

CAPÍTULO 9

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE - PERSPECTIVAS CRÍTICAS E NOVOS MODELOS TERAPÊUTICOS

Data de aceite: 01/03/2023

Fatima Sueli Neto Ribeiro

Andrea Augusta Castro

Fernanda da Motta Afonso

RESUMO: No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) emergem da demanda social como estratégias de tratamento e de promoção da saúde. Sua ampliação ocorre nas Conferências de Saúde até a incorporação no Sistema Único de Saúde em 2006, com a aprovação da Política Nacional de PICS. A continuidade deste movimento, com a ampliação da formação de profissionais de saúde, requer a substituição gradual da hegemonia do modelo biomédico, da inclusão do paradigma vitalista nas universidades e na capacitação em serviços de saúde. Ainda timidamente, experiências na graduação e eminentemente na pós-graduação têm buscado abranger todas as rationalidades médicas. Esse capítulo dialoga com a insuficiência do modelo biomédico vigente e a urgência da atualização da formação profissional tanto no contexto da assistência como na pesquisa e na gestão em saúde. Levando em

conta as diversas dimensões e dificuldades atuais de incorporação do paradigma vitalista e das rationalidades médicas no ensino em saúde, pode-se considerar uma mudança paradigmática quando se admite igual valor à dimensão física/bioquímica e às dimensões emocionais, psicológicas, energéticas e espirituais no cuidar/tratar de um indivíduo. A integralidade do cuidado, o olhar sobre o interagente, relação solidária e afetiva, o equilíbrio do humano com o cosmo, a sociologia das ausências, o *continuum* da saúde/doença e o conhecimento emancipador são novas abordagens do ensino e da prática em saúde vinculada a um novo paradigma emergente, que articula as rationalidades e as supera na direção do senso comum. Para tal, evidencia-se a necessidade de debater o aprendizado em PICS e sua incorporação na formação acadêmica, que pode se dar a partir da inserção de uma disciplina eletiva em PICS para os estudantes de todas as áreas do conhecimento, na perspectiva do autocuidado, até se consagrar como princípio da formação na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: saúde, ensino, práticas integrativas e complementares, formação profissional; integralidade em saúde.

ABSTRACT: Traditional Medicine (PICS) in Brazil, emerges from social demand as treatment and health promotion strategies. Its expansion takes place at the Health Conferences and is incorporated in the Health System in 2006, with the National Policy On PICS. The continuity of this movement, with the training of health professionals, requires the gradual deconstruction of the hegemony of the biomedical model, the inclusion of the vitalist paradigm in universities and training in health services. Even timidly, experiences in graduate and eminently in pos graduate have sought to encompass all medical rationales. This chapter dialogues with the insufficiency of the current biomedical model and the urgency of updating professional training both in the context of care, research and in health management. Takingin to account the various dimensions and current difficulties in incorporating the vitalist paradigm and medical rationales in health education, a paradigm shift can be considered when equal value is admitted to the physical/biochemical dimension and the emotional, psychological, energetic and spiritual dimensions in the health care of an individual. The completeness of care, the interacting, solidary and affective relationship, the balance of the human with the cosmos, the sociology of absences, the health/disease continuum and the emancipatory knowledge are new approaches to teach and to practice in health care in the direction of a new emerging paradigm, which articulates the rationalities and overcomes them in the direction of common sense. To this end, there is an evident need to debate and learning in PICS and its incorporation into academic training, which can occur from the insertion of an elective discipline in PICS offered for student of all areas of knowledge, in the perspective from self-care, until to becoming established as a principle of training in the health area.

KEYWORDS: health; teaching; traditional medicine; professional qualification; integrality in health

Este capítulo dialoga com a formação biomédica, debatendo os principais paradigmas que diferenciam o modelo biomédico do modelo vitalista. Desta forma, espera-se que o presente material estabeleça um diálogo a partir da práxis do estudante.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Reconhecer o processo histórico do modelo biomédico e do modelo vitalista.
- 2) Identificar os limites do modelo biomédico e a importância do conteúdo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para a graduação na área de saúde.
- 3) Instrumentalizar o estudante para reconhecer o tipo de conhecimento que está sendo oferecido na sua graduação.
- 4) Identificar as mudanças necessárias ao modelo de ensino para avançar do conhecimento regulatório ao conhecimento emancipador.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 As abordagens em saúde e o modelo de ensino e aprendizagem

Uma formação acadêmica, em geral, envolve desenvolver no estudante o seu potencial intelectual, a capacidade de análise, raciocínio crítico, habilidade para identificar e resolver problemas na sua área de atuação diante das bases teóricas acumuladas. Dependendo do paradigma científico do conhecimento compartilhado, pode-se perceber o predomínio de influências sociais (e econômicas) de determinadas regiões geográficas.

As influências europeias na área da saúde do século XIX e início do século XX redundaram na concepção de causalidade partindo dos miasmas para a unicausalidade. A partir da influência norte-americana chegou-se à concepção de multicausalidade e nos anos de 1970 na determinação social da saúde, cuja origem na América Latina explicita as repercussões econômicas e sociais nas diferenças de nascer e morrer entre os grupos humanos. No final dos anos 1990 a Organização Mundial de saúde (OMS) sem fazer referência à determinação das doenças lança um modelo de Determinantes de Saúde que ainda pontuam fatores causais e não assumem o movimento de geração de desigualdades e vulnerabilidades na essência da causalidade (BREILH, 2021).

As diferentes abordagens da causalidade no processo saúde-doença é apenas um parâmetro no ensino em saúde. Outros parâmetros que caracterizam o modelo de saúde e o paradigma da racionalidade biomédica assumido nas universidades estão ligados à intensificação do uso de tecnologia, afastamento do contato pessoal entre o profissional de saúde e o paciente, a negação dos aspectos espirituais e a perspectiva do tratamento voltado para o indivíduo, isolado das relações sociais ou familiares, e focado em diferenciação genética.

O próprio conceito de “paciente” universalmente utilizado, sugere implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo deriva do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer. Segundo Saito (2013) exprime uma ideia reducionista do cuidado em saúde e compromete um processo de ensino problematizador e dialógico.

Mais recentemente, o termo “usuário” foi adotado em particular no Sistema Único de Saúde (SUS), e expressa àquele que usa ou desfruta de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. Saito (2013, p.176) considera este como um termo mais amplo:

capaz de ultrapassar o ideário passivo (paciente) ou liberal (cliente), que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

A relação hierárquica estabelecida impõe a superioridade do profissional de saúde, submetendo o saber do usuário sobre o próprio corpo e seus sintomas ao outro. Esse

modelo foi criado a partir do paradigma biomédico, ensinado de forma exclusiva nos aparelhos de formação acadêmica e incorporado na cultura social.

Sob o paradigma das Terapias Integrativas e Complementares, Pimentel (2013, p.17) destaca que “o paciente é visto como um ser interagente, de papel atuante no reequilíbrio de suas funções orgânicas, mentais e psicológicas, cabendo ao terapeuta a tarefa de facilitar este processo de vivência [...] para uma nova perspectiva de si mesmo”.

A concepção implícita do processo de adoecer e a hierarquia que se estabelece na relação com o usuário/paciente, subsidiam as escolhas para um tratamento e expressa o imaginário que se partilha nas consultas dos profissionais de saúde. Em contrapartida, Saito (2013) identifica que a simples mudança na utilização do termo para designar de quem se cuida nos serviços de saúde realmente gera uma verdadeira transformação na relação de cuidado.

O Ser Humano é um Ser com a natureza de cuidar do outro (HEIDEGGER, 2001), essa capacidade propiciou sua sobrevida e ampliação da espécie até os dias atuais. Assim, para que uma pessoa assuma o papel de cuidador mais competente que os demais, ele deve demonstrar conhecimento e capacidade de relacionamento. Atualmente, essas capacidades estão ligadas às técnicas apreendidas nas instituições de ensino respaldadas pelo aporte científico vigente.

A ênfase histórica no restabelecimento da saúde ou na postergação da morte a partir de técnicas cada vez mais especializadas vem imprimindo no ensino, e por consequência no discente, um distanciamento do cuidado com a pessoa envolvida no processo, nos anseios e nas demandas reais do sujeito. O resgate do cuidar representa estabelecer uma relação com o outro, numa perspectiva horizontal que tem sido valorizada na perspectiva da “humanização” do cuidado ou na compaixão com o outro (IBIDEM).

A crítica aos modelos de formação em saúde, indica que demandas até então negligenciadas e/ou desvalorizadas estão a exigir a reconfiguração dos itinerários de formação profissional em saúde, articulando, além da tríade ensino-pesquisa e extensão, os espaços de ensino com o âmbito dos serviços e dos condicionantes criados pelas políticas públicas de saúde e de educação (BATISTA, 2006).

Diversas pesquisas demonstram que o ensino de uma racionalidade médica integrativa e complementar propicia que os estudantes consigam integrar outras dimensões da vida e da saúde, valorizar o autocuidado, a sensibilidade, bem como a escuta atenta e do acolhimento pelos discentes, auxilia na construção de saberes fora do modelo biomédico convencional, seu modo de entender o conhecimento e a ciência, configura um benefício a aprendizagem concomitante das PICS junto às medicinas convencionais (SILVA et al, 2021).

Christensen e Barros (2010) concluem que o ensino das PICS no campo da saúde implica a possibilidade de uma formação ampliada, promovida por um paradigma holístico, já que estimula a compreensão da natureza dual e bilateral do relacionamento entre

o profissional de saúde e o usuário do serviço de saúde. As implicações nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual visam construir o cuidado com base numa relação solidária e de envolvimento afetivo. Esse relacionamento é a chave da arte do profissional de saúde, porque permite que esse profissional ou estudante ensine e aprenda com o usuário/sujeito/paciente.

2 I AS LACUNAS DO ENSINO SOB O MODELO BIOMÉDICO E AS NOVAS RACIONALIDADES

2.2 A crítica ao modelo do ensino de saúde

Desde a década de 1970, outras rationalidades médicas, conhecimentos e pesquisas nas ciências da saúde são reconhecidas e apoiadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que incentiva seus estados-membros a incluírem as práticas integrativas em seus sistemas públicos de saúde e se dedicar, também, ao estudo para conhecimento acerca dos seus benefícios (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

Silva et al. (2021) nos oferece uma síntese sobre a questão da formação no campo da Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). No cenário internacional, 46% dos médicos suíços possuem formação em PICS. Conteúdos ligados às PIC estão presentes em mais 80% das escolas médicas no Canadá, com destaque para a Acupuntura e Homeopatia, em 40% dos cursos de medicina na União Europeia e em 64% das faculdades de medicina nos Estados Unidos.

Por sua vez, na graduação em saúde brasileira, apenas 26% dos cursos de enfermagem das universidades públicas e 21% das escolas médicas oferecem disciplinas ou abordam o tema das PICS. A pesquisa de Salles et al (2014) identificou que das 48 instituições públicas de ensino superior em Fisioterapia, sete (14,6%) oferecem as disciplinas relacionadas com as PICS. Dentre as 74 faculdades de Medicina estudadas, 13 (17,5%) ofereciam e dentre as 87 instituições em Enfermagem, 23 (26,4 %) oferecem disciplinas relacionadas com PICS.

A implantação de tópicos das PICS em um currículo médico (e na área de saúde) não é um processo linear e pode se dar em diferentes dimensões: didática, que envolve fundamentos filosóficos; práticas; de estilo de vida; modalidades terapêuticas; e na perspectiva processual da formação, com a qual se busca integração clínica, reflexiva e de desenvolvimento pessoal e de pesquisa (CHRISTENSEN; BARROS, 2010).

Nos serviços de saúde, Silva et al. (2021) descreve que o processo de formação em PICS, em particular na Atenção Primária em Saúde (APS), tem ocorrido por ofertas da gestão federal, municipal ou pelo conselho de categoria profissional. Em geral, os trabalhadores de saúde financiam a sua própria formação no ensino privado pela ausência de oferta no setor público. Os processos formativos em PIC são heterogêneos, deficientes e limitados. Os autores identificaram um relativo despreparo técnico e político dos profissionais de

saúde para a implementação das PIC na APS. Mesmo com formação apenas introdutória, foi notória a capacidade de estimular mudanças no padrão “biologizante” e medicalizante do cuidado em saúde onde as PICS eram aplicadas.

Nos tempos atuais já é recorrente que o ensino em saúde está fragmentado, com conteúdos curriculares distantes das necessidades da população, com necessidade de humanização e compaixão no cuidado. Além disso, Feuerwerker (2003) e Batista (2006) destacam as dificuldades frente às dicotomias: teoria e prática; saúde e doença; promoção e cura; básico e profissional; ensino e pesquisa; o biologicismo e o hospitalocentrismo. Além da redução das práticas a seus aparatos técnicos e tecnológicos; a subvalorização das dimensões ética e humanista, as dificuldades da formação docente frente às mudanças políticas e educacionais, incluindo uma significativa fragilidade no processo de profissionalização docente e o distanciamento entre os cenários de aprendizagem e assistência.

Batista (2006) destaca a necessidade de adoção de uma concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade e no cuidado, no processo de formação profissional, bem como na aprendizagem para o trabalho em equipe multiprofissional. Resgata Canguilhem (1990) ao situar o plano epistemológico da concepção de saúde como uma maneira de abordar a existência não apenas de possuidor ou portador, mas também, de criador de valor, de instaurador de normas vitais, numa ótica de saúde que realça o lugar do sujeito que a constrói ao longo das interações que mantém com os outros, com o mundo e consigo mesmo. Abandona a contraposição linear de saúde e doença, reconhece os processos de autoria e de condicionamento histórico-cultural de práticas de vida, inscrevendo saúde como direito e serviço.

Ainda que muitos outros autores assumam no plano teórico a perspectiva de Canguilhem no momento de elaborar a proposição prática, esta concepção ampliada de saúde é reduzida no modo de concretizar as propostas formativas em saúde, seja na articulação ensino-serviço-comunidade, formação-controle social, ensino-realidade, ensino-pesquisa-extensão. Nota-se uma imensa dificuldade para alterar a centralidade de conteúdos biológicos e na intervenção curativa.

Mesmo reconhecendo que a formação universitária em saúde vem acumulando debates sobre estratégias de ensino e crítica ao modelo pedagógico tradicional, está, ainda segue com forte tendência a desvalorizar a concepção de integralidade, e segue no ensino de forma reducionista e não supera o foco na doença ou nos riscos (SILVA et al. 2021).

As estruturas curriculares dos cursos de saúde impõem limites à formação nas PIC, justificada pela cultura extremamente biomédica, ao corporativismo profissional e ainda por seguir uma lógica pautada em conteúdos isolados e fragmentados, com enfoque na atenção individual (SILVA et al. 2021).

A perspectiva de inclusão do tema das PICS na formação em saúde é um tema complexo porque explicita todas as dificuldades com o ensino tradicional, as peculiaridades do ensino na área de saúde e o desafio de compreensão de um novo paradigma, o vitalista, em oposição ao paradigma biomédico.

2.3 As estratégias de superação que terminam no método

No processo de formação em saúde enfatiza-se a necessidade de um profissional apto para as situações clínicas, mas também capaz de atuar e a contribuir com a sociedade nos campos político e social e não apenas no limite das jornadas de trabalho. Com base nesta expectativa é senso comum que o ensino em saúde no modelo atual não consegue cumprir com essa expectativa.

Esta limitação tem sido questionada pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) quando recomenda a adequação do ensino em saúde pautado em conhecimentos produzidos e serviços prestados à população com base nas necessidades sociais. Ressalta ainda a necessidade de que as instituições de ensino superior assumam seu papel protagonista no direcionamento da formação. A excessiva especialização observada na área da Saúde ocorre por pressão de grupos de poder, influências das corporações e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais. O que tem sido apontado, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais.

Costa (2007) reforça a importância do Paradigma da Integralidade expresso nas atuais diretrizes curriculares nacionais da medicina. Cujas características são: o foco na saúde e não na doença; processo ensino-aprendizagem com ênfase no aluno e em seu papel ativo na própria formação; vivência prática no sistema de saúde; capacitação docente com ênfase tanto na competência técnico-científica quanto na didático-pedagógica; acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas. Não por acaso constitui a organização e o alicerce das PICS, como princípio ético e epistemológico.

Sem uma discussão de base sobre a pertinência, o objetivo final do conteúdo ministrado, as relações sociais de poder implícito e as repercussões sociais das tecnologias adotadas na atenção à saúde, o que tem sido observado são modelos de ferramentas metodológicas voltadas para otimizar o processo de ensino sem problematizá-lo. Pode-se destacar a Aprendizagem Baseada em Problemas, Aprendizagem Baseada em Tarefas, Ensino Orientado para a Aprendizagem e Aprendizagem voltada para Competências, estratégias que vêm sendo implementadas e debatidas em particular nos cursos de medicina e enfermagem.

Assim, o conceito de Integralidade (tomado como um paradigma) deve representar a percepção holística do sujeito, considerando seu o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental sendo ao mesmo tempo, individual e coletiva é reduzida a um conjunto de estratégias de otimização técnica à luz do mercado de trabalho.

O equívoco em questão, reside na adoção de um paradigma que não pode ser implementado numa racionalidade que limita, de per si, a sua adoção. As novas estratégias de aprendizagem sem um profundo debate sobre seus pilares teóricos apenas tendem a oferecer insumos e transferir a resolução da situação para o profissional em formação. O que inevitavelmente culmina na frase popular de que “na prática a teoria é outra”.

2.4 O Normal como modelo

Não obstante à perspectiva do ensino em saúde se pautar na racionalidade biomédica ou na racionalidade vitalista cujas diferenças são bem discutidas por Luz e Barros (2012), a diferenciação entre o normal e o patológico assinalada por Canguilhem (1990) ainda persiste porquanto o conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido a partir de um estado de saúde, uma vez que o quadro patológico redunda em uma nova dimensão de vida. Coelho e Almeida Filho (1999) destacam em Canguilhem a impossibilidade da definição de uma medida para normalidade, acima ou abaixo da qual se configura o patológico.

Assim, o patológico também seria normal, pois a experiência do viver incluiria a doença. A diferença, para além da semântica, se situa no estado fisiológico, considerado “todo estado vital seria normal e o normal patológico seria diferente do normal fisiológico” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p.19).

Canguilhem (1990) ressalta que o médico (e pode ser ampliado aos profissionais de saúde) não se interessa pelos conceitos de saúde e doença, que lhes parecem vulgares ou metafísicos, o interesse reside no diagnóstico e na cura fazendo o sujeito retornar à sua vida normal. Considerando normal aspectos ligados à fisiologia não se considera que a doença seja uma forma de vida. As doenças crônicas explicitam essa dimensão, na medida em que propiciam, mediante tratamento adequado, qualidade de vida e longevidade expressiva. Contudo, o foco na fisiologia “normal” tende a induzir pesquisas e valoração dos aspectos mais sutis ou declarar como não normal alterações genéticas identificadas antes mesmo de sua expressão orgânica.

Logo, o conceito de normal, inicialmente depreendido de Canguilhem e no modelo biomédico focado no funcionamento pleno da fisiologia, não deve ser tomado como modelo de saúde posto que muitas alterações propiciam uma vida “saudável” à partir de outras perceptivas do cotidiano, mesmo em “horizontes mais limitados”, propiciam a criação de estratégias distintas ao mesmo meio social. Os temas ligados à saúde mental e a evolução da propedêutica neste campo exemplificam esta tese de normalidade sob diferenças orgânicas não padronizadas.

2.5 As perspectivas do Vitalismo

Seguindo a evolução histórica da medicina, como referência para a abordagem de toda área de saúde, Luz e Wenceslau (2012) discutem a evolução da medicina baseada em “princípios” da arte de curar, ou seja, o restabelecimento da saúde, para uma clínica que visa combater as doenças e controlar as mortes em plano coletivo. Acompanha esse movimento o deslocamento das escolas médicas para o ensino tomando o hospital como *lócus* de pesquisa e transmissão do conhecimento que passa a focar na especialização de procedimentos e modelo avançado de terapêutica.

Camargo Jr. (2012) localiza a episteme da medicina moderna como ligada aos princípios da mecânica clássica newtoniana, resumida em 3 proposições: caráter generalizante, mecanicista e analítico.

O corpo subdividido em sistemas morfológico-funcional propicia a organização do conhecimento em disciplinas e as especialidades que decorrem do domínio sobre cada sistema. As disciplinas que necessariamente se entrecruzam não se articulam pelo nível teórico conceitual e podem gerar formulações explicativas divergentes, o que se aceita como a flexibilidade da interpretação do arsenal teórico.

No século XX, o modelo vitalista vem sendo adotado de forma crescente pelo público, resultante da expansão das práticas oriundas no oriente, mas não pelo caminho das instituições de ensino. As universidades seguem a tendência da sociedade, implementam pesquisas no tema e passam a desenvolver uma série de estudos com os instrumentais tecnológicos mecanicista que visam comprovar ou explicar a forma de ação das práticas em saúde vitalistas.

A adoção desses instrumentos ajudou a explicar alterações cerebrais no processo de meditação, o fluxo eletromagnético dos canais de acupuntura ou das alterações bioquímicas e moleculares na analgesia, etc. (KHUDA-BUKHSH, 2003; YUNG, 2005; TANG et al., 2015; CHEN et al., 2020), mas ainda se atém ao paradoxo de tentar e adotar instrumentos que se prendem às alterações bioquímica e mecânica para explicar os princípios de “força vital” ou tipos de energia que subsidiam a cosmologia das medicina vitalistas. É natural que apenas consigam alcançar resultados parciais.

Entre os séculos XVIII e meados do século XIX o vitalismo era defendido como alternativa às concepções mecanicistas cartesianas e usado para justificar a existência de uma força, ou impulso vital, sem a qual a vida não poderia ser explicada. Esse impulso vital estaria fora dos domínios científicos da física e da química (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Essa discussão vem sendo atualizada por Puttini e Pereira Junior (2007) que revendo a crítica de Canguilhem à concepção mecanicista da normalidade e da patologia teria apontado para uma superação da oposição entre mecanicismo e vitalismo. Para tal, compararam a “normatividade da vida” com o conceito de auto-organização de Michel Debrun, argumentando que a emergência da norma vital se situa num estágio secundário de um processo de auto-organização da vida. Desta forma, Canguilhem (1990) não teria advogado uma medicina vitalista, mas uma reflexão epistemológica sobre a vida que não se prendesse às categorias mecanicistas.

O vitalismo seria apenas “a expressão da confiança do ser vivente na vida, da identidade da vida consigo mesma no vivente humano, consciente de viver” (PUTTINI; PEREIRA JR, 2007, p. 461). Sob esse prisma convém destacar que:

O conceito de causa final, de Aristóteles, assim como os postulados de um princípio vital, pelos adversários do modelo mecanicista da ciência moderna, tinha em comum o caráter fundamentalista atribuído à teleologia. Ou seja, a existência de uma meta ou telos para a atividade dos seres vivos era entendida como preexistente e condicionante desta atividade.

Puttini e Pereira Jr. (2007) diferenciando a abordagem de Canguilhem sobre a normatividade da vida, conclui que esta emerge da própria atividade do ser vivo, se manifestando como *escolha* ou mesmo como intenção *consciente*. Assim, o princípio vital, concebido como um princípio metafísico, não tematizada pela Física, se situa extrinsecamente ao ser vivo, e conduz a atividade deste ser em direção a uma meta ou conjunto de metas. Logo, não cabe atribuir a concepção inicial do vitalismo a Canguilhem. A doutrina médica se reflete nas práticas discursivas que fazem alusão à totalidade humana, definida na perspectiva da biologia/bioquímica (corpo e reações orgânicas), da psicologia (aspectos mentais) e da sociologia (relação com o entorno social). Mais modernamente já se incorpora o aspecto espiritual, ainda sem muita força clínica uma vez que não se submete as terapêuticas medicamentosas e não dispõe de equipamentos de mensuração. A simples justaposição das abordagens biopsicossocial e espiritual não supera a compartmentalização do nível teórico conceitual.

Nesta dimensão teórico-conceitual se organiza o ensino e as grades curriculares na área da saúde, mantendo a visão analítico-mecanicista, uma abordagem anátomo-clínica do corpo, das lesões e das doenças, mesmo quando analisadas no campo da saúde coletiva, onde os aspectos sociais deveriam ser hegemônicos. A perspectiva final ocorre na compreensão dos sistemas afetados e nas respostas que também se limitam a essa dimensão, assumindo a possibilidade da interação com sistemas sócio-ambientais, mas excluindo qualquer possibilidade de incorporar essa dimensão no conjunto de responsabilidades do profissional de saúde.

Na perspectiva vitalista, é fundamental compreender e identificar a relação entre o equilíbrio do ser humano, a sociedade, a natureza, o planeta e as mudanças ambientais como as estações do ano, as fases da lua e os elementos constitucionais do planeta. Não apenas na perspectiva química e física, mas também nas variações eletromagnéticas.

Na Homeopatia de Hahnemann a existência da força vital chamada enteléquia (termo oriundo do século IV a.C. com Aristóteles) é o modelo explicativo dos processos orgânicos relacionados ao adoecimento e cura. Também reconhecido como a unidade organizadora de todos os seres vivos, é o que lhe dá vida (CAMPOLLO; LUZ, 2012).

Segundo a cosmologia da Medicina Tradicional Chinesa, a força vital é chamada de *Qi*, que poderia ser traduzida como Sopro Vital. O fluxo livre e suave do Qi harmonizado com as dinâmicas do céu e da terra representa o equilíbrio e a saúde. O ser humano é definido como um ente energético submetido ao influxo de duas forças opostas e complementares (*yin* e *yang*) e regido pela lei universal da interdependência (LUZ, 2012).

A racionalidade médica da Ayurveda implica na ligação entre o científico, o filosófico e o religioso. A partir da conexão entre o homem e o universo, a energia cósmica se manifesta em todas as coisas animadas e inanimadas e se manifesta como energia masculina (*Purusha*) e feminina (*Prakriti*). A ligação do macrocosmo com o microcosmo e o processo saúde/adoecimento se dá a partir dos cinco elementos (éter, ar, fogo, água,

terra) que se manifestam segundo três princípios ou humores chamados tri doshas (*Vata*, *Pitta* e *Kapha*). O balanceamento entre os tridoshas é condição necessária para a saúde (MARQUES, 2012; D'ANGELO; CÔRTES, 2018).

A cosmologia da Medicina Antroposófica considera que “os seres dos quatro reinos da natureza são percorridos contínua e ritmicamente por forças vitais (sensoriais e supra sensoriais) que os movimentam” (LUZ; WENCESLAU, 2012, p. 200).

A saúde resulta da sintonia harmoniosa entre os elementos básicos de estruturação humana que inclui: a) trimembração (reúne corpo, alma e espírito); sistema neurosensorial, rítmico e metabólico-motor, e b) quadrimembração (resultante da estrutura organizada da hierarquia dos quatro corpos: físico, etérico, astral e Eu) (LUZ; WENCESLAU, 2012).

Em geral, as alterações de saúde são expressões da energia vital em desequilíbrio são singulares para cada sujeito. Na Medicina Tradicional Chinesa a enfermidade deriva da gênese interna e as causas externas só interagem com o fluxo interno diante de certas predisposições (LUZ, 2012). Na Ayurveda o desequilíbrio dos tridoshas afeta a resistência natural do corpo e do sistema autoimune. Assim, a causa das doenças vem ao mesmo tempo do corpo e do espírito e da má utilização da mente e sensorial (MARQUES, 2012). Na Medicina Antroposófica, mesmo um simples transtorno emocional ou funcional é fruto da discinesia no funcionamento ou interação dos elementos que estruturam a morfologia e a fisiologia humana com o meio (LUZ; WENCESLAU, 2012).

A partir da incorporação da espiritualidade no conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 diversas Comissões de Acreditação de Organizações de Saúde e associações médicas nacionais passaram a recomendar a inclusão das questões espirituais no atendimento clínico e na formação dos profissionais de saúde.

Muitas faculdades americanas desde os anos de 1990 passaram a incluir componentes de espiritualidade, crenças culturais e suas práticas no seu ensino. Incorporando-as em uma variedade de situações clínicas, ao léxico da anamnese como questionar a religião na história clínica, debater bibliografia e casos de crenças espirituais que afetaram os pacientes, valorizar nos alunos seus próprios sistemas de crenças, avaliando como estes podem ajudar ou impedir a relação com o paciente, habilidade em fazer uma ‘história espiritual’, em que se compreenda na dimensão espiritual do paciente se há relação com o processo de adoecer (FERRER, 2002).

Reginato et al. (2016) discutem a espiritualidade como uma outra perspectiva para superação da visão tecnicista e reflexão sobre questões essenciais e existenciais, contemplando emoções e convicções de natureza não material, remetendo a questões como o significado e o sentido da vida num plano metafísico que não se limita a qualquer tipo de crença ou prática religiosa. Recomenda a necessidade de preparar os estudantes para acolher pacientes que apresentam uma linguagem que lhes é indecifrável. O que demanda a criação de cenários didáticos que propiciem a discussão de temas para além do modelo biomecânico, o que inclui o campo da espiritualidade.

A partir da experiência de uma disciplina eletiva de Espiritualidade e Medicina Reginato et al. (2016) concluíram que a separação entre o corpo e o espírito, pela valorização dos recursos científico-tecnológico, empobreceu a avaliação do paciente nas suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Uma disciplina com esse conteúdo configura um recurso para a melhora da qualidade do acompanhamento, além de favorecer profissionais mais atentos e aptos a acolher e a compreender as necessidades espirituais do paciente.

2.6 O Caminho do Meio

O rigor e a objetividade do modelo biomédico vêm sendo sistematicamente questionado, notadamente no seu aspecto de distanciamento do terapeuta e do paciente, na dicotomia sujeito-objeto, condutas distantes do cotidiano, explicações nosológicas distintas do modo de vida e medicalização de sintomas como forma de alterar a percepção sem atuar nas causas. Ou seja, uma terapêutica a partir de um conhecimento regulatório, porquanto através de normatização e do controle prescreve hábitos de vida, dieta e outros sem a compreensão da complexidade que envolve o cotidiano de cada um e as redes de saberes em que o indivíduo está se relacionando.

O ciclo de afirmação do modelo se dá a partir da valorização e publicações de pesquisas que enfatizam aparatos tecnológicos/medicamentos e parâmetros genômicos definem condutas clínicas baseadas na probabilidade estatística e retroalimentam o modelo biomédico.

Breilh (2021) destaca a lógica linear e fragmentada da epidemiologia clássica que analisa atributos de pessoas isoladas do contexto e analisam a forma como esse recorte isolado se inter-relaciona e responde aos riscos elencados. Essa artificialidade da vida é considerada, no seu extremo, por estudos clínicos, tidos como o padrão ouro para subsidiar protocolos e condutas terapêuticas.

Não se pode deixar de destacar que nessa conjuntura, o paradigma moderno de reiterar que a ciência (re)produz e amplifica as desigualdades cognitivas e sociais entre países centrais e periféricos. O que implica na ruptura epistemológica com o senso comum e com os saberes tradicionais e reforça a mediação da ciência baseada em tecnologia eletrônica como contributos para a expropriação do autocuidado, a delegação do saber sobre o próprio corpo para o outro e o afastamento da relação humana entre o cuidador e o usuário do serviço de saúde, numa direção que expande o padrão de dominação e acumulação do capital na área da saúde.

Considerando este ciclo uma monocultura racional, Santos (2018) chama esta hegemonia de domínio da epistemologia do norte e suscita a necessidade de valorização de uma epistemologia do sul, que valorize paradigmas de domínio da população ou do “senso comum”. O que implica identificar e valorizar outros modos de pensar, de interferir no

mundo e de fazer pesquisas. Assim, é preciso não apenas valorizar os saberes ancestrais, mas principalmente, considerar como válidas formas de saber / fazer / pensar

/ sentir / estar no mundo. Ou seja, tudo que o ensino formal negligencia e nega em defesa da superioridade do saber biomédico cartesiano.

Reconhecendo que esse diálogo não é fácil, Oliveira (2008) recomenda adotar a categoria Sociologia das Ausências, de Santos, utilizando uma investigação que visa demonstrar que o que não existe, é na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como alternativa não credível ao que existe. O objetivo é transformar objetos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presença.

Explicitar que a ausência nos conteúdos acadêmicos de outra forma de compreender o mundo, explicar o processo saúde doença e promover o cuidado em sua integralidade é ativamente produzido e mantido. Evidenciar a ausência de novos paradigmas, em contraponto ao modelo biomédico não é casual ou fortuito. Mas fruto de uma construção sistemática e permanente.

Compreender e avançar na ampliação simbólica identificar e credibilizar saberes em saúde e práticas plurais no cuidado e na vida, permitirá ampliar horizontes, conhecer melhor o que existe no cotidiano da vida desvelando mais possibilidades emancipatórias do que as possibilidades anteriores que se reiteram em métodos e regras definidas pela artificialização dos modos de vida.

Por fim, o paradoxo que se coloca para Santos (2018) é o conhecimento como regulação ou como emancipação, na perspectiva de uma opção epistemológica adequada ao momento atual de transição.

Outra possibilidade de conhecimento emancipatório, e ainda não perfeitamente estabelecido, pressupõe, segundo Santos (2018), a revalorização da solidariedade como forma de saber. Destacando o afastamento e a desconsideração da intersubjetividade, da reciprocidade e da incapacidade de reconhecer o outro a não ser como objeto. Num modelo em que as subjetividades, como redes de inserções sociais, são consideradas, interagem nos múltiplos espaços-tempo e participam cotidianamente na produção de reprodução de saberes e práticas sociais e cognitivas dos processos de tratamento e cura do corpo e do coletivo.

2.7 A estratégia de inclusão acadêmica do tema na UERJ

A demanda pela introdução de uma disciplina na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ- que contemple o conteúdo teórico e prático ligado ao paradigma vitalista e as racionalidades das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde vem ocorrendo desde 2017. Finalmente, em 2019 foram vencidos os trâmites internos e a primeira turma da disciplina de caráter eletivo e universal para a graduação foi implantada de forma pioneira na UERJ, que já acumulava a oferta de experiências em diversos cursos, seja com

vivências como a meditação na Faculdade de Enfermagem ou com a inclusão do conteúdo em disciplinas mais abrangentes como na Faculdade de Educação Física.

Este acúmulo ainda disperso em unidades isoladas propiciou a articulação das Faculdades de Enfermagem, Medicina e o Instituto de Nutrição para ofertar a disciplina eletiva de cunho universal “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde I”.

A disciplina oferta 20 vagas e conta com três tempos de aula por semana totalizando 45 horas no semestre letivo. Esta carga horária foi idealizada com o intuito de ofertar o conhecimento teórico breve, a fundamentação e a vivência em algumas Práticas Integrativas priorizadas pelo SUS, dentre as 29 regulamentadas na Política Nacional das PICS.

A disciplina inicia com uma aula inaugural aberta ao público e conta com uma personalidade da área que situa o tema na atualidade. Os temas abordados na disciplina inicialmente foram: Medicina Tradicional Chinesa com suas técnicas de Acupuntura, Auriculoterapia e Tai Chi Chuan. Reiki, Musicoterapia, Meditação e Terapia Floral no conjunto das terapias vibracionais, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Ayurveda. Em cada aula o professor convidado apresentava os aspectos teóricos, a prática terapêutica e uma vivência. Ressalta-se que esta tríade no plano pedagógico é fundamental, pois nesta racionalidade vitalista a experimentação pelo discente agrupa informações e valores que não se mensuram nas avaliações de caráter cognitivo, mas ficam bem definidas na dimensão socioemocional.

O caráter eletivo da disciplina seguramente agregou uma perspectiva mais relaxada à participação dos alunos, ainda que incorporasse todas as características de uma disciplina acadêmica como exigência de presença e avaliação. Nas duas turmas oferecidas antes da pandemia, foi inesperada a demanda majoritariamente de discentes dos cursos fora da área da saúde, tal como jornalismo, engenharia, serviço social e comunicação social. Além dos cursos de psicologia, enfermagem e nutrição. A justificativa pela busca da disciplina se prendeu a experiências e/ou curiosidades pessoais e vivência familiar.

A boa avaliação dos estudantes se coadunou à percepção dos docentes, pois a presença era sistemática, a participação ativa e o caráter prático foram ressaltados como o grande diferencial motivador das aulas.

A participação de estudantes de diversas áreas foi considerada como um ponto muito favorável, pois entre as práticas integrativas oferecidas no SUS muitas delas não demandam formação na área de saúde, ao contrário, são valoradas justamente por servir como autocuidado e técnicas básicas passíveis de serem utilizadas de forma complementar importante ao cuidado da equipe de saúde.

Entende-se que instrumentos ou técnicas simples de autocuidado são uma demanda de todo e qualquer pessoa, em todas as áreas e o conhecimento e não deve fazer parte do conjunto de disciplinas restritas ao campo da saúde. Pelo contrário, ampliar a dimensão e o potencial destas terapêuticas ajuda a valorizar sua apropriação pela população, esclarece seu caráter científico e pode colaborar sobremaneira com a ampliação do cuidado, inclusive do modelo biomédico.

Uma disciplina de PICS num currículo pode suscitar discutir e questionar modalidades terapêuticas ocidentais como sinaliza Salles et al. (2014), ressignificando energia como um movimento biomagnético (reikianos e bioenergéticos) ou um circuito elétrico integrado (acupuncturistas) ou como uma energia de cura cósmica (reikianos). Essa reflexão suscita o questionamento do quanto interessa às instituições abrir esse leque de reflexão ou manter o discente limitado a um único modelo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo determinista mecanicista newtoniano, base do modelo biomédico, encontra-se inviabilizado como modelo científico exclusivo, uma vez que notoriamente a totalidade não se reduz à soma das partes em que dividimos para observar e medir. Logo, o conhecimento do paradigma emergente tende a ser o conhecimento não dualista, que se funda na superação das distinções como natureza/cultura, natural/ artificial, vivo/ inanimado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, etc. Tão presente na ciência moderna e no conhecimento que avançou para a hiperespecialização do saber em saúde, pela restrição focal do objeto e que se organiza em disciplinas sob o domínio das fronteiras que a define. Não se vislumbra solução para essa questão sem enfrentar o paradigma dominante, tanto na concepção de saúde como na concepção de educação.

Propor e sustentar um novo paradigma são movimentos difíceis no meio acadêmico e requer muita capacitação e uma boa dose de coragem. Essas dificuldades tornam a formação nas PIC pouco sedutora e mesmo desmotivadora, num sistema de saúde focado na racionalidade biomédica, mercantilizado, corporativista e voltado principalmente para doenças.

Para garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica da integralidade se faz necessário investimento na graduação e em pós-graduação e o incremento de competências colaborativas para a superação do trabalho individual e hierarquizado no interior dos serviços de saúde.

O ensino em saúde oferecido de forma fragmentada, com conteúdo distante das necessidades de saúde da população e sem o atravessamento da bioética, tão necessário no trabalho em saúde, demanda humanização e compaixão no cuidado. Outro conjunto de dificuldade se estrutura no autocuidado do próprio profissional, pois extrapolam o campo da teoria demandando serem vivenciados na prática de trabalho; nos equipamentos de saúde como também na relação docente/discente.

São mudanças difíceis de serem implementadas, pois o modelo da biomedicina privilegia o trabalho individual e especializado. Assim, não basta superar o processo de formação em outra racionalidade distinta da hegemônica, mas a inclusão de um novo modelo de agir desses profissionais, capaz de produzir motivação para fugir do imobilismo que o sistema de saúde tem imposto sobre os trabalhadores.

O paradigma emergente, com as características do senso comum, mas interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade, composta das muitas rationalidades, mas com uma configuração de conhecimentos que faça a inversão da hierarquia e valorize os princípios populares, configurando uma ruptura epistemológica.

O desafio do modelo de ensino via internet, popularizado de forma explosiva durante a pandemia do novo COVID-19, entre 2010 e 2021, configura um campo a ser apropriado de forma urgente. A oferta de cursos de curta ou curtíssima duração com a promessa de capacitação virtual e habilitação de terapeuta pode levar ao descrédito a habilitação de muitas PICS.

A inclusão de outras rationalidades no currículo dos cursos da área de saúde requer o reconhecimento de saberes distintos do modelo e da supremacia científica, demanda mudanças importantes no processo de ensino e a superação de interesses econômicos na saúde.

Além das barreiras econômicas, ideológicas e conceituais, percebe-se majoritariamente nas instituições de ensino um corpo docente bem qualificado sob o ponto de visto técnico, pedagógico, porém raso e aquém dos anseios das verdadeiras necessidades dos atores sociais em contexto (usuários, profissionais de saúde e da população). A adequada capacitação docente para o ensino das PICS é de fundamental importância para viabilizar a ampliação da formação, considerando as necessidades sociais da população no ensino dos trabalhadores em saúde. Narrativas que expressam representações equivocadas e reducionistas são identificadas na simplificação de argumentos, que atribuem rótulos de misticismo, tratamento natural, tratamento coadjuvante de doenças crônicas ou psicossomáticas, efeito placebo e falta de fundamentação científica.

Nos cursos de formação na área da saúde a espiritualidade vem como uma nova perspectiva e ferramenta para superação da visão tecnicista vigente, destacando-se a diferenciação entre os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade, sendo a primeira a busca pessoal de entender questões relacionadas à vida, podendo ou não estar associada a práticas religiosas.

A incorporação das PICS no ensino em saúde favorece a possibilidade do cuidado ao usuário de uma forma mais humanizada sem negligenciar seus contextos sociais, emocionais e espirituais. Na perspectiva dos discentes, a literatura destaca que enriquece o processo formativo ampliando o conhecimento sobre o adoecimento e os recursos terapêuticos e expande a visão da integralidade da saúde e auxilia na superação da insegurança causada pelas constantes indagações dos pacientes sobre as PICS.

A ausência do conteúdo de PICS no ensino formal brasileiro configura uma lacuna que limita o profissional no que tange às possibilidades de tratamento e cuidados para a assistência integral ao usuário. A omissão deste conhecimento pode suscitar a configuração de um grave problema ético. Urge repensar essa problemática nas instituições de ensino.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 01) Como a fragmentação do modelo do ensino biomédico interfere no ensino de PICS?
- 2) Como o estado patológico pode representar um outro “normal”?
- 3) Quais as diferenças básicas entre o paradigma biomédico e o paradigma vitalista?
- 4) Como o princípio vital se expressa em cada racionalidade médica?
- 5) Explique como o modelo biomédico não se legitima como o único a explicar a ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Sylvia Helena da Silva. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, v. 30, n.1, abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIc-SUS /* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso /* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

BREILH, Jaime. *Critical Epidemiology and the People's Health*: Oxford University Press, USA; 2021.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A medicina ocidental contemporânea. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson F. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde – Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 15 - 47, 2012.

CAMPELLO, Maria Freire; LUZ, Hylton Sarcinelli. A racionalidade médica homeopática. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson F. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde – Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 73 -103, 2012.

CANGUILHEM, Georges. (1943). *O normal e o patológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CHEN, Teng; ZHANG,Wen Wen; CHU, Yu-Xia et al. Acupuncture for Pain Management: Molecular Mechanisms of Action. *American Journal Of Chinese Medicine*, v. 48, n. 4, p. 793-811, 2020.

CHRISTENSEN, Marisa Corrêa; BARROS, Nelson Filice de. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 34, n.1, p. 97-105, 2010.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Normal- Patológico, Saúde-Doença: revisitando Canguilhem. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Revista brasileira de educação médica*, v. 31, n. 1, p. 21 – 30, 2007.

D'ANGELO, Edson; CÔRTEZ, Janner Rangel. *Ayurveda- a ciência da longa vida*. São Paulo: Madras, 2018.

FERRER, J. *Medicina y Espiritualidad: redescubriendo una antigua alianza*. In: Bioética: um diálogo Plural (Homenaje a Javier Gafo Fernández). Madrid: Ed. Univ. Pontificia Comillas, p. 891-917, 2002.

FEUERWERKER, L. Educação dos Profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, v. 3, n. 1, p. 24 – 27, 2003.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 8a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

KHUDA-BUKHSH, Anisur Rahman. Towards Understanding molecular mechanisms of action of homeopathic drugs: an overview. *Molecular and Cellular Biochemistry*, v. 253, n. 1-2, p. 339-45, 2003.

LUZ, Madel T; BARROS, Nelson Filice. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

LUZ, Madel T; WENCESLAU, Leandro D. A Medicina Antroposófica como racionalidade médica. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson Filice. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 185-216, 2012.

LUZ, Daniel. Medicina Tradicional Chinesa, racionalidade médica. In. LUZ, Madel T.; Barros, Nelson F. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde – Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 103-152, 2012.

MARQUES, Evair A. Racionalidades médicas. In. LUZ, Madel T.; BARROS, Nelson Filice. orgs. *Racionalidades Médicas e práticas Integrativas em Saúde – Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, p. 153-184, 2012.

OLIVEIRA, Ines Barbosa. *Boaventura & a Educação*. 2^a ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PIMENTEL, Fábio. Vida como caminho: aprendizagem biocêntrica no estágio em terapias integrativas e complementares. *Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação*. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Rio Grande do Sul, 2013.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 451 - 464, 2007.

REGINATO, Valdir; DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, jan./abr. 2016.

SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SCHVEITZER, Mariana Cabral; MAEDA, Sayuri Tanaka. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n 1, jan/mar, p. 175 – 183, 2013.

SALLES, Léia Fortes; HOMO, Rafael Fernandes Bel; SILVA, Maria Júlia Paes. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 4, out/dez, p. 741-746, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. 8^a. ed., São Paulo: Cortez, 2018.

SILVA, Pedro Henrique Brito da et al. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 02, p. 399-408, 2021.

TANG, Yi-Yuan; HÖLZEL, Britta K; POSNER, Michael I. The neuroscience of mindfulness meditation *Nature Reviews Neuroscience*, v. 16, n. 4, nov, p. 213-225, 2015.

YUNG, Kaung-Ti. A birdcage model for the Chinese meridian system: part III. Possível Mechanism Of Magnetic Therapy. *American Journal Of Chinese Medicine*, v. 33, n.4, p. 589-97, 2005.