havendo poucas referências analíticas e interpretativas sobre o uso de PIC, há menções a teorias e conceitos relativos à reflexividade, necessidade de auto (re)invenção dos sujeitos contemporâneos e destradicionalização de suas culturas. Contudo, as principais problematizações destas pesquisas estão relacionadas à influência de aspectos socioculturais na tomada de decisão pelo uso de PIC, averiguação esta importante para questionar as interpretações macrossociológicas mais recorrentes sobre o autocuidado contemporâneo, as quais fixam os sujeitos sob influência de fatores estruturantes da sociedade neoliberal e

modernidade avançada, generalizando um comportamento consumista, racional e pragmático, que desloca para segundo plano o lugar das culturas locais e de referência pessoal, justamente com as quais, se conclui com estes artigos, significam e motivam suas escolhas.

### Quadro descritivo dos artigos

Nome	Ano	Periódico	Autores	País	Vínculo Institucional	Objetivo
A review of the use of complementary and alternative medicine and HIV: issues for patient care.	2013	AIDS Patient Care STDS	Lorenc A1, Robinson N..	Inglaterra	Faculty of Health and Social Care, London South Bank University, London, UK;	Identificar temas que implicam no uso de PIC
Beliefs and practices of complementary and alternative medicine (CAM) among HIV/AIDS patients: A qualitative exploration.	2016	European Journal of Integrative Medicine	Syed I.A., Sulaiman S.A.S., Hassali M.A., Thiruchelvam K., Syed S.H., Lee C.K.C.	Malásia e Austrália	School of Pharmaceutical Sciences, University of Science Malaysia (USM), School of Pharmacy, International Medical University, Malaysia, School of Pharmacy, University of Queensland, Australia e Department of Medicine, Hospital Sungai Buloh, Selangor, Malaysia	Explorar crenças no uso de PIC entre pessoas que vivem com HIV/AIDS
Choosing Ayurveda as a healthcare practice in Argentina. .	2015	Current Sociology Monograph	Freidin B, Ballesteros MS.	Argentina	Sociology Department at the University of Buenos Aires	Analisar porque as pessoas recorrem a Ayurveda e a adotam com uma prática de cuidado em saúde, focando em dimensões socioculturais e aspectos materiais.
Complementary and alternative medicine use among older Australian women - a qualitative analysis.	2012	Bmc Complementary and Alternative Medicine	McLaughlin D, Lui CW, Adams J.	Austrália	School of Population Health, The University of Queensland	Explora perspectivas sobre PIC de mulheres idosas e as razões para seu uso e como são influenciadas pela localização geográfica

Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities.	2012	Patient Education and Counseling	George M.	Estados Unidos	University of Pennsylvania School of Nursing, Department of Family and Community Health, Philadelphia	Caracterizar crenças em PIC de tratamentos para asma, fumantes e cancer de pulmão em comunidades Negras.
Individualised medicine from the perspectives of patients using complementary therapies: a meta-ethnography approach.	2013	Bmc Complementary and Alternative Medicine	Franzel B, Schwiengershausen M, Heusser P, Berger B.	Alemanha	Center for Integrative Medicine, Faculty of Health, University of Witten	Descrever conceitos e examinar percepções de medicina individualizada nas respostas sobre razões para os pacientes usarem CAM
It keeps me going' - older people's perception of well-being and use of complementary and alternative medicine (CAM)(includes abstract)	2012	Quality in Ageing and Older Adults,	Lorenc, Ava; Clow, Angela; Forte, Denise; Robinson, Nicola;.	Inglaterra	UK;Department of Psychology, University of Westminster; Faculty of Health & Social Care Sciences, University of London Campus; Faculty of Health and Social Care, London South Bank University.	Explorar tomada de decisão de pessoas idosas pelo uso de PIC e suas percepções e experiências de bem-estar
My health, my responsibility? Complementary medicine and self (health) care.	2014	Journal of Sociology	Broom A, Meurk C, Adams J, Sibbritt D.	Austrália	Department of Sociology at the University of Queensland; School of Social Science at the University of Queensland;Department of of Public Health at the University of Technology Sydney.	Examinar práticas de autocuidado contemporâneo de mulheres e as lógicas que sustentam suas abordagens de saúde, doenças e cura
Performance care practices in complementary and alternative medicine by Thai breast cancer survivors: An ethn nursing study.	2012	Nursing and Health Sciences	Wanchai, A.a , Armer, J.M.b , Stewart, B.R.	Tailândia e Estados Unidos	Boromarajonani College of Nursing; Buddhachinaraj; Ellis Fischel Cancer Center; Sinclair School of Nursing, University of Missouri	Explorar como tailandeses sobreviventes de cancer de pulmão adotam PIC para promover sua saúde e bem-estar
Undoing gender? The case of complementary and alternative medicine.	2013	Sociology of Health & Illness	Brenton, J. and Elliott, S.	Estados Unidos	Department of Sociology and Anthropology, North Carolina State University	Examinar relações entre gênero e saúde no uso de PIC

Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms.	2014	Complementary Therapies in Medicine.	Pirota M, Willis K, Carter M, Forsdike K, Newton D, Gunn J.	Austrália	Department of General Practice, University of Melbourne; Australia Faculty of Health Sciences, Australian Catholic University	Compreender como e porque as pessoas usam a planta espada de são jorge no autocuidado relacionado à depressão, stress e ansiedade
Decision-making related to complementary and alternative medicine use by people with Type 2 diabetes: a qualitative study.	2012	J Clin Nurs	Chang HY1, Wallis M, Tiralongo E, Wang HL.	Taiwan	School of Nursing, Fooyin University, Taiwan	Explorar como pessoas com diabetes de tipo 2 tomam decisão sobre o uso de PIC

## Referências

- (1) Brenton, J. and Elliott, S. (2013), Undoing gender? The case of complementary and alternative medicine. *Sociol Health Illn*, 36: 91–107. doi:10.1111/1467-9566.12043
- (2) Broom A, Meurk C, Adams J, Sibbritt D. My health, my responsibility? Complementary medicine and self (health) care. *Journal of Sociology*. 2014;50(4):515-30.
- (3) Franzel B, Schwiegershausen M, Heusser P, Berger B. Individualised medicine from the perspectives of patients using complementary therapies: a meta-ethnography approach. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*. 2013;13.
- (4) Freidin B, Ballesteros MS. Choosing Ayurveda as a healthcare practice in Argentina. *Current Sociology*. 2015;63(5):669-84.
- (5) George M. Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities. *Patient Education and Counseling*. 2012;89(3):489-500.
- (6) McLaughlin D, Lui CW, Adams J. Complementary and alternative medicine use among older Australian women - a qualitative analysis. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*. 2012;12.
- (7) Pirotta M, Willis K, Carter M, Forsdike K, Newton D, Gunn J. 'Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014;22(5):870-6.
- (8) Lorenc A1, Robinson N.. A review of the use of complementary and alternative medicine and HIV: issues for patient care.. *AIDS Patient Care STDS*. 2013 Sep;27(9):503-10. doi: 10.1089/apc.2013.0175.
- (9) Syed I.A., Sulaiman S.A.S., Hassali M.A., Thiruchelvam K., Syed S.H., Lee C.K.C.. Beliefs and practices of complementary and alternative medicine (CAM) among HIV/AIDS patients: A qualitative exploration. *European Journal of Integrative Medicine* 2016 8:1 (41-47).
- (10) Chang HY1, Wallis M, Tiralongo E, Wang HL. Decision-making related to complementary and alternative medicine use by people with Type 2 diabetes: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2012 Nov;21(21-22):3205-15. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04339.x.
- (11) Lorenc, Ava; Clow, Angela; Forte, Denise; Robinson, Nicola;. It keeps me going' - older people's perception of well-being and use of complementary and alternative medicine (CAM).

(12) Wanchai, A.a , Armer, J.M.b , Stewart, B.R.c Performance care practices in complementary and alternative medicine by Thai breast cancer survivors: An ethnonursing study (2012) *Nursing and Health Sciences*, 14 (3), pp. 339-344.

## Capítulo 4 – Metassíntese dos Estudos de Eficácia de Autocuidado com PIC

Elaboramos uma metassíntese com vinte e um artigos publicados entre 2012 a 2016 relacionados a eficácia do autocuidado com PIC. Estes artigos foram selecionados a partir de uma revisão sistemática em bases da área da saúde e multidisciplinares (Biblioteca virtual de saúde, *PubMed*, *Scopus*, *Embase*, *Web of Science*, *ProQuest Central*, *Cinahl - EBSCO*, *Academic Search Premier - EBSCO HOST*, *Jstor*, *Sage*). Como critérios de inclusão, estabeleceu-se publicações realizadas nos últimos cinco anos em inglês, português e espanhol e de acesso disponível gratuitamente ou pelo portal da CAPES. Aplicando estes critérios, não foi selecionado nenhum estudo desenvolvido ou publicado em âmbito nacional ou na América Latina.

Mais da metade ou 14 dos estudos que resultaram nos artigos selecionados foi produzido com participação de autores e instituições dos Estados Unidos. Na Alemanha, Austrália e Reino Unido foram desenvolvidos dois estudos e artigos em cada país. Enquanto, na Malásia, China, Suécia, Croácia, Israel e Canadá houve a produção de um artigo, havendo entre as publicações coproduções internacionais.

No geral, os estudos foram desenvolvidos por faculdades e departamentos de diferentes especialidades de medicina, enfermagem, farmácia, psicologia, ciências da saúde. Também foram produzidas pesquisas com participação de hospitais escolas, centro de medicina chinesa<sup>12</sup>, centro médico naval<sup>13</sup>, institutos de pesquisa, centros médicos<sup>14</sup>.

Sintetizamos e examinamos este grupo de artigos quanto aos seus aspectos metodológicos (metamétodo), teóricos (metateoria) e resultados (metanálise), desenvolvendo uma análise geral sobre a produção recente de estudos qualitativos sobre a eficácia do autocuidado em PIC na produção de saúde, a qual apresentamos a seguir.

---

<sup>12</sup> Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, China.

<sup>13</sup> Naval Medical Center San Diego e Naval Center for Combat & Operational Stress Control, San Diego, USA.

<sup>14</sup> Ver quadro descritivo dos artigos no fim do capítulo.

## Metamétodo

Embora todo material selecionado trate sobre a eficácia de tratamentos de autocuidado com PIC numa perspectiva qualitativa, os estudos diferem entre si quanto ao seus desenhos metodológicos, propósitos e abordagens. Há desde revisões sistemáticas que compilam e resumem pesquisas de evidências quanto relatos de casos e entrevistas em profundidade voltadas para a compreensão dos sentidos e experiências dos sujeitos que adotam o autocuidado com PIC.

Em seus desenhos, há pesquisas que adotam uma abordagem mais geral das PIC (5)(7)(10)(11)(21), enquanto outras foram mais direcionadas e ocuparam-se do estudo de práticas específicas, como: yoga (2) (3)(8)(9)(15)(20), meditação e práticas mente-corpo (3)(14)(15)(19), acupuntura (1)(2)(19), consumo de produtos e suplementos naturais (4)(18)(20), massagem (2), homeopatia (6), antroposofia (16), tai chi chuan (19), moxabustão (1), quiropraxia (2), ho'oponopono (12).

Ainda que nem todos estudos estejam relacionados a tratamentos direcionados a cura de alguma doença, todos elegem sua população de estudo de acordo com uma enfermidade, como dor crônica (2)(7)(10)(11)(13)(16)(17)(18)(19)(20), dores relacionadas à asma (10) (20), fibromialgia (19) e esclerose múltipla (18); problemas relacionados à saúde mental como depressão, ansiedade e estresse (4)(8)(9)(13)(12)(14)(15); pressão arterial (12); problemas de otorrinolaringologia (5)(6) e infecções respiratórias (6). Alguns estudos circunscrevem subgrupos da população das pesquisas de acordo com gênero, faixa etária ou outra característica, há estudos exclusivos de mulheres (9)(10)(14)(18), crianças (7), idosos (8), militares (15), profissionais da saúde (17) e pessoas com condições sociais desfavoráveis (16).

Quanto aos tipos metodológicos, há artigos que relatam casos individuais de tratamentos, outros que dão ênfase às experiências e sentidos desenvolvidos pelos sujeitos, há avaliações de intervenções implementadas por programas vinculados a centros de saúde e, por fim, pesquisas sobre evidências. Para coleta de informações, há aplicação de questionários, grupos focais, entrevistas, análise documental e revisões sistemáticas. Abaixo sintetizamos as técnicas de coleta, análise e as abordagens destes estudos.

### *Questionários e escalas*

Três estudos adotaram instrumentos deste tipo, cujas análises são restritas aos resultados da aplicação de questionários e escalas. Tratam-se de pesquisas que relatam e avaliam intervenções de programas voltados para o desenvolvimento de habilidades de autocuidado com PIC. Como em *Mind body medicine in the care of a U.S. Marine with chronic pain: a case report military medicine* (13) em que se apresenta um programa implementado pelo Centro Médico Naval de San Diego. Neste programa, os participantes foram expostos a múltiplas modalidades meditativas e encorajados a práticas diárias com apoio de voluntários e material de instrução. O artigo relata o caso de um militar com problemas crônicos de saúde mental e avalia os resultados da intervenção a partir de questionários que incluiu histórico médico, dados demográficos, a frequência de uso de PIC e escalas sobre a condição de saúde. As avaliações foram repetidas no momento da finalização da intervenção, quatro e sete meses após a intervenção.

Em outro artigo, *Lessons learned from a study of a complementary therapy for self-managing hypertension and stress in women* (12), avalia-se os efeitos de um projeto experimental da técnica ho'oponopono do Hawai. Foram recrutadas 72 voluntárias adultas por propagandas locais de rádio, folhetos e jornais, as quais tiveram que cumprir os critérios de elegibilidade do estudo (mais de 21 anos de idade e ter pré-hipertensão ou já estar num quadro de hipertensão, sem alterações na medicação anti-hipertensiva durante pelo menos 2 meses antes da inscrição). Estas pessoas compuseram aleatoriamente o grupo de intervenção e o grupo controle, sendo que o grupo submetido à intervenção teve aulas, materiais de apoio e instruções para a prática da técnica, cujo conteúdo abrangia introdução, descrição e ilustração do processo ho'oponopono, incluindo a aplicação de "ferramentas de limpeza", como: meditação, exercícios de respiração e afirmações positivas. Houve simulações de situações estressantes em que os participantes poderiam usar o processo. O trabalho foi presencial ou online através de gravações de vídeos. Uma vez aprendido, os participantes deveriam praticar a técnica por 12 semanas usando o material de apoio sobre as ferramentas ensinadas em aula. Na avaliação, aplicou-se um questionário desenvolvido pelo estudo para medir as habilidades de autocuidado desenvolvidas pelos participantes. Uma lista de verificação diária também foi utilizada para registrar e quantificar o número de vezes ao dia em que o grupo experimental

usou técnicas de ho'oponopono e mudanças no estilo de vida dos participantes, para ajudar a identificar possíveis fatores de confusão.

A publicação *An Oncology Mind-Body Medicine Day Care Clinic: Concept and Case Presentation* (3) descreve o programa de um centro de saúde voltado a pacientes com câncer, no qual se desenvolve ações de redução de stress. Entre suas atividades, há treinamento de atenção plena, yoga, exercício consciente, nutrição, estratégias de autoajuda naturopática e reestruturação cognitiva. São realizadas avaliações em um estudo prospectivo de coorte com a aplicação dos seguintes instrumentos: o Questionário Europeu de Pesquisa e Tratamento da Qualidade da Vida (EORTC QLQ), para medir a qualidade de vida e os sintomas dos pacientes; e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), para avaliar a ansiedade e a depressão ao longo do processo. Sendo ambos aplicados a todos os participantes antes, imediatamente ao término e três meses após a conclusão do grupo. Neste artigo, são relatados dois casos traçando um quadro descritivo da situação de saúde de cada pessoa e seus resultados nos questionários.

A aplicação de questionários e escalas oferecem informações quantificáveis sobre as condições de saúde dos sujeitos, no entanto, sem a conjugação com outros métodos constata-se que são instrumentos muito restritos para levantar informações sobre os sentidos atribuídos pelos sujeitos. Se complementada com entrevistas qualitativas, amplia-se as possibilidades de compreensão das interpretações que os sujeitos fazem das perguntas e respostas destes instrumentos e quais sentidos atribuem às melhoras quantitativas das escalas.

### *Entrevistas*

Neste subgrupo, há seis artigos. No primeiro, *A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four PIC therapies* (2) apresenta-se os resultados de entrevistas qualitativas semi-estruturadas com 64 participantes iniciando uma das quatro terapias (yoga, quiropraxia, acupuntura, massagem) para tratamento de dor lombar crônica. Os participantes foram entrevistados até três vezes ao longo de um período de três meses. As entrevistas foram transcritas textualmente e analisadas usando uma abordagem qualitativa de métodos mistos, incorporando análise de imersão, cristalização e matriz

para a descontextualização e recontextualização, realizadas com o intuito de entender mudanças na ênfase temática ao longo do tempo.

No segundo artigo, *Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms* (4), as entrevistas tiveram como foco a compreensão dos motivos de uso da planta. Uma estratégia de amostragem proposital foi usada para recrutar quarenta e uma pessoas que se auto-identificaram como tendo usado o cipó para "stress ou preocupações de depressão" na comunidade em Melbourne, Austrália. Realizaram-se entrevistas detalhadas pessoalmente, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas tematicamente.

Com o objetivo de compreender as experiências das mulheres que participaram de uma intervenção de yoga para o tratamento da depressão, o terceiro artigo, *"A feeling of connectedness": perspectives on a gentle yoga intervention for women with major depression* (8) é o produto de um estudo fenomenológico interpretativo derivado de entrevistas e registros diários de doze mulheres que participaram de uma intervenção de ioga de oito semanas como parte de uma pesquisa mais ampla, randomizada e controlada.

O quarto estudo deste subgrupo explora as experiências de autocuidado dos pacientes no programa de reabilitação de uma clínica antroposófica, *Self-care follows from compassionate care - chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation* (16). Analisa-se entrevistas qualitativas com abordagem hermenêutica, as quais foram registradas e transcritas textualmente. Participaram dez mulheres que frequentaram por um ano o programa de reabilitação relacionado a doença crônica.

Em *An integrative medicine approach to asthma: who responds?* (20), buscou-se compreender quais pacientes com doenças crônicas tendem a responder a intervenções de medicamentos integrativos, identificando um conjunto de características ou qualidades associadas a um resultado positivo em um ensaio clínico randomizado para tratamento de asma que incorporou instrução de respiração de yoga e manipulação nutricional e suplementação. O estudo adotou a análise qualitativa com uma abordagem de teoria fundamentada. Os participantes foram selecionados aleatoriamente de dois subgrupos de um ensaio clínico de asma: vinte pessoas beneficiadas pela intervenção e vinte que não foram beneficiadas com base

na aplicação de uma escala sobre qualidade de vida e asma. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Após doze entrevistas do primeiro grupo e oito do segundo, atingiu-se saturação.

Por fim, em *An oasis in the hospital: the perceived benefits of a cancer support center in a hospital setting offering complementary therapies* (21) aborda-se as experiências de pessoas que frequentam um centro de apoio ao câncer e que acessam suas terapias complementares em dezesseis entrevistas semi-estruturadas. Foi utilizada uma metodologia de teoria fundamentada. As entrevistas foram gravadas digitalmente e transcritas textualmente. A análise foi realizada utilizando o método comparativo constante.

### *Revisões da Literatura*

Há nove artigos que são revisões de literatura, dentre os quais sete sintetizam e discutem evidências da eficácia do autocuidado com PIC, sendo três revisões sistemáticas. Também há dois artigos cujos temas são mais abrangentes. Seguem breves descrições.

No artigo *Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review* (7), aborda o uso de PIC em doenças crônicas não transmissíveis em geriatria. A revisão enfoca não apenas a garantia de boas práticas de saúde, como o desenvolvimento holístico e fortalecimento dos mecanismos de defesa do corpo, mas também sobre a construção de um padrão de autocuidado e empoderamento do paciente em geriatria. Já em *Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain* (11) resume-se a evidência atual sobre autocuidado com PIC por pacientes com dor crônica. Enquanto que em *The role of complementary and alternative medicine in therapy of multiple sclerosis* (18) trata-se da literatura sobre o uso de PIC em casos de esclerose múltipla. Na revisão *Homeopathic Medications as Clinical Alternatives for Symptomatic Care of Acute Otitis Media and Upper Respiratory Infections in Children* (6) discute-se como a homeopatia pode equivaler e ser mais segura do que os cuidados convencionais para tratamento de otite e infecções respiratórias em crianças a partir de revisão de pesquisas de evidências de ensaios de eficácia comparativa.

Há ainda três revisões sistemáticas sobre autocuidado com PIC. A primeira, *A systematic review of complementary and alternative medicine for asthma self-management* (10), é sobre o uso de medicamentos complementares e alternativos para a autogestão de asma pediátrica e adulta. O objetivo da revisão foi resumir o conjunto de pesquisas existentes sobre os tipos e padrões de eventos adversos e comportamentos de risco associados a tais práticas e a comunicação do paciente-provedor sobre o uso de terapias complementares em asma. A revisão foi realizada nos bancos de dados: *PubMed*, *PsycINFO* e *SCOPUS* e os termos de pesquisa utilizados foram: asma AND medicina complementar, medicina alternativa, medicina complementar e alternativa, ervas, dieta, suplementos dietéticos, vitaminas, acupuntura, exercícios de respiração, relaxamento, corpo mental, homeopatia, ayurveda, medicina tradicional chinesa, limpeza do cólon, música, quiropraxia, terapia, aromaterapia, yoga, tai-chi. O local de publicação foi limitado à América do Norte (Canadá, México e Estados Unidos). As publicações também estavam limitadas às línguas inglesa, espanhola e francesa. Não se restringiu o período das publicações. Como critérios de inclusão, considerou-se se os artigos que apresentavam pesquisa primária ou original e se foram focados no uso de PIC entre crianças e adultos com asma. Foram excluídos os materiais duplicados ou que não apresentassem pesquisas originais sobre o uso da PIC entre indivíduos com asma.

A segunda revisão sistemática, *Mind-Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A Comprehensive Review* (14), examina evidências de eficácia das intervenções mente-corpo para sintomas de saúde mental em populações desfavorecidas. Ensaios controlados randomizados, estudos descritivos e estudos observacionais foram incluídos. Foram considerados como indivíduos desfavorecidos, adultos que são severamente marginalizados, minorias raciais, étnicas e pessoas com baixo nível socioeconômico. Como termos de busca utilizou-se: severamente marginalizado, desatendido, centro da cidade, urbana, minoria racial, étnico minoritário, de baixa renda, baixo nível socioeconômico, PIC, medicina complementar alternativa, saúde alternativa complementar, mindfulness, meditação, ioga, mente-corpo, relaxamento, respiração, redução de estresse baseada e terapia cognitiva baseadas em *mindfulness*. Estudos foram excluídos se: (1) publicados em um idioma diferente do inglês, (2) amostra da população não fosse considerada em risco,

caracterizada por níveis substanciais de pobreza, baixo status ou minoria racial; (3) não examinasse aspectos da saúde mental, como depressão, ansiedade, humor, estresse, funcionamento ou qualidade de vida; e (4) não usasse alguma forma de intervenção mente-corpo.

A terceira revisão sistemática, *The current state of the science for active self-care complementary and integrative medicine therapies in the management of chronic pain symptoms: lessons learned, directions for the future* (17), aplicou a metodologia *rapid evidence assessment of the literature* (REAL) do Instituto Samueli, para avaliar de forma abrangente e rigorosa a qualidade da pesquisa sobre terapias complementares e integrativas no autocuidado ativo e evidências de sua eficácia no tratamento dos sintomas da dor crônica. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão pré-definidos da revisão foram avaliados quanto ao viés metodológico e sua qualidade usando a lista de verificação da *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN). Um grupo de especialistas no assunto foi montado para avaliar o conjunto geral de literatura de cada modalidade de PIC usando a metodologia *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), os quais discutiram os resultados da revisão e as análises para todas as modalidades, desenvolvendo recomendações gerais para o uso e implementação dessas modalidades e delineando as próximas etapas para este tipo de pesquisa.

Nas duas revisões de literatura mais abrangentes, abordam-se diversos aspectos além da eficácia, sendo que na primeira, *Complementary and Integrative Treatments: Expanding the Continuum of Care* (5), trata-se de conceitos, modalidades, prevalências, riscos e eficácias de PIC; e na segunda, *A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: Potential uses in research on complementary therapies for depression* (9), descreve-se um quadro conceitual para estudos de eficácia de autocuidado com PIC por mulheres com depressão considerando a relação complexa e bidirecional entre a vulnerabilidade ao estresse, a depressão e os resultados de saúde nas mulheres.

#### *Análise documental*

Há um único artigo que realiza uma análise documental, *Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative*

*Therapies* (19), no qual são analisadas e comparadas diferentes diretrizes interdisciplinares baseadas em evidências para o tratamento da síndrome de fibromialgia e recomendações de PIC de três países, Canadá, Alemanha e Israel.

### *Misto*

Compõem este subgrupo, artigos que aplicam diferentes métodos de coleta de dados. Entre os materiais selecionados, foram identificados dois artigos que usam mais de uma técnica, no primeiro realiza-se grupo focal e entrevistas e, no segundo, há relato de caso de um programa experimental, a realização de entrevistas e a aplicação de questionários.

Em *"The Monkey on Your Shoulder": A Qualitative Study of Lymphoedema Patients' Attitudes to and Experiences of Acupuncture and Moxibustion* (1), explora-se como pacientes com linfedema secundário percebem e experimentam o tratamento de acupuntura e moxabustão. Foram realizados seis grupos focais e entrevistas por telefone com vinte e três sobreviventes de câncer de mama ou cabeça e pescoço que haviam completado até treze sessões. Os dados coletados com as duas técnicas foram transcritos, codificados e analisados para identificar temas relevantes.

Em *Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals* (15) avaliou-se os resultados de um programa holístico implementado para reduzir o estresse, a fadiga e o burnout de profissionais de saúde. Um total de oitenta e quatro participantes, recrutados através de apresentações, folhetos e "boca a boca", completaram o programa de oito semanas. Foi oferecido um treinamento combinando reiki, imagens guiadas, yoga, tonificação, meditação, varredura intuitiva, expressão criativa e mentoria. O programa foi avaliado com métodos mistos, incluindo entrevistas qualitativas que fornecem reflexões aprofundadas e análise quantitativa demonstrando benefícios. Os participantes relataram níveis mais baixos de estresse e aumentaram significativamente a confiança em sua capacidade de lidar com sua saúde no momento da conclusão do tratamento (oito semanas) e a longo prazo (doze meses).

### **Metateoria**

Buscamos examinar os aspectos teóricos e as teorias emergentes que suportam as análises desenvolvidas nos artigos. Averiguamos que estes estudos

limitam-se a referências de outros estudos de eficácia, principalmente ensaios clínicos, assim como pesquisas quantitativas sobre prevalência de uso destas práticas de saúde e sobre a tomada de decisão de autocuidado com uso de PIC.

Parte significativa dos artigos justifica a realização de pesquisas de eficácia em PIC devido ao aumento da sua adoção pelas populações, o que tem sido confirmado por estudos de prevalência do uso de PIC (4)(8)(9)(10)(11)(13)(14)(18)(20).

Salienta-se que todas publicações estão vinculadas a instituições da área da saúde, o que deve justificar o uso de materiais e linguagem mais convencional à área e a falta de referência a teorias das ciências humanas.

Na ausência de referenciais sobre sentidos com os quais temos discutido autocuidado contemporâneo<sup>15</sup>, esta análise centra-se nas noções de saúde com as quais estes estudos desenvolvem-se. Estas são explicitadas em suas introduções, objetivos e justificativas sobre a relevância de estudos de eficácia, sendo que, no geral, tecem tais interpretações fazendo referências a pesquisas de prevalência, fatores de uso de autocuidado com PIC. Esta é uma análise importante, pois, em tese, diferentes concepções de saúde devem repercutir em interpretações também distintas sobre resultados a serem aferidos em estudos de eficácia. De fato, independentemente dos resultados reforçarem ou refutarem as teorias dos estudos sobre saúde produzida no autocuidado com PIC, estas são definições que transpassam toda pesquisa, definindo desenhos metodológicos (se voltados para identificação de parâmetros fisiológicos, percepções de bem-estar ou melhoria da condição de saúde, sentidos sobre fortalecimento da capacidade de autocuidado ou controle pessoal, etc) e as análises que elaboram.

### *Saúde e autocuidado com PIC*

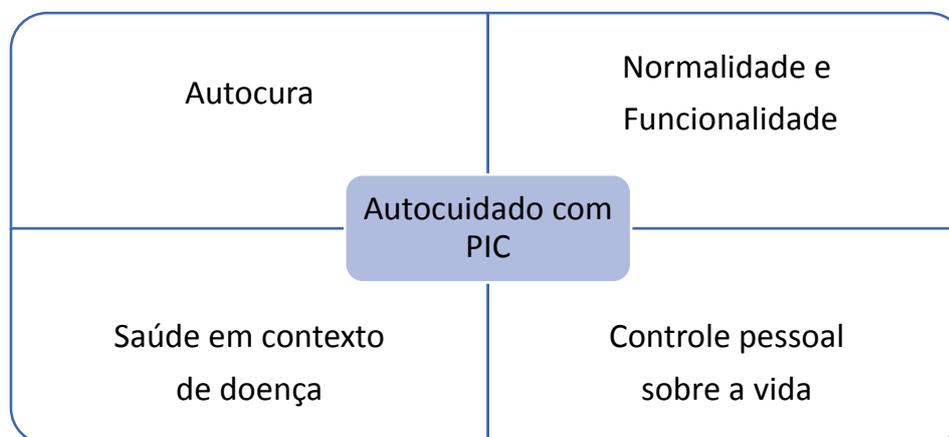
Os artigos atribuem diferentes sentidos para autocuidado com PIC. No geral, adotam abordagens menos convencionais e conceitos ampliados de produção de saúde pela adoção destas práticas, havendo, inclusive mais de um sentido em operação num mesmo texto. As noções de saúde relacionadas ao autocuidado com

---

<sup>15</sup> Conforme tratamos nos capítulos anteriores.

PIC são: 1) autocura; 2) normalidade e funcionalidade; 3) bem-estar em contexto de doença; e 4) controle pessoal sobre a vida.

### Quadro – Saúde e Autocuidado com PIC



O primeiro sentido faz referência ao aumento da capacidade de autocura das pessoas pelo autocuidado com PIC. Contudo, nos textos, embora a autocura seja relacionada à vitalidade e fortalecimento do corpo, há diferentes compreensões do que é autocura de acordo com entendimentos mais simples ou complexos do corpo. Numa concepção mais geral, é considerada como o fortalecimento do organismo (7), seus mecanismos de defesa (10), seu sistema imunológico (5) e seus níveis de energia (1). Nos textos com abordagens mais específicas, o funcionamento do corpo é tratado a partir de diferentes sistemas explicativos complexos. Nessa linha, o corpo pode ser interpretado como redes complexas, adaptativas, interativas e auto organizadas, as quais se autorregulam em interação com o meio (8). Assim, parte-se do princípio de que o corpo humano é autorregulável, interligado e interdependente e tem a capacidade de curar-se (7). Dessa perspectiva, o autocuidado com PIC é entendido como práticas e técnicas adotadas pelas pessoas para estimular e facilitar este poder de autocura do corpo, distinguindo-se da cura dos tratamentos por medicamentos convencionais que se concentram em matar um organismo infeccioso exógeno ou na supressão de manifestações locais e específicas da doença (8).

Há publicações que estão voltadas para discutir as evidências sobre melhoras e reversão nos sintomas das doenças, como o aumento da mobilidade e sensações reduzidas de dor e outros desconfortos (1), comparando seus efeitos com medicamentos e tratamentos convencionais (6)(9). Menos fisiológica, mas ainda

direcionada para a reabilitação do corpo, há a concepção de produção de saúde associada à normalidade e readaptação da pessoa as suas funções sociais, nas relações familiares e no local de trabalho, com a geração de uma motivação geral para fazer as coisas e um senso de coisas que retornam à "normalidade" (1):

A ideia de saúde em contexto de doença a partir do autocuidado com PIC sucede em distintas concepções, as quais categorizamos como: 1) bem-estar e gerenciamento da dor; e 2) mudança da percepção e aceitação da doença. Na primeira, relaciona-se à produção de bem-estar em condições de enfermidade, traduzida em melhoras dos níveis de energia, mobilidade, dor, na qualidade de sono, alívio do estresse e ansiedade crônica, uma maior capacidade de relaxar, bem como melhorias em uma série de outros sintomas somáticos (1). Também se articula a redução de medicamentos (1) e gerenciamento dos efeitos colaterais de tratamentos convencionais agressivos (5). Associa-se o autocuidado com PIC ao gerenciamento de dor, desenvolvendo e aprimorando a habilidade de autocuidado (10) diário (1) e ativo (19) associado e facilitando a adoção de outras estratégias, como exercícios físicos (5).

Na abordagem que enfatiza a mudança na relação com a doença, as PIC ajudam as pessoas a entender sua experiência com a enfermidade (22), aumentando a capacidade de aceitar a própria doença e das possibilidades de cuidados que podem adotar (23). Esta percepção do problema confere benefícios emocionais e psicológicos substanciais (1).

Ainda que inteseccione com a noção anterior, o aumento da percepção de controle que as pessoas tem sobre a própria vida (1)(6)(10)(22)(23) sucede em situações também sem doença. Desta forma, pode decorrer na transição de um sentimento de incapacidade causado pelo diagnóstico e tratamento de uma doença grave, como o câncer, e suas sequelas associadas, a um estado no qual há novos sentimentos de controle, confiança e um senso de equilíbrio em suas vidas (1).

Também acontece quando se desenvolve uma habilidade própria e flexível de cuidado, disponível para aplicações intermitentes (6) e ao desenvolvimento de uma visão de si mesmo mais autônoma e responsável quanto à saúde (22). A referência a esta noção está presente nas políticas de promoção da saúde, nas quais se enfatiza

a importância do autocuidado, inclusive com PIC, no tratamento, na prevenção de doenças e na adoção de uma vida saudável.

### **Metassíntese dos resultados e análises**

A principal questão dos estudos sobre eficácia de autocuidado com PIC está relacionada a doenças crônicas (câncer, asma, depressão, doenças respiratórias, cardiovasculares, reumáticas, autoimunes, nas articulações, nos ossos, neurodegenerativas, dor de coluna e outras dores crônica, etc). O autocuidado com PIC representa uma estratégia de tratamento, ressignificação da relação das pessoas com o cuidado, de produção de bem-estar, qualidade de vida, sociabilidade e experiências compartilhadas, alívios físicos e psicológicos e amenização consequências de procedimentos convencionais. Destaca-se o papel das PIC na produção de saúde em contextos de doenças crônicas, traduzido, inclusive, por algumas expressões e metáforas: "*The Monkey on Your Shoulder*" (1), oásis (21) e "*island of peace and serenity*"(8). Apesar da maior parte adotar uma abordagem integrativa do autocuidado em PIC, há, no entanto, em número menor, publicações mais voltadas à eficácia das PIC como tratamento alternativo ao convencional (4)(5)(6).

Todos artigos constatarem mudanças observadas na saúde física e psicossocial devido a adoção de autocuidado em PIC. Foram identificados níveis de energia aumentados, redução de dor e desconforto, de sentimentos de incapacidade, maior controle pessoal. Melhoras do bem-estar, maior aceitação da enfermidade e compreensão sobre a importância de estratégias de autocuidado. No entanto, as pessoas variaram em suas avaliações sobre o desenvolvimento da conscientização sobre a necessidade de estratégias contínuas de autocuidado. Muitos foram motivados a engajar-se mais no autocuidado, relataram como positiva a sua manutenção e relataram uma atitude mais proativa (1)(2)(3)(4)(5)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)(19)(20)(21).

Constata-se, em especial, uma série de benefícios emocionais e na saúde mental associada ao autocuidado em PIC, como, por exemplo, alívio nas consequências psicológicas do câncer e seu tratamento, nos sintomas ruminativos da depressão, nos níveis de stress, na ansiedade, na qualidade e duração do sono, na autoconfiança e sensação de maior controle sobre as escolhas em saúde, assim como

no comprometimento com o cuidado, na capacidade de aceitação e de significar a experiência do adoecimento, na disposição para socializar, etc (1)(2)(3)(4)(5)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)(19)(21) .

O desenvolvimento do autocuidado com a participação em rede de cuidados de PIC foi valorizada tanto nas pesquisas que analisaram sessões individuais com profissionais de PIC quanto encontros e trocas com outras pessoas. A abordagem centrada na pessoa, o tempo de escuta e resposta também foram destacados, assim como as técnicas relacionais para integração das pessoas em atividades em grupo, facilitando a conexão e experiências compartilhadas em um ambiente seguro. Os achados sugerem que programas de PIC com atividades em grupo e orientação individual, podem melhorar as condições de saúde, a capacidade da pessoa enfrentar enfermidades, diminuir o estresse etc. Também relata-se melhoras no relacionamento dos pacientes com enfermeiros e no bem-estar de profissionais de saúde no geral. Para muitos, a experiência do cuidado amoroso na clínica tornou-se um ponto de viragem, uma chance de ser vulnerável, ser reconhecido, refletir e recomeçar. As pessoas descreveram como o autocuidado em PIC possibilitou que recuperassem o contato com seus corpos e seus semelhantes, como se tornaram capazes e hábeis para identificar suas necessidades e prove-las. A participação em rede de cuidados em PIC possibilitou que as pessoas participassem e tomassem consciência da transição de um movimento para a comunidade, partilha e generosidade, em contraste com o isolamento e a alienação da experiência anterior (1)(4)(8)(14)(15)(16).

### **Aspectos socioculturais e autocuidado com PIC**

Os estudos, de um modo geral, salientam aspectos socioculturais que influenciam e diferenciam as experiências dos sujeitos com o autocuidado com PIC. A esta questão, foram identificadas três interpretações mais relevantes nos estudos de eficácia das práticas: 1) subjetividade e singularidade; 2) desigualdade social; 3) migração.

#### *Subjetividade e singularidade*

Destaca-se a importância da singularidade das pessoas na recomendação de autocuidado com PIC para benefícios mais efetivos e sinérgicos, considerando suas preferências individuais que impactam na probabilidade de aderir à terapia, às

despesas e ao compromisso de tempo e às mudanças propostas pelos terapeutas. Uma visão mais meticulosa e abrangente contribui para identificar quais PIC beneficiam pessoas com preferências ou características semelhantes. Constatou-se, por exemplo, que pessoas que se auto-identificavam como espiritualistas e não religiosas eram seis vezes mais propensas a usar terapias energéticas, enquanto que as auto-identificadas como espiritualistas e religiosas eram mais propensas a usar terapias mente-corpo, como a oração, a meditação e a cura espiritual (19).

A preferência por produtos naturais em oposição a medicamentos antidepressivos influenciou as pessoas a optarem pelo uso da planta espada de São Jorge em situações de ansiedade e depressão. Seus usuários a descrevem como erva, chá, extrato de planta ou óleo e as diferenciam de droga e química. Essa conceituação contribuiu para a percepção das pessoas que usam a espada de São Jorge como um produto seguro. Constatou-se, também, que a medicação farmacêutica opera na estigmatização de pessoas com doenças mentais, o que atua como fator de repulsa do seu consumo (6).

As motivações para a escolha por PIC não são bem compreendidas, mas são associadas a experiências anteriores positivas, assim como experiências ou percepções negativas de cuidados convencionais. Apesar de achados inconsistentes, muitos pesquisadores continuaram a argumentar que boas expectativas sobre os benefícios do tratamento das PIC impactam favoravelmente nos efeitos destas para uma variedade de condições de saúde. Além disso, pesquisas recentes que diferenciam as expectativas exigiram um reexame de como os próprios pacientes percebem suas expectativas de terapia e como essas percepções mudam ao longo do tempo no contexto de uma nova experiência de tratamento (2).

### *Desigualdade Social*

Considera-se que a desigualdade social produz disparidades de acesso a recursos de saúde e nas possibilidades de escolhas de estilos de vida mais saudáveis. Fatores demográficos, status socioeconômico e relações sociais, além de se relacionarem com oportunidades educacionais e financeiras, também são associados a resultados na área da saúde. Situações de vulnerabilidade, por exemplo, geram problemas de saúde mental e aumentam o risco e exposição a outras doenças.

Observa-se a mesma causalidade nas relações interpessoais negativas, como nos casos de violência familiar e baixo apoio social (12).

### *Migração*

As ações em saúde como práticas culturais possuem referências, dinâmicas e sentidos distintos em cada contexto sociocultural, produzindo transformações, atritos e traduções destas quando em contato com outras culturas em saúde, principalmente, frente a movimentos migratórios. Estudos sobre migração e saúde complexificam as abordagens mais comuns sobre choques culturais e movimentos de aculturação em práticas de saúde. Imigrantes indianos e chineses, por exemplo, continuam usando práticas tradicionais dos seus países depois de emigrarem para os Estados Unidos, ao mesmo tempo que passam a acessar outros recursos em saúde ligados a medicina convencional (7).

### **Riscos e Segurança do Autocuidado com PIC**

Mesmo que sejam raras as exposições de evidências que configurem as PIC como práticas de risco, esta é uma preocupação muito presente nos artigos. Referindo-se a dados de pesquisas de prevalência de uso e ao crescimento da adoção de PIC pela população, as publicações analisadas, em sua maioria, dão destaque à importância de evidências que sejam capazes de subsidiar a atuação dos profissionais de saúde para orientar as pessoas sobre estas práticas. A ênfase, recai sobre a apreensão quanto a segurança e riscos associados às PIC (7) (10). Esta abordagem é explicitada de distintos modos: 1) a preocupação com a quantidade e qualidade das pesquisas relacionadas às PIC; 2) a diferenciação entre tipos de PIC mais seguras e arriscadas; 3) a valorização do papel dos profissionais de saúde na mediação e comunicação sobre riscos e PIC seguras.

### *Quantidade e qualidade das pesquisas relacionadas às PIC*

Relata-se que o uso de PIC pelas pessoas é uma preocupação crescente entre os profissionais de saúde, uma vez que os estudos sobre a segurança e as eficiências clínicas destas intervenções produzem, frequentemente, resultados contraditórios, principalmente devido ao pequeno tamanho da amostra e a falhas metodológicas.

Argumenta-se sobre a necessidade de ensaios mais bem desenhados para fundamentar o papel das terapias de PIC em contextos clínicos. Entre outros complicadores destas pesquisas, há a necessidade de análises multifatoriais e a falta de padronização e uniformidade das terapias, dificultando as comparações e dados reprodutíveis.

Também há a dificuldade no recrutamento das pessoas, as quais possuem predisposições e expectativas muito distintas em relação às PIC, o que impacta na aderência aos tratamentos e até mesmo na eficácia das práticas. As pesquisas sobre PIC são de prioridade baixa e com pouco investimento. Uma série de estudos de evidências são indicados como pertinentes para estudos de eficácia de PIC: estudos observacionais e comparativos, de coorte comparativo multicêntrico, prospectivo observacional, randomizado, controlado, aleatórios, duplo cego controlado, revisões sistemáticas e metanálises etc. Assim, concluem que a fim de fundamentar a eficácia e segurança das PIC, estudos e práticas baseadas em evidências com padrões consolidados devem ser planejados e executados (3)(6)(7)(8)(10)(13)(14)(15)(17)(18)(20)(21).

#### *Diferenciação entre tipos de PIC mais seguras e arriscadas*

Além da variedade de sistemas e terapêuticas que as PIC abrangem, também contemplam diferenças quanto a modos de se relacionar com os sistemas e procedimentos convencionais. A lista de práticas complementares, alternativas e terapias integrativas estão sempre em mudança, e a linha entre esses tratamentos e a medicina ocidental geralmente é borrada (5). As PIC podem ser tomadas como alternativas em substituição a tratamentos biomédicos convencionais e de modo complementar, combinando abordagens. Também podem ser desenvolvidas de modo integrado, quando tratamentos biomédicos adotam PIC baseando-se em pesquisas científicas na área da saúde. Nestes casos, há uma espécie de tradução das PIC, seus resultados e fundamentos, em termos biomédicos. Identifica-se nos artigos que a associação a riscos não é homogênea para todos os tipos de PIC, sendo as desenvolvidas de modo integrado consideradas mais seguras (7).

### *Valorização do papel dos profissionais de saúde na mediação e comunicação sobre riscos e PIC seguras*

Afirma-se que a principal limitação para educar médicos sobre terapias não convencionais é a escassez de evidências em relação à sua eficácia e segurança, expondo as pessoas a quantidades expressivas de informações consideradas não confiáveis relacionadas às PIC. A qualidade da informação disponível é questionada por não aplicarem metodologia científica. Alega-se que as pessoas ficam expostas a riscos, pois podem ser convencidas a submeter-se a tratamentos supostamente inúteis ou mesmo prejudiciais. Argumenta-se que os meios para contrariar esse risco reside na habilidade dos médicos para iniciar uma discussão aberta e baseada em evidências sobre PIC com seus pacientes. Estes, por sua vez, devem consultar seus médicos quanto ao uso de PIC, de modo que sejam orientados sobre quais terapias escolher e, assim, minimizados os riscos (5)(10)(11)(12)(18)(19)(21).

### **Considerações Finais**

No geral, os artigos sobre a eficácia do autocuidado com PIC não se restringem apenas à cura ou tratamento de uma doença ou melhoras de sintomas fisiológicos. Ao mesmo tempo, as noções ampliadas de saúde que apresentam são menos abstratas do que a noção da OMS de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Apesar da maior parte tratar de produção de saúde em contexto de doença crônica, relata-se resultados e mudanças amplas, em especial nos artigos produzidos a partir de entrevistas, estudos focais ou estudos mistos. Assim, amplia-se também as possibilidades de estudo de eficácia.

O autocuidado com PIC tem o potencial de ressignificar a relação das pessoas com o cuidado, induzir à produção de bem-estar, qualidade de vida, sociabilidade e experiências compartilhadas. Verificou-se uma série de efeitos, como alívios físicos e psicológicos, redução das consequências de procedimentos convencionais no tratamento de doenças crônicas.

Pesquisas qualitativas ampliam as possibilidades de aferir eficácia, assumindo como importante o que as pessoas têm a dizer sobre suas experiências com PIC, em que medida impactam suas vidas, quais são as mudanças nas relações com sua rede de cuidado, seu corpo, suas doenças e desarmonias, sua vitalidade, muito além do que a saúde de seus órgãos.

No entanto, a recorrente referência à importância de estudos clínicos e evidências para validação dos resultados destas pesquisas, reduz novamente o lugar das pesquisas qualitativas. Apesar de reconhecerem certa pluralidade de práticas em saúde, os artigos elaboram traduções simplificadas, reduzindo à linguagem médica, silenciando e invisibilizando os conhecimentos nas quais as PIC se fundamentam. Sob o pretexto de se tornarem integrativas, seguras e baseadas em evidências, as PIC são apropriadas pelo conhecimento científicos.

A maior parte dos artigos analisados é inconclusiva, ou seja, não concluem pela eficácia positiva ou negativa do autocuidado com PIC. Além disso, afirmam a necessidade de estudos mais rigorosos e ensaios clínicos para validação dos resultados. Este tensionamento expressa a dificuldade dos pesquisadores de PIC em lidar com a racionalidade médica científica e seus exercícios classificatórios de exclusão de práticas ambivalentes e inclassificáveis operadas por outras lógicas.

É essencial que estudos de eficácia de autocuidado com PIC se desinstitucionalizem, desvinculem-se dos preceitos e formatos de produzir conhecimento das escolas médicas e dos periódicos restritos a resultados de evidências estatísticas. Todos os artigos analisados estão vinculados a escolas médicas e essa posicionalidade restringe a adoção de noções ampliadas e complexas de saúde, bem como o uso de métodos e instrumentos menos limitados, que adotem o pluralismo metodológico, desenvolvam novas possibilidades de estudos de eficácia e não direcionem esforços para reduzir as práticas ambivalentes e inclassificáveis pelo método científico convencional. Com esta abertura metodológica será possível compreender como e porque diferentes práticas não biomédicas contribuem para estabelecer distintos sentidos e relações em saúde, inclusive, ajudando a enxergar as restrições dessas práticas para certos tipos de cuidado.

## **Referências**

- (1) de Valois B, Asprey A, Young T. "The Monkey on Your Shoulder": A Qualitative Study of Lymphoedema Patients' Attitudes to and Experiences of Acupuncture and Moxibustion. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016.
- (2) Eaves ER, Sherman KJ, Ritenbaugh C, Hsu C, Nichter M, Turner JA, et al. A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic

low back pain seeking four PIC therapies. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*. 2015;15.

(3) Paul A, Cramer H, Lauche R, Altner N, Langhorst J, Dobos GJ. An Oncology Mind-Body Medicine Day Care Clinic: Concept and Case Presentation. *Integrative Cancer Therapies*. 2013;12(6):503-7.

(4) Pirotta M, Willis K, Carter M, Forsdike K, Newton D, Gunn J. 'Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014;22(5):870-6.

(5) Miller, M.C. Complementary and Integrative Treatments: Expanding the Continuum of Care (2013) *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46 (3), pp. 261-276.

(6) Iris R Bell, MD, PhD corresponding author and Nancy N Boyer, RN, NP, PA-C. Homeopathic Medications as Clinical Alternatives for Symptomatic Care of Acute Otitis Media and Upper Respiratory Infections in Children. *Glob Adv Health Med*. 2013 Jan; 2(1): 32–43.

(7) Mohammad Jamshed Siddiqui, Chan Sze Min,<sup>1</sup> Rohit Kumar Verma,<sup>2</sup> and Shazia Qasim Jamshed<sup>3</sup>. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review.

(8) Kinser PA<sup>1</sup>, Bourguignon C, Taylor AG, Steeves R.. "A feeling of connectedness": perspectives on a gentle yoga intervention for women with major depression. *Issues Ment Health Nurs*. 2013 Jun;34(6):402-11. doi: 10.3109/01612840.2012.762959.

(9) Kinser, P.A.a , Lyon, D.E.b. A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: Potential uses in research on complementary therapies for depression (2014) *Brain and Behavior*, 4 (5), pp. 665-674.

(10) George M<sup>1</sup>, Topaz M. A systematic review of complementary and alternative medicine for asthma self-management. *Nurs Clin North Am*. 2013 Mar;48(1):53-149. doi: 10.1016/j.cnur.2012.11.002. Epub 2013 Jan 10.

(11) Bauer BA<sup>1</sup>, Tilburt JC<sup>2</sup>, Sood A<sup>2</sup>, Li GX<sup>3,4</sup>, Wang SH<sup>4,5</sup>. Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain. *Chin J Integr Med*. 2016 Jun;22(6):403-11. doi: 10.1007/s11655-016-2258-y. Epub 2016 May 26.

(12) Kretzer, K.a b , Evelo, A.J.c , Durham, R.L.c. Lessons learned from a study of a complementary therapy for self-managing hypertension and stress in women (2013) *Holistic Nursing Practice*, 27 (6), pp. 336-343.

(13) Millegan J., Morrison T., Bhakta J., Ram V. Mind body medicine in the care of a U.S. Marine with chronic pain: a case report *Military medicine* 2014 179:9 (e1065-e1068).

(14) Burnett-Zeigler I, Schuette S, Victorson D, Wisner KL. Mind–Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A

Comprehensive Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2016;22(2):115-124. doi:10.1089/acm.2015.0038.

(15) Tarantino B, Earley M, Audia D, et al. Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. *Explore (NY)*.2013;9(1):44–47.

(16) Arman, Maria; Hök, Johanna. Self-care follows from compassionate care - chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation. *Scand J Caring Sci*; 30(2): 374-81, 2016 Jun.

(17) Crawford, C.a , Lee, C.a , Buckenmaier, C.b c , Schoomaker, E.c , Petri, R.d , Jonas, W.a , Crawford, P.e , Delgado, R.e , Freilich, D.e , Hickey, A.e , May, T.e , Spevak, C.e , Swann, S.e , York, A.e. The current state of the science for active self-care complementary and integrative medicine therapies in the management of chronic pain symptoms: Lessons learned, directions for the future. (2014) *Pain Medicine (United States)*, 15 (S1), pp. S104-S113.

(18) Kes VB, Cesarik M, Matovina LZ, Zavoreo I, Corić L, Drnasin S, Demarin V. The role of complementary and alternative medicine in therapy of multiple sclerosis (2015) *Acta Clinica Croatica*, 52 (4), pp. 464-471.

(19) Jacob Ablin, 1 Mary-Ann Fitzcharles, 2 Dan Buskila, 3 Yoram Shir, 4 Claudia Sommer, 5 and Winfried Häuser. Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 2013: 485272.

(20) Kligler, Benjamin; McKee, Melissa Diane; Sackett, Esther; Levenson, Hannel; Kenney, Jeanne; Karasz, Alison. An integrative medicine approach to asthma: who responds? *J Altern Complement Med*; 18(10): 939-45, 2012 Oct.

(21) Williams, Anne M; Bulsara, Caroline E; Joske, David J L; Petterson, Anna S; Nowak, Anna K; Bennett, Kellie S. An oasis in the hospital: the perceived benefits of a cancer support center in a hospital setting offering complementary therapies. *J Holist Nurs*; 32(4): 250-60, 2014 Dec.

---

<b>Nome</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Vínculo Institucional</b>
"The Monkey on Your Shoulder": A Qualitative Study of Lymphoedema Patients' Attitudes to and Experiences of Acupuncture and Moxibustion.	2016	Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine	de Valois B, Asprey A, Young T	Reino Unido	Supportive Oncology Research Team, Lynda Jackson Macmillan Centre, Mount Vernon Cancer Centre, Rickmansworth Road, Northwood, Middlesex HA6 2RN, UK. University of Exeter Medical School, Magdalen Road, Exeter EX1 2LU, UK.
A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four PIC therapies.	2015	Bmc Complementary and Alternative Medicine	Eaves ER, Sherman KJ, Ritenbaugh C, Hsu C, Nichter M, Turner JA, et al	EUA	Department of Family and Community Medicine & School of Anthropology, University of Arizona, Tucson, AZ, USA. Group Health Research Institute, Seattle, USA. Department of Psychiatry & Behavioral Sciences and Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, USA.
An Oncology Mind-Body Medicine Day Care Clinic: Concept and Case Presentation	2013	Integrative Cancer Therapies	Paul A, Cramer H, Lauche R, Altner N, Langhorst J, Dobos GJ	Alemanha	Department of Internal and Integrative Medicine, Kliniken Essen-Mitte, Faculty of Medicine, University of Duisburg-Essen, Essen, Germany.
Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms.	2014	Complementary Therapies in Medicine	Pirotta M, Willis K, Carter M, Forsdike K, Newton D, Gunn J	Austrália	Faculty of Health Sciences, Australian Catholic University, Australia. Department of General Practice, University of Melbourne, Australia.
Complementary and Integrative Treatments: Expanding the Continuum of Care	2013	Otolaryngologic Clinics of North America	Miller, M.C.	EUA	Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Rochester, NY 14642, USA.

Homeopathic Medications as Clinical Alternatives for Symptomatic Care of Acute Otitis Media and Upper Respiratory Infections in Children.	2013	Glob Adv Health Med	Iris R Bell, MD, PhDcorresponding author and Nancy N Boyer, RN, NP, PA-C.	EUA	Department of Family and Community Medicine, The University of Arizona College of Medicine and College of Nursing, The University of Arizona, Tucson, United States.
Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review.	2014	Pharmacogn Rev	Mohammad Jamshed Siddiqui, Chan Sze Min,1 Rohit Kumar Verma,2 and Shazia Qasim Jamshed3	Malásia e Reino Unido	Department of Pharmaceutical Chemistry, Kulliyah of Pharmacy, International Islamic University Malaysia, Kuantan PICpus, Pahang, Malaysia Strathclyde Institute of Pharmacy and Biomedical Sciences, Faculty of Science, University of Strathclyde, United Kingdom Department of Pharamcy Practice, School of Pharmacy, International Medical University, Bukit Jalil PICpus, Kuala Lumpur, Malaysia Department of Pharmacy Practice, Kulliyah of Pharmacy, International Islamic University Malaysia, Kuantan PICpus, Pahang, Malaysia
"A feeling of connectedness": perspectives on a gentle yoga intervention for women with major depression	2013	Issues Ment Health Nurs	Kinser PA1, Bourguignon C, Taylor AG, Steeves R	USA	Virginia Commonwealth University, School of Nursing, Richmond, Virginia 23298, USA.
A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: Potential uses in research on complementary therapies for depression	2014	Brain and Behavior	Kinser, P.A.a , Lyon, D.E.b	USA	Department of Family and Community Health Nursing, School of Nursing, Virginia Commonwealth University School of Nursing, University of Florida
A systematic review of complementary and alternative medicine for asthma self-management	2013	Nurs Clin North Am	George M1, Topaz M	USA	Department of Family and Community Health, University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, USA

Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain	2016	Chin J Integr Med	Bauer BA1, Tilburt JC2, Sood A2, Li GX3,4, Wang SH4,5	USA e China	Division of Complementary and Integrative Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Division of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, China.
Lessons learned from a study of a complementary therapy for self-managing hypertension and stress in women	2013	Holistic Nursing Practice	Kretzer, K.a b , Evelo, A.J.c , Durham, R.L.c	USA	Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, Iowa City; Faculdade Beth-El de Enfermagem e Ciências da Saúde e Departamento de Psicologia, Universidade do Colorado em Colorado Springs.
Mind body medicine in the care of a U.S. Marine with chronic pain: a case report Military medicine	2014	Mil Med	Millegan J., Morrison T., Bhakta J., Ram V	USA	Naval Medical Center San Diego e Naval Center for Combat & Operational Stress Control, San Diego, USA
Mind-Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A Comprehensive Review	2016	Journal of Alternative & Complementary Medicine	Burnett-Zeigler, Inger; Schuette, Stephanie; Victorson, David; Wisner, Katherine L	USA	Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine , Chicago, IL. Medical Social Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine , Chicago, IL.
Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals	2013	Explore: The Journal of Science and Healing	Tarantino, B.a , Earley, M.a , Audia, D.b , D'Adamo, C.a , Berman, B.a	USA	Center for Integrative Medicine, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, USA.

Self-care follows from compassionate care - chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation	2016	Scand J Caring Sci	Arman, Maria; Hök, Johanna	Suécia	Department of Neurobiology Care Science and Society, Karolinska Institutet, Huddinge, Sweden.
The current state of the science for active self-care complementary and integrative medicine therapies in the management of chronic pain symptoms: Lessons learned, directions for the future	2014	Pain Medicine	Crawford, C.a , Lee, C.a , Buckenmaier, C.b c , Schoomaker, E.c , Petri, R.d , Jonas, W.a , Crawford, P.e , Delgado, R.e , Freilich, D.e , Hickey, A.e , May, T.e , Spevak, C.e , Swann, S.e , York, A.e	USA	Samueli Institute, Alexandria, Virginia, USA.
The role of complementary and alternative medicine in therapy of multiple sclerosis	2015	Acta Clinica Croatica	Kes VB, Cesarik M, Matovina LZ, Zavoreo I, Corić L, Drnasin S, Demarin V	Croácia	University Department of Neurology, Sestre milosrdnice University Hospital Center, Zagreb; Department of Neurology, Požega General Hospital, Požega, Croatia
Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies	2013	Evid Based Complement Alternat Med	Jacob Ablin, 1 Mary-Ann Fitzcharles, 2 Dan Buskila, 3 Yoram Shir, 4 Claudia Sommer, 5 and Winfried Häuser	Israel, Canadá e Alemanha	Department of Rheumatology, Tel Aviv Sourasky Medical Center, Israel Division of Rheumatology, Alan Edwards Pain Management Unit, McGill University Health Centre, Canada Department of Medicine, H. Soroka Medical Center, Beer Sheva, Israel Department of Neurology, Universitätsklinikum Würzburg, 81865 Würzburg, Germany Department Internal Medicine I, Klinikum Saarbrücken, 66119 Saarbrücken, Germany Department of Psychosomatic Medicine and

					Psychotherapy, Technische Universität München, München, Germany
An integrative medicine approach to asthma: who responds?	2012	J Altern Complement Med	Kligler, Benjamin; McKee, Melissa Diane; Sackett, Esther; Levenson, Hannel; Kenney, Jeanne; Karasz, Alison	EUA	Beth Israel Medical Center, Nova Iorque, EUA
An oasis in the hospital: the perceived benefits of a cancer support center in a hospital setting offering complementary therapies.	2014	J Holist Nurs	Williams, Anne M; Bulsara, Caroline E; Joske, David J L; Petterson, Anna S; Nowak, Anna K; Bennett, Kellie S	Austrália	Edith Cowan University Solaris Care Foundation Sir Charles Gairdner Hospital, Notre Dame University Brightwater Care Group Edith Cowan University, Sir Charles Gairdner Hospital SolarisCare Foundation University of Western Australia. SolarisCare Foundation Edith Cowan University.

## **Conclusão: Notas sobre Colonialismo e Práticas de Saúde**

Luz (18) desenvolveu a categoria de racionalidade médica para ampliar o reconhecimento e legitimidade de sistemas complexos de saúde com referenciais distintos aos da biomedicina. Para a autora, a abertura do campo da saúde à diversidade de saberes com diferentes lógicas e formas de pensar exige que se desenvolvam formas de diálogo e comunicação entre culturas, quer numa interação com a ciência moderna, quer para além desta, no sentido de recuperar saberes e práticas de grupos sociais que, por via do capitalismo e colonialismo, foram subalternizados, marginalizados e desacreditados.

O reconhecimento de modelos alternativos e sua incorporação na forma de PIC, no entanto, é um processo que ainda tem muitas limitações e está, em grande medida, muito restrito à importação, apropriação e reconhecimento da bio medicina de práticas orientais, enquanto saberes e práticas afro-indígenas continuam invisíveis.

Para Stuart Hall (27), esta representação colonial das culturas produz o processo de estereotipagem, que é um mecanismo de fixação de sentidos que aborda os repertórios da representação em torno da diferença e alteridades culturais de modo reducionista, essencialista, naturalizante e fixador da diferença, apossando-se de características fragmentadas que são exageradas e simplificadas para caracterizar a diferença.

A incorporação de diversas e heterogêneas histórias, recursos e produtos culturais a uma única ordem cultural global em torno da hegemonia europeia, norte-americana ou ocidental, conforme Quijano (28), significou uma configuração cultural e intelectual que concentrou o controle de todas as formas de subjetividade, cultura e da produção do conhecimento, expropriando populações colonizadas dos seus repertórios culturais. Suas formas de produção de conhecimento foram reprimidas, assim como, seus padrões de produção de sentidos, seu universo simbólico, seus padrões de expressão e de objetivação da subjetividade. Também, apropriou tudo que fosse útil para a reprodução da exploração. Nesses termos, houve uma colonização das perspectivas cognitivas, dos modos de produzir ou outorgar sentido aos

resultados da experiência material ou intersubjetiva, do imaginário do universo de relações intersubjetivas do mundo.

A primeira violência contra os sistemas de saber local, como afirma Shiva (29), é justamente não os considerar um saber ou classificá-los como um conhecimento inferior. A invisibilidade é a primeira razão pela qual esses sistemas entram em colapso, ainda quando são reconhecidos como saber pela visão global, nega-lhes o status de um saber sistemático e os qualifica como um saber inferior.

Sendo assim, encerramos esta dissertação com estas notas críticas ao colonialismo no intuito de indicar perspectivas para análises de atualizações da colonialidade de poder na saúde. Como aborda Bradley Lewis (30) no artigo "*Reading Cultural Studies of Medicine*", são necessários estudos em saúde que reconheçam as práticas de saúde como produtos culturais e sobre suas diferenças e deslocamentos. Argumenta como o domínio simbólico organiza e regula práticas sociais, influencia condutas e gera efeitos práticos, que dão sentido a indivíduos, objetos e acontecimentos. Segundo o autor, como as coisas "em si" raramente têm um significado único, fixo e inalterável, ao tratarmos dos distintos sentidos produzidos pelos diferentes grupos sociais, estamos fazendo referência ao modo como os significados são compartilhados a partir de práticas culturais.

Afonso et al (31) no artigo "*Para uma "ecologia de saberes" em saúde: um convite dos terreiros ao diálogo*", reforça a necessidade de romper com as representações coloniais ao advertir sobre a capacidade de "levar a sério" o que as pessoas têm a nos dizer sobre saúde, já que não faltam dispositivos de "não levar a sério" implicados em interações assimétricas ou coloniais. "Trata-se de 'levar a sério' quem fala, sujeitos de um 'mundo possível', sujeitos que não apenas concebem a saúde de um modo singular, mas que produzem saúde de um modo singular, manejando determinados saberes, experiências, práticas, relações" (58).

Esta pesquisa sobre autocuidado com PIC parte da prerrogativa que dentre seu conjunto de práticas diversas há um campo de possibilidades. Admitir não existir um sentido fixo e único de autocuidado é, também, admitir a incapacidade de sintetizar ou agrupar em apenas um conceito comum a complexidade da produção de sentidos e conhecimentos dos diferentes sistemas culturais. Por outro lado, é aceitar que a

redução dos diferentes sentidos é um essencialismo que proporciona um conjunto de práticas representacionais próprio da colonização de saberes.

Por isso, é importante desnaturalizar a reivindicação de formas legítimas e verdadeiras de autocuidado, colocadas sob a regência da racionalidade médica hegemônica que não considera a pluralidade de formas alternativas de conceber os processos de saúde-doença-cuidado, suas possibilidades e especificidades. No entanto, reconhecer e pesquisar diferenças culturais exige cuidados quanto à produção de discursos, classificações e metodologias. Do contrário reproduzem-se estereotipagens e colonização de saberes, por meio de expropriações, silenciamentos e apropriações, que não “levam a sério” a construção de outros mundos possíveis, além dos validados pelas culturas hegemônicas.

Neste sentido, a elaboração das revisões de literatura e a análise dos seus materiais permitiram que ampliássemos nossas leituras sobre os sentidos do autocuidado contemporâneo com uso de PIC, identificando e discutindo algumas de suas problematizações. Entre estas, estudamos como discursos sobre autocuidado saudável induzem a obsessão salutarista, tornando-se estratégias de poder que participam da conformação moral e da racionalidade neoliberal. Assim, questionamos como sua adoção indiscriminada pelas PIC desloca a perspectiva de seus paradigmas e movimento de crítica, segundo os quais são concebidas como práticas de saúde contra-hegemônicas, emancipadoras, menos individualistas e normatizadoras de cuidado em saúde.

Também tecemos ponderações sobre a institucionalização do autocuidado em PIC no campo das políticas públicas e científico. A suposta necessidade de reconhecimento e validação das PIC pelas pesquisas científicas de evidências, naturaliza a centralidade da ciência e biomedicina na definição de práticas legítimas de saúde e na desautorização de saberes. Dessa maneira, aproximando-as do padrão médico convencional e descontextualizando seus saberes e práticas das suas referências culturais. Assim, desenvolver uma disposição crítica sobre a institucionalização do autocuidado com PIC é justamente visibilizar modos atualizados de colonizar saberes e práticas plurais em saúde.

Nesse sentido, analisamos como esse quadro repercute na atenuação das diferenças entre formas de autocuidado hegemônicas e autocuidado em PIC, quais sentidos produzidos nesses processos e suas contradições. Pesquisas científicas quantitativas sobre a adoção de autocuidado com PIC tendem a incorrer numa série de consequências perversas, como favorecer a descaracterização da variedade de práticas de saúde que estas abrangem, ignorando suas peculiaridades e as matrizes de conhecimento que lhes dão origem e naturalizando o papel da ciência na produção de reconhecimento e validade de experiências. Associa-se o autocuidado com PIC como autoprescrição irresponsável ou um comportamento de risco, desconsiderando a participação do sujeito em diferentes redes sociais, inclusive de cuidados, e sentidos de eficácia. Há ainda uma disposição de tais estudos em universalizar a experiência de um indivíduo médio supostamente abstrato, sistematicamente descontextualizado, aculturalizado e tomado como padrão da experiência humana.

Não se trata, no entanto, de examinar e negar a importância de pesquisas científicas sobre o uso de PIC, mas da necessidade de desenvolver uma análise crítica dos termos e sentidos implicados nessas produções de conhecimentos. Concluímos e argumentamos sobre a importância da abertura da ciência a novas possibilidades epistemológicas, que ampliem a capacidade de diálogo e exercícios de tradução desta com outros conhecimentos e racionalidades, superando um modo de acometer apropriações e colonização de saberes.

Pesquisas qualitativas possuem um potencial significativo neste sentido, como constatamos em nossos estudos sobre sentidos do uso e eficácia do autocuidado com PIC, pois reconhecem a importância do que as pessoas têm a dizer sobre suas experiências e culturas, como estas impactam suas vidas, quais são as mudanças nas relações com sua rede de cuidado, seu corpo, suas doenças e desarmonias, sua vitalidade.

As principais problematizações das investigações qualitativas sobre sentidos do uso de autocuidado com PIC estão relacionadas à influência de aspectos socioculturais na tomada de decisão, averiguação esta importante e, inclusive, um tanto ausente em interpretações macrosociológicas sobre o autocuidado contemporâneo, as quais fixam os sujeitos sob influência de fatores estruturantes da

sociedade neoliberal e modernidade avançada, generalizando um comportamento consumista, racional e pragmático que desloca para segundo plano o lugar das culturas locais e as significações dos sujeitos diante suas experiências, justamente o que os artigos desta revisão indicam como primordiais na motivação para adoção do autocuidado com PIC.

Constatamos que artigos sobre a eficácia do autocuidado com PIC não se restringem apenas à cura ou tratamento de uma doença ou melhoras de sintomas fisiológicos, mas apresentam noções ampliadas de saúde, relatando resultados e mudanças amplas, como a ressignificação da relação das pessoas com o cuidado, seu corpo, sociabilidade e experiências compartilhadas, expandindo-se as perspectivas de estudo de eficácia.

Não obstante, evidenciam a centralidade da experiência e cultura dos sujeitos na significação destas práticas, ainda assim poucos artigos voltaram-se para o estudo da produção de sentidos em trajetórias terapêuticas singulares. Examinamos ainda que apresentam poucas informações e detalhamentos sobre suas técnicas de análise, assim como produzem suas problematizações sem muita fundamentação teórica, aspectos estes centrais para a elaboração de estudos qualitativos e teorias de qualidade sobre aspectos culturais das práticas de saúde.

Assim, concluímos ser necessário reconhecer a relevância de estudos que identifiquem práticas e condições eficazes e inadequadas, contudo, sem que descaracterizem as PIC ou as identifiquem precipitadamente com comportamentos de risco. Desse modo, enfatizamos a relevância de metodologias qualitativas e mistas, as quais tragam o sujeito e suas culturas para o centro da atenção e valorizem narrativas de experiências plurais em autocuidado para que não haja aferições que simplifiquem, ou até mesmo, estereotipem e colonizem a diversidade e complexidade de tais práticas de saúde.

Para tanto, entendemos que seja necessária uma disposição do pesquisador para lidar com a existência de práticas e conhecimentos ambivalentes, os quais mesmo que estabeleçam diálogos e traduções com a campo científico, tornam-se inclassificáveis em seus termos sem que se opere as reduções, simplificações e estereotipagens que mencionamos. O que não significa que a

diversidade de saberes em saúde não deva instigar pesquisas científicas, na verdade, o contato e a afetação por outras formas de conhecimento possibilitam a expansão da nossa capacidade de operar uma razão cosmopolita. Nesse sentido, além de ampliar a troca de recursos e técnicas, estudos sobre a diversidade em saúde expandem nossa capacidade de identificar e valorizar a complexidade dos saberes e suas culturas, ao invés de ocupar-se com generalizações ou teorias homogeneizadoras da realidade.

Outro aspecto fundamental trata-se do exercício crítico e da vigilância ética quanto à institucionalização do autocuidado com PIC, desnaturalizando sua reivindicação e identificando como sua implementação produz ausências de experiências, silencia, suprime e marginaliza culturas e formas de saber, como sucede na invisibilização das PIC afro-indígenas. Ademais devemos nos questionar sobre modos de desinstitucionalizar posicionalidades que restrinjam a adoção de noções ampliadas e complexas de saúde, bem como o uso de métodos e instrumentos menos limitados, os quais atualizam desautorização e expropriação da diversidade de saberes.

Há limitações no estudo que apresentamos, seja pela dificuldade de apreender um quadro teórico mais amplo, menos restrito à sociologia e limites disciplinares, assim como leituras menos fragmentada de cada referência. Esta dificuldade repercutiu na falta de articulação entre os autores e conceitos fronteiriços mas distintos, como paradigma holístico e vitalista, cuidado híbrido e plural, empoderamento e emancipação.

Salientamos, todavia, que nosso estudo não despreza a importância e a necessidade humana de significar suas experiências, principalmente, de dor e sofrimento. Está implícita em nossa crítica o argumento de que o adoecimento pode ser um lugar de liberdade, experiência na qual podemos ampliar nossas redes de cuidado e partilha de recursos, menos submetidos à moralidade, dispositivos de poder, colonização e desperdício de estoques culturais.

## REFERÊNCIAS

### Gerais (Introdução, Metodologia e Conclusão)

- (1) Moraes MRC. Autocuidado e gestão de si: Hábitos saudáveis na mídia impressa semanal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras; 2014.
- (2) Martins AB. O Governo da Conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade Contemporânea. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Paulo; 2014.
- (3) Sibilia P, Jorge MF. O que é ser saudável? Entre publicidades modernas e contemporâneas. Galáxia [Internet]. 2016, n.33 [cited 2017-11-06], pp.32-48. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-25532016000300032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-25532016000300032&lng=en&nrm=iso)>.
- (4) Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- (5) Heidmann IB, Almeida MC, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 Jun [cited 2017 Nov 06] ; 15( 2 ): 352-358. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en).
- (6) Carvalho AI, Westphal MF, Lima VRP. Histórico da Promoção da saúde no Brasil, s.d. Acesso em 10/05/2017. Available from: <[https://ufr.br/procisa/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&download=188:historico-promocao-saude-brasil&id=29:textos&Itemid=275](https://ufr.br/procisa/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=188:historico-promocao-saude-brasil&id=29:textos&Itemid=275)>.
- (7) Ferreira Neto JL, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. Saude soc. [Internet]. 2009 Sep [cited 2017 Nov 06] ; 18( 3 ): 456-466. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300010&lng=en).
- (8) Carlos AA. O lugar no/do mundo. São Paulo: Hucitec, 1996.
- (9) Guedes CR, Nogueira MI, Camargo JK. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 Dec [cited 2018 Jan 21] ; 11( 4 ): 1093-1103. Available

from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=en).

(10) Gabe J. 2014. Pharmaceuticalization. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. [Internet] [cited 2018 Jan 31]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118410868.wbehibs466/pdf>.

(11) Camargo KR. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.

(12) Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, Carvalho MS. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Nov 06] ; 24( 4 ): 1337-1360. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000401337&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401337&lng=en).

(13) Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Out [citado 2017 Out 30] ; 42( 5 ): 914-920. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=pt).

(14) Tesser, CD. *A Verdade Na Biomedicina, Reações Adversas E Efeitos Colaterais: Uma Reflexão Introdutória Truth in Biomedicine, Adverse Reactions and Side Effects: An Introductory Reflection*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

(15) Souza EF, Alexander A, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 2009 June [cited 2018 Jan 21] ; 16( 2 ): 393-405. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200007&lng=en).

(16) Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Nov 06]; 18( 12 ): 3595-3604. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en).

(17) Andrade JT, Costa LA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-

508, [Internet]. sep. 2010 [cited 2017 Nov 06] . ISSN 1984-0470. Available from:<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29665/31537>>.

(18) Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* [Internet]. 1997 June [cited 2017 Nov 06] ; 7(1): 13-43. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311997000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311997000100002&lng=en).

(19) Weil, P., *Holística: Uma nova visão e abordagem do Real*. São Paulo: Palas Athena; 1990.

(20) World Health Organization. *Traditional Medicine Strategy 2014 – 2023* [Internet] 2012. [cited 2017 Nov 06]; 78. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)

(21) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS -PNPIC-SUS*. [Internet]. [cited 2017 Nov 06] Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

(22) Contatore, OA et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.10 [cited 2017-08-22], pp.3263-3273. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso)>.

(23) Ministério da Saúde. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.

(24) Santos, BS. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Rev. Crítica de Ciências Sociais*, 63, [Internet]. 2002. [cited 2017 Nov 06]; 237-280.

(25) Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.* [Internet]. 2007 Feb [cited 2017 Nov 06] ; 11( 1 ): 83-89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en).

(26) Lopes AM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto*

contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dec [cited 2017 Nov 06] ; 17( 4 ): 771-778. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en). Lewis, B.E. Reading Cultural Studies of Medicine. *Journal of Medical Humanities* (1998) 19: 9.

(27) Hall, S. *Cultura e Representação. Organização, introdução e revisão técnica*: Arthur Ituassu. Apicuri Editora; 2016.

(28) Quijano, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander, E (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: Colección Sur Sur: 2005.

(29) Shiva, V. *Monoculturas da Mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia*. (Tradução de Dinah de Abreu Azevedo). São Paulo: Gaia, 2003.

(30) Lewis Bradley E. Reading Cultural Studies of Medicine. *Journal of Medical Humanities*. 1998

(31) Silva, RA, Fernandez, JA, Sacardo DP. Para uma “ecologia de saberes” em saúde: um convite dos terreiros ao diálogo. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 Dez [cited 2017 Out 30] ; 21( 63 ): 921-931 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000400921&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400921&lng=pt). Epub 20-Mar-2017.

## Capítulo 1

- (1) Castro E. Vocabulário de Foucault. Tradução de Ingrid Müller Xavier. Autêntica: Belo Horizonte; 2009.
- (2) Foucault M. A Ordem do Discurso. Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19.ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009.
- (3) Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- (4) Foucault M. História da Sexualidade I: A vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
- (5) Foucault M. Ditos e escritos. Ética, estratégia, poder-saber. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária. v. 4; 2003.
- (6) Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
- (7) Rabinow P, Rose N. O conceito de biopoder hoje. João Pessoa: Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais. n. 24; 2006.
- (8) Rabinow P. Antropologia da razão. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
- (9) Ortega F. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
- (10) Laval C; Dardot P. A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.
- (11) Pezet E, Management et conduite de soi: enquête sur les ascèses de la performance. Paris: Vuilbert; 2007.
- (12) Turrini M. A genealogy of "healthism": Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control. Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology, Healthism & Self-Care: Recon\_guring Body & Life through Science & Technology, 7 (1) [Internet] 2015 [cited 2017 Nov 06]. Available from <<http://www.ea-journal.com/en/issues/2016-04-01-01-24-42>>. <hal-01350627>.
- (13) Illich I. A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- (14) Conrad P. Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology, 18; 1992. [Internet] [cited 2017 Nov 06]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/234838406\\_Medicalization\\_and\\_Social\\_Control](https://www.researchgate.net/publication/234838406_Medicalization_and_Social_Control).

- (15) Nogueira R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
- (16) Illich I. In the mirror of the past, lectures and addresses, 1978-1990. New York: Marion Boyars; 1992.
- (17) Illich I. "Saúde como responsabilidade de cada um - não, obrigado!". Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; 1990. [Internet] [cited 2017 Nov 06]. Available from: <http://www.cebes.org.br/media/File/Ivan%20Illich%20Sade%20como%20responsabilidade.pdf>.
- (18) Illich I, Sociedade sem escolas: trad. de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 1985.
- (19) Beck U. A reinvenção da política. In Beck, U; Giddens, A; Lash, Scott. Modernização Reflexiva - Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna. São Paulo: Editora Unesp - 2ª Ed; 2012.
- (20) Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
- (21) Bauman Z. Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi/Zygmunt Bauman; tradução, Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2005.
- (22) Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- (23) Giddens A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In Beck, U; Giddens, A; Lash, Scott. Modernização Reflexiva - Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna. São Paulo: Editora Unesp - 2ª Ed; 2012.
- (24) Moraes MRC. Autocuidado e gestão de si: Hábitos saudáveis na mídia impressa semanal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras; 2014.
- (25) Sahlins M. Cultura e razão prática. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
- (26) Euromonitor International. The Top 10 Consumer Trends for 2017 [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 06]. Available from: <http://go.euromonitor.com/white-paper-2017-top-10-global-consumer-trends-EN.html>
- (27) Euromonitor International. Global Consumer Trends Survey 2015. [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 06]. Available from:

(28) Vaz P. Doença mental e consumo nas revistas semanais brasileiras. Brasília: Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação | E-compós, , v.15, n.1; 2012.

## Capítulo 2

- (1) Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Nov 06]; 18( 12 ): 3595-3604. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en).
- (2) Luiz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* [Internet]. 1997 June [cited 2017 Nov 06]; 7( 1): 13-43. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373311997000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373311997000100002&lng=en).
- (3) World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2014 – 2023 [Internet] 2012. [cited 2017 Nov 06]; 78. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
- (4) Bauer BA, Tilburt JC, Sood A, Li GX, Wang SH. Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain. *Chin J Integr Med*. 2016 Jun;22(6):403-11. doi: 10.1007/s11655-016-2258-y. Epub 2016 May 26.
- (5) George M, Topaz M. A systematic review of complementary and alternative medicine for asthma self-management. *Nurs Clin North Am*. 2013 Mar;48(1):53-149. doi: 10.1016/j.cnur.2012.11.002. Epub 2013 Jan 10.
- (6) Tesser, CD, Sousa IC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude soc.* [Internet]. 2012 June [cited 2017 Nov 06]; 21( 2 ): 336-350. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en).
- (7) Contatore OA, Malfitano AS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 Sep [cited 2017 Nov 06]; 21( 62 ): 553-563. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300553&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300553&lng=en). Epub Mar 20, 2017.
- (8) Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7 (1), 663-80.
- (9) Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde*

Pública [Internet]. 2008 Out [citado 2017 Out 30] ; 42( 5 ): 914-920. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200800500018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200800500018&lng=pt)>.

(10) Telesi, JE. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo , v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016 [cited 2016 Oct 3]. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso)>.

(11) WHO. Traditional Medicine Strategy 2005. [Internet]. [cited 2017 Feb 06] . Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf), acesso em 01/07/2016.

(12) WHO. Traditional Medicine Strategy 2014 – 2023. ]. [cited 2017 Feb 06] . Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf), acesso em 01/07/2016.

(13) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. [Internet]. [cited 2017 Nov 06] Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

(14) Ministério da Saúde. 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.

(15) Lima KV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 June [cited 2018 Feb 06] ; 18( 49 ): 261-272. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en).

(16) Sousa IC, Vieira AS. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 Dec [cited 2018 Feb 06] ; 10( Suppl ): 255-266. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500026&lng=en).

(17) Hallais JAS. Sociabilizando na Prática: as formas de sociabilidade nos grupos de práticas corporais na Atenção Primária em Campinas/SP. Campinas, SP; 2016.

- (18) Hallais JAS, Barros NF. O uso de práticas corporais na atenção primária em saúde e a construção de um modelo de cuidado intercultural. *Anais Congrepics I V*. 1, 2017, ISSN 2594-8334. Natal-RN, 2017.
- (19) Barros NF, Oliveira MCS, Ferreira FC, Gomes TC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: a implementação de um modelo complementar precário. III Congreso de Estudios Poscoloniales y IV Jornadas de Feminismo Poscolonial: ¿Interrupciones desde el Sur: habitando cuerpos, territorios y saberes?: Buenos Aires; 2016.
- (20) Galhardi WP, Barros NF, Leite-Mor AB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jan [cited 2018 Feb 06]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en).
- (21) Santos FS, Sousa IC, Gurgel ID, Bezerra AB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Feb 06] ; 45( 6 ): 1154-1159. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=en).
- (22) Sousa IC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 06] ; 33( 1 ): e00150215. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en).
- (23) Silva RM, Jorge HF, Matsue RY, Ferreira JR, Barros NF. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saude soc.* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Feb 06] ; 25(1): 108-120. Available from: [http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000100108&lng=en](http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100108&lng=en).
- (24) Gonçalo CS. Habilitação e uso das práticas integrativas e complementares na odontologia [tese]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2013.

- (25) Barros NF, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Nov [cited 2018 Jan 31]; 30( 11 ): 2368-2376. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001102368&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102368&lng=en).
- (26) Contatore OA et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.10 [cited 2017-08-22], pp.3263-3273. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123.
- (27) Feyerabend P. Como defender a sociedade contra a ciência. (Conferência proferida em 1975 traduzida por Paulo Luiz Durigan). Available from: <<http://stoa.usp.br/daros/files/2856/16814/feyerabend.pdf>>. Curitiba; 2009.
- (28) Rosenbaum P. Entre arte e ciência: fundamentos hermenêuticos da homeopatia como medicina do sujeito [tese]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
- (29) Illich I. A expropriação da saúde. *Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- (30) Illich I. In the mirror of the past, lectures and addresses, 1978-1990. New York: Marion Boyars, 1992.
- (31) Illich I. "Saúde como responsabilidade de cada um - não, obrigado!". (Discurso proferido em Hannover, Alemanha, em 14 de setembro de 1990. Traduzido do alemão para o inglês por Jutta Mason, editado por Lee Hoinacki; traduzido do inglês ao português por Roberto Passos Nogueira). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Available from: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Ivan%20Illich%20Sade%20como%20responsabilidade.pdf>>.
- (32) Illich I. *Sociedade sem escolas*: trad. de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis-RJ, Vozes; 1985.

### Capítulo 3

- (1) Brenton, J. and Elliott, S. (2013), Undoing gender? The case of complementary and alternative medicine. *Sociol Health Illn*, 36: 91–107. doi:10.1111/1467-9566.12043
- (2) Broom A, Meurk C, Adams J, Sibbritt D. My health, my responsibility? Complementary medicine and self (health) care. *Journal of Sociology*. 2014;50(4):515-30.
- (3) Franzel B, Schwiegershausen M, Heusser P, Berger B. Individualised medicine from the perspectives of patients using complementary therapies: a meta-ethnography approach. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*. 2013;13.
- (4) Freidin B, Ballesteros MS. Choosing Ayurveda as a healthcare practice in Argentina. *Current Sociology*. 2015;63(5):669-84.
- (5) George M. Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities. *Patient Education and Counseling*. 2012;89(3):489-500.
- (6) McLaughlin D, Lui CW, Adams J. Complementary and alternative medicine use among older Australian women - a qualitative analysis. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*. 2012;12.
- (7) Pirotta M, Willis K, Carter M, Forsdike K, Newton D, Gunn J. 'Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014;22(5):870-6.
- (8) Lorenc A1, Robinson N.. A review of the use of complementary and alternative medicine and HIV: issues for patient care.. *AIDS Patient Care STDS*. 2013 Sep;27(9):503-10. doi: 10.1089/apc.2013.0175.
- (9) Syed I.A., Sulaiman S.A.S., Hassali M.A., Thiruchelvam K., Syed S.H., Lee C.K.C.. Beliefs and practices of complementary and alternative medicine (CAM) among HIV/AIDS patients: A qualitative exploration. *European Journal of Integrative Medicine* 2016 8:1 (41-47).
- (10) Chang HY1, Wallis M, Tiralongo E, Wang HL. Decision-making related to complementary and alternative medicine use by people with Type 2 diabetes: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2012 Nov;21(21-22):3205-15. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04339.x.
- (11) Lorenc, Ava; Clow, Angela; Forte, Denise; Robinson, Nicola;. It keeps me going' - older people's perception of well-being and use of complementary and alternative medicine (CAM).

(12) Wanchai, A.a , Armer, J.M.b , Stewart, B.R.c Performance care practices in complementary and alternative medicine by Thai breast cancer survivors: An ethnonursing study (2012) *Nursing and Health Sciences*, 14 (3), pp. 339-344.

## Capítulo 4

- (1) de Valois B, Asprey A, Young T. "The Monkey on Your Shoulder": A Qualitative Study of Lymphoedema Patients' Attitudes to and Experiences of Acupuncture and Moxibustion. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016.
  - (2) Eaves ER, Sherman KJ, Ritenbaugh C, Hsu C, Nichter M, Turner JA, et al. A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four PIC therapies. *Bmc Complementary and Alternative Medicine*. 2015;15.
  - (3) Paul A, Cramer H, Lauche R, Altner N, Langhorst J, Dobos GJ. An Oncology Mind-Body Medicine Day Care Clinic: Concept and Case Presentation. *Integrative Cancer Therapies*. 2013;12(6):503-7.
  - (4) Pirotta M, Willis K, Carter M, Forsdike K, Newton D, Gunn J. 'Less like a drug than a drug': The use of St John's wort among people who self-identify as having depression and/or anxiety symptoms. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014;22(5):870-6.
  - (5) Miller, M.C. Complementary and Integrative Treatments: Expanding the Continuum of Care (2013) *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46 (3), pp. 261-276.
  - (6) Iris R Bell, MD, PhD corresponding author and Nancy N Boyer, RN, NP, PA-C. Homeopathic Medications as Clinical Alternatives for Symptomatic Care of Acute Otitis Media and Upper Respiratory Infections in Children. *Glob Adv Health Med*. 2013 Jan; 2(1): 32–43.
  - (7) Mohammad Jamshed Siddiqui, Chan Sze Min,<sup>1</sup> Rohit Kumar Verma,<sup>2</sup> and Shazia Qasim Jamshed<sup>3</sup>. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review.
  - (8) Kinser PA<sup>1</sup>, Bourguignon C, Taylor AG, Steeves R.. "A feeling of connectedness": perspectives on a gentle yoga intervention for women with major depression. *Issues Ment Health Nurs*. 2013 Jun;34(6):402-11. doi: 10.3109/01612840.2012.762959.
  - (9) Kinser, P.A.a , Lyon, D.E.b. A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: Potential uses in research on complementary therapies for depression (2014) *Brain and Behavior*, 4 (5), pp. 665-674.
  - (10) George M<sup>1</sup>, Topaz M. A systematic review of complementary and alternative medicine for asthma self-management. *Nurs Clin North Am*. 2013 Mar;48(1):53-149. doi: 10.1016/j.cnur.2012.11.002. Epub 2013 Jan 10.
  - (11) Bauer BA<sup>1</sup>, Tilburt JC<sup>2</sup>, Sood A<sup>2</sup>, Li GX<sup>3,4</sup>, Wang SH<sup>4,5</sup>. Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain. *Chin J Integr Med*. 2016 Jun;22(6):403-11. doi: 10.1007/s11655-016-2258-y. Epub 2016 May 26.
-

- (12) Kretzer, K.a b , Evelo, A.J.c , Durham, R.L.c. Lessons learned from a study of a complementary therapy for self-managing hypertension and stress in women (2013) *Holistic Nursing Practice*, 27 (6), pp. 336-343.
- (13) Millegan J., Morrison T., Bhakta J., Ram V. Mind body medicine in the care of a U.S. Marine with chronic pain: a case report *Military medicine* 2014 179:9 (e1065-e1068).
- (14) Burnett-Zeigler I, Schuette S, Victorson D, Wisner KL. Mind–Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A Comprehensive Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2016;22(2):115-124. doi:10.1089/acm.2015.0038.
- (15) Tarantino B, Earley M, Audia D, et al. Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. *Explore (NY)*.2013;9(1):44–47.
- (16) Arman, Maria; Hök, Johanna. Self-care follows from compassionate care - chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation. *Scand J Caring Sci*; 30(2): 374-81, 2016 Jun.
- (17) Crawford, C.a , Lee, C.a , Buckenmaier, C.b c , Schoomaker, E.c , Petri, R.d , Jonas, W.a , Crawford, P.e , Delgado, R.e , Freilich, D.e , Hickey, A.e , May, T.e , Spevak, C.e , Swann, S.e , York, A.e. The current state of the science for active self-care complementary and integrative medicine therapies in the management of chronic pain symptoms: Lessons learned, directions for the future. (2014) *Pain Medicine (United States)*, 15 (S1), pp. S104-S113.
- (18) Kes VB, Cesarik M, Matovina LZ, Zavoreo I, Corić L, Drnasin S, Demarin V. The role of complementary and alternative medicine in therapy of multiple sclerosis (2015) *Acta Clinica Croatica*, 52 (4), pp. 464-471.
- (19) Jacob Ablin, 1 Mary-Ann Fitzcharles, 2 Dan Buskila, 3 Yoram Shir, 4 Claudia Sommer, 5 and Winfried Häuser. Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 2013: 485272.
- (20) Kligler, Benjamin; McKee, Melissa Diane; Sackett, Esther; Levenson, Hannel; Kenney, Jeanne; Karasz, Alison. An integrative medicine approach to asthma: who responds? *J Altern Complement Med*; 18(10): 939-45, 2012 Oct.
- (21) Williams, Anne M; Bulsara, Caroline E; Joske, David J L; Petterson, Anna S; Nowak, Anna K; Bennett, Kellie S. An oasis in the hospital: the perceived benefits of a cancer support center in a hospital setting offering complementary therapies. *J Holist Nurs*; 32(4): 250-60, 2014 Dec.
-