

As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas

Integrative and complementary practices in the health field: towards a decolonization of knowledge and practices

Maria Beatriz Guimarães^a

 <https://orcid.org/0000-0001-8554-600X>

E-mail: mblguima@gmail.com

João Arriscado Nunes^{b,c}

 <https://orcid.org/0000-0003-0109-8268>

E-mail: jan@ces.uc.pt

Marta Velloso^d

 <https://orcid.org/0000-0002-5265-0342>

E-mail: velloso.marta@gmail.com

Adriana Bezerra^a

 <http://orcid.org/0000-0002-5278-3727>

E-mail: afalangola@uol.com.br

Islândia Maria de Sousa^e

 <https://orcid.org/0000-0001-9324-4896>

E-mail: islandia@cpqam.fiocruz.br

^aUniversidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

^bUniversidade de Coimbra. Faculdade de Economia. Coimbra, Portugal.

^cUniversidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais. Coimbra, Portugal.

^dFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^eFundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Recife, PE, Brasil.

Correspondência

Maria Beatriz Guimarães

Universidade Federal de Pernambuco, Área Acadêmica de Medicina Social. Av. da Engenharia, s/n, bloco D, 1 andar, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP 50670-420.

Resumo

O manuscrito, em forma de ensaio, objetiva contribuir para o diálogo entre as abordagens das Epistemologias do Sul e o campo da saúde, com ênfase nas relações entre a biomedicina e os saberes e práticas tradicionais, complementares e integrativos. Essas relações são exploradas a partir da produção do conhecimento sobre as dimensões do saber, do poder e do ser na perspectiva da descolonização. Estudo de natureza teórico-conceitual. A **descolonização do saber** procura descolonizar a ciência e apropriar-se dela de forma contra-hegemônica, valorizar a interculturalidade, abrindo espaços para a inclusão dos diferentes tipos de saberes e práticas de cuidado. A **descolonização do poder** supõe a igualdade frente ao livre acesso e exercício dos diferentes tipos de recursos terapêuticos, deixando de tratá-los de forma marginal. A **descolonização do ser** incorpora práticas terapêuticas no campo da subjetividade, como a religiosidade/espiritualidade e as artes, sendo necessárias para a completude da pessoa. Dos encontros e articulações dessas dimensões emergem ecologias de saberes, abrindo o caminho à descolonização na saúde. O campo da saúde pública tem um papel central a desempenhar nesse processo, mas falta ampliar a sua concepção de saúde, incorporando a sua diversidade e pluralidade de saberes e práticas sociais.

Palavras-chave: Epistemologia; Descolonização; Saúde Pública; Terapias Complementares; Interculturalidade.

Abstract

This essay contributes to the dialogue between the approaches of Epistemologies of the South and the health field, focusing on the relationship between biomedicine and traditional, complementary and integrative knowledge and practices. Such relations are explored by using dimensions of knowledge, power and the self, based on the perspective of decolonization. This is a theoretical-conceptual study. The **decolonization of knowledge** aims to decolonize science and appropriate it in an anti-hegemonic manner to value interculturality, enabling the inclusion of different types of knowledge and care practices. The **decolonization of power** presupposes equality in the face of free access while performing different types of therapeutic resources, not considered as marginal forms of treatment. The **decolonization of the self** incorporates therapeutic practices in subjective areas, such as religiosity/spirituality and the arts, which are necessary to a whole conception of the person. Ecologies of knowledges emerge from the encounters and articulations of these dimensions, as a pathway for decolonization in health. The public health field has a central role in this process, but its conception of health must be broadened by incorporating diversity and plurality of knowledges and social practices.

Keywords: Epistemology; Decolonization; Public Health; Complementary Therapies; Interculturality.

Introdução

Este manuscrito, em forma de ensaio, é uma contribuição para o diálogo entre as abordagens pós-coloniais e, em particular, as Epistemologias do Sul, tendo como referência central os trabalhos de Boaventura de Sousa Santos e do programa de pesquisa por ele iniciado, e o campo da saúde, com ênfase nas relações entre a biomedicina enquanto espaço de saberes e práticas hegemônicas na saúde e os saberes e práticas geralmente reunidos sob a designação de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), denominadas no Brasil de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (Brasil, 2006).

Tais práticas de saúde têm longa história no contexto brasileiro, mas foi somente com a aprovação pelo Ministério da Saúde da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, que essa denominação passou a ser utilizada. Os sistemas e recursos terapêuticos contemplados neste ano na PNPIC incluíram a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, a medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia (Brasil, 2006).

Nos anos de 2017 e 2018 a PNPIC foi ampliada com a introdução de 24 novas práticas e recursos terapêuticos: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (Brasil, 2017a, 2017b, 2018). Com as novas práticas, ao todo, o SUS passa a ofertar 29 procedimentos à população. Entretanto, cabe ressaltar que esta ampliação não foi debatida com profissionais e pesquisadores da área, e não criou estratégias que visassem acolher as diversidades culturais do território brasileiro.

Mesmo considerando o avanço com a implementação dessa política na esfera pública brasileira, é importante destacar que ao não

incorporar a medicina tradicional indígena e as diversas formas de lidar com o processo saúde-doença em comunidades negras e em populações de comunidades periféricas urbanas, do campo, das águas e das florestas, a PNPIC mantém a invisibilidade que historicamente atravessa os saberes desses povos. Este fato reforça a hegemonia do saber/poder colonial diante das diversas formas de cuidado à saúde presentes na sociedade brasileira, mas que continuam na invisibilidade e sem reconhecimento por parte daqueles que formulam e implementam as políticas públicas.

Temos em conta a variedade de sistemas e recursos terapêuticos que compõem as PICS no SUS. Importa reafirmar a sua diversidade, todavia isto também é um desafio para o campo da pesquisa na medida em que incluiu práticas que não compartilham das mesmas cosmologias. Mas, para fins deste trabalho, podemos agrupá-las com o objetivo de identificar formas a elas associadas de subjetividade no campo da saúde que, por um lado, procuram romper com o caráter colonial da biomedicina e da sua monocultura e, por outro, apontam para práticas sociais, plurais, que diferem entre si, mas que podem reconhecer-se mutuamente, respeitando suas especificidades e relacionando-se de modo complementar (Guimarães et al., 2015). Esse processo pode ser descrito como um processo de **descolonização** de saberes e práticas.

O objetivo do ensaio é o de contribuir para o diálogo entre as Epistemologias do Sul e o campo da saúde, sinalizando como a dimensão colonial - pelo peso da sua herança histórica e pela persistência de concepções e práticas que marginalizam, invisibilizam, apropriam ou suprimem saberes e práticas não-hegemônicas - interfere na relação com as PICS nas políticas públicas e atravessa o campo da saúde, dominado por um processo de biomedicalização que tende a perpetuar a tensão com orientações da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva (Nunes, 2012). Essas relações são exploradas a partir da produção do conhecimento sobre as dimensões do saber, do poder e do ser, na perspectiva da descolonização de saberes e práticas. Trata-se de um estudo de natureza teórico-conceitual, por meio da análise bibliográfica e da experiência empírica dos autores com o tema, como profissionais das PICS,

gestores, docentes e pesquisadores da temática, há mais de 10 anos. Desse modo, o manuscrito inicia por uma síntese do tema a partir das proposições das Epistemologias do Sul. As outras partes contemplam as três dimensões trabalhadas: a colonização do saber no campo científico e a possibilidade de descolonização com as PICS, ao procurar valorizar a interculturalidade e a inclusão dos diferentes tipos de saberes e práticas de cuidado presentes na atualidade; a colonização do poder, expressa por meio do complexo médico-industrial, estruturado basicamente em torno da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e a possibilidade de descolonizar o poder na saúde supondo a igualdade frente ao livre acesso e exercício dos diferentes tipos de recursos terapêuticos; e a colonização do ser, expressa pela biomedicina na submissão da subjetividade a uma única forma de compreensão do processo de saúde e doença.

As Epistemologias do Sul e a descolonização de saberes e práticas

As Epistemologias do Sul procuram explorar as formas de relacionamento das ciências com outros saberes e experiências, argumentando que as linhas cartográficas “abissais”, que na era colonial separavam as metrópoles das colônias, ainda subsistem no pensamento moderno ocidental e são constitutivas das relações políticas e culturais, que marcam a divisão entre territórios ou zonas metropolitanas, caracterizadas pela tensão entre regulação e emancipação e a referência ao Estado de Direito, e os territórios e zonas coloniais, onde dominam a apropriação e a violência (Santos, 2007). Neste sentido, o pensamento científico da era moderna passou a responder exclusivamente aos problemas postos pela ciência, que detêm o monopólio da distinção universal entre o verdadeiro e o falso. Além disso, submeteu a filosofia, a teologia, as humanidades e as artes a um processo de subordinação da sua validação, enquanto formas de conhecimento, aos critérios próprios da ciência, desse modo relegando grande parte dos seus problemas e abordagens para o domínio dos saberes não-científicos. Mais crítica ficou a situação das outras formas de conhecimento que

se situam do outro lado da linha abissal, que não se encaixam em nenhuma dessas formas de conhecer, tornando-se invisíveis e subalternas, como é o caso dos conhecimentos populares, leigos, camponeses ou indígenas (Santos, 2008). Enfim, a exclusão de conhecimentos imposta pela ciência moderna recai sobre tudo aquilo que não pode ser mensurado e/ou avaliado por meio de seus critérios.

Vem ganhando maior visibilidade a proposta de uma outra epistemologia baseada nas experiências do Sul global, conforme a denominação de Santos (2002), e na ideia de que a compreensão do mundo não se esgota na compreensão ocidental. É a proposta do pensamento pós-abissal associado a uma ecologia de saberes, que propõe o reconhecimento da dignidade e da validade de todo saber. De acordo com Santos (2007) e Nunes (2008), trata-se de uma epistemologia pragmática, em que a avaliação de um determinado saber deve ser feita a partir de suas consequências ou efeitos, considerando sua condição situada e contextual. Nessa epistemologia deve-se levar em conta o modo como determinado saber se constitui a partir das experiências e lutas dos oprimidos, ou como é apropriado e afeta essas experiências e lutas, como acontece com diferentes formas de conhecimento científico. Esse é um critério central para a avaliação e validação dos saberes e das práticas que os produzem e mobilizam.

A ecologia de saberes consiste nas operações de validação dos diferentes saberes, ou seja, a validade de cada saber dependerá do modo como eles estão vinculados às condições práticas de sua produção e validação (Nunes, 2008), além dos modos de reprodução e apropriação na sociedade. Tal ecologia pretende não só superar a monocultura do saber científico, como também a ideia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico (Santos, 2002): “na ecologia de saberes a busca de credibilidade para os conhecimentos não-científicos não implica o descrédito do conhecimento científico. Implica, simplesmente, a sua utilização contra-hegemônica” (Santos, 2007, p. 26).

A ecologia de saberes propõe tirar da invisibilidade os diferentes saberes e práticas que estão no mundo, mas que são invisibilizados, desqualificados ou eliminados (sociologia das ausências), para criar formas de inteligibilidade e de tradução

- o procedimento que permite criar inteligibilidade recíproca entre as experiências do mundo. O trabalho de tradução incide tanto sobre os saberes como sobre as práticas (e os seus agentes). O intuito é restituir visibilidade à diversidade epistemológica existente, de modo a ampliar as experiências do presente (sociologia das emergências). Em alguns casos, quando não é possível integrar os diferentes saberes e práticas, deve-se privilegiar aqueles que garantam a maior participação social dos grupos sociais envolvidos, para que haja maior nível de colaboração (ecologia dos saberes) (Santos, 2007).

Cabe ressaltar que uma das principais inspirações das Epistemologias do Sul é a pedagogia de Paulo Freire (2011), educador brasileiro que se tornou pioneiro na desconstrução do olhar colonial ao tomar como ponto de partida a experiência dos excluídos e oprimidos (Santos, 2018). Freire (2011) postula o respeito por todos os saberes, compreendendo-os em suas diferenças. Para o autor, a construção do conhecimento não se faz somente com ciência e técnica, mas com diálogo e amorosidade, sendo um processo contínuo que ocorre de forma compartilhada.

As práticas educativas em saúde, baseadas em Freire (2011), buscam uma abordagem dialógica e emancipatória, com vistas à promoção da autonomia dos sujeitos, valorizando o saber do outro, a partir da compreensão de que o conhecimento é um processo de construção coletiva.

No pensamento freireano, a autonomia e o respeito pelas diferentes culturas e tradições são necessários aos processos de emancipação, como é postulado também nas Epistemologias do Sul. Entretanto, ao chamar atenção para a questão da amorosidade, Freire (2011) procura destacar um aspecto pouco valorizado e até mesmo rejeitado pelo conhecimento científico, mas essencial para que haja respeito e diálogo entre as diferentes culturas. O que o autor designa de amorosidade é ainda mais central no campo da saúde, enquanto condição de inclusão e de reconhecimento da diferença.

Colonialismo/descolonização do saber

O saber colonial assenta na hegemonia de um saber específico, representado pelo saber científico

- eurocêntrico -, que afirma como critério central a distinção universal entre o verdadeiro e o falso. O saber da ciência moderna é, portanto, identificado com a verdade, e subordina os outros saberes à sua lógica de dominação, deslegitimando-os, e fazendo crer que existe uma neutralidade do saber - epistêmico, filosófico e científico - centrado em uma única forma hegemônica (Quijano, 2005; Santos, 2008, 2018).

A consequência é a exclusão de todo o conhecimento que não pode ser mensurado e/ou avaliado por meio dos critérios científicos vigentes na época. Os saberes das humanidades, tais como os da filosofia e da teologia, também são submetidos ao processo de cientificação. E tem como consequência a exclusão dos problemas existenciais. Por fim, os saberes leigos, populares, indígenas, do senso comum tornam-se invisíveis e subalternos. E como consequência, temos a exclusão dos saberes tradicionais das diferentes culturas (Santos, 2008).

A **descolonização do saber**, por sua vez, procura descolonizar a ciência e apropriar-se dela de forma contra-hegemônica. Propõe conjugar os diferentes saberes, de forma a contextualizá-los e incorporá-los no campo das ideias (Martins; Benzaquen, 2017), por meio da ecologia de saberes (Santos, 2007).

Ao considerarmos o **colonialismo do saber** no campo da saúde, logo se percebem suas hierarquias de poder e modos de funcionamento na própria assimetria presente na denominação das diversas práticas de cuidado à saúde, como, por exemplo, os usos dos termos “alternativa”, “complementar” ou mesmo “tradicional”. A racionalidade biomédica da medicina ocidental contemporânea pode ser considerada como uma manifestação do colonialismo dos saberes no domínio do corpo, da saúde e da doença. Outras racionalidades em saúde, como a medicina homeopática, a medicina tradicional chinesa (Luz, 2012), e as medicinas indígenas (Andrade; Sousa, 2016), de matrizes africanas (Garcia, 2016), entre outras, são marcadas em sua diferença pela adjetivação, assinalando assim sua pertença a configurações de saberes distintos dos saberes eurocêntricos, com concepções de corpo, cura, saúde e doença distintos dos saberes hegemônicos da saúde biomedicalizada. Subjetividade, crença, magia e sugestão são algumas

designações dos saberes e práticas que resistem ou se autoexcluem dos critérios de cientificidade da biomedicina. Seu reconhecimento e sua validação pressupõem sua subordinação a esses critérios, sem atender às implicações das diferenças de visão de mundo, de corpo, de sujeito, de saúde/doença (Guimarães et al., 2015).

As práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil, principalmente ao se levar em conta os sistemas complexos que as envolvem, têm, como uma das suas características, a integralidade (Sousa; Hortale; Bordstein, 2018), que demanda uma visão ampliada das necessidades de saúde das pessoas. Ou seja, a resposta aos problemas de saúde deve integrar as suas mais diversas dimensões - físicas, psíquicas, sociais, espirituais -, no sentido de escapar aos reducionismos impostos pelo olhar da biomedicina. Calcada na epistemologia colonial, esta tende a considerar somente os aspectos biológicos/físicos e agudos do adoecimento, a reduzir o sujeito a objeto, e a fracionar o olhar sobre o corpo humano a partir das diferentes especialidades médicas, com forte ênfase, em períodos mais recentes, nos estudos de genética e genômica. A associação entre formas de conhecimento, prática clínica, recursos tecnológicos e farmacológicos, formas de organização, de financiamento, de regulação, de profissionalização e de trabalho que caracteriza a biomedicina contribuiu para a impessoalidade na relação profissional de saúde-paciente e o consequente afastamento do sujeito do seu processo de reestabelecimento da saúde (Clarke et al., 2010; Gaudillière, 2006; Lock; Nguyen, 2010; Nunes, 2012).

O saber da biomedicina, por ser o único conhecimento aceito pela comunidade científica da área da saúde, tornou-se o modelo e a “cartilha” a ser seguida, ou seja, o único saber capaz de resolver os problemas do processo saúde-doença e o único que tem a prerrogativa de definir o que é relevante no campo da saúde. A capacidade de reconhecer o estado de saúde ou de doença fica assim limitada ao discurso médico. Uma das consequências é a perda de competência reconhecida do sujeito de dizer-se sobre si mesmo. A fala do sujeito adquire importância apenas como pistas para o diagnóstico médico (Guimarães et al., 2014), ou, na psiquiatria, como sintoma do distúrbio ou doença.

Esses fatores têm levado a uma progressiva perda de autonomia dos sujeitos para lidar com as questões referentes às enfermidades e seus tratamentos, em um processo crescente de dependência da população para com as drogas e as prescrições da medicina institucionalizada. De acordo com uma corrente de autores, a saúde corresponde ao grau de autonomia que permite à pessoa exercer o controle de seus próprios estados biológicos e sobre as condições imediatas de seu ambiente, ou seja, a saúde é idêntica ao grau de liberdade vivida (Illich, 1975). Entretanto, alimentar uma terapia que estimule o sujeito a associar a sua doença a um processo de conhecimento de si mesmo é alimentar um conhecimento libertador e crítico, que pode não ser relevante para os interesses hegemônicos.

A hegemonia da biomedicina tem sido debatida, na medida em que nem sempre resolve os problemas apresentados pela população (Luz, 1997). Ao tratar o corpo como máquina, a biomedicina separou-o da alma e das emoções, fragmentando-o e atendo-se a cessar os sintomas de partes isoladas e específicas do corpo físico, o que levou a certa desumanização e tem sido apontado como um dos motivos do aumento da procura por outras formas de cuidado integral à saúde (Luz, 1997). Outro motivo também recorrente nas pesquisas refere-se ao caráter frequentemente invasivo dos exames e aos efeitos iatrogênicos de medicamentos e de terapias (Chan, 2008).

Por esses motivos cresce atualmente não só o interesse pelo estudo do potencial das MTCI, mas também a procura por esses tipos de terapias em todo o mundo. Pode-se relacionar o aumento da procura ao fato de muitas dessas MTCI serem menos invasivas, onerosas e medicalizantes que a biomedicina (Brasil, 2006; Sousa et al., 2012, Tesser, 2006). Muitas delas promovem ações que estimulam os potenciais de cura e de reequilíbrio dos sujeitos em busca do autoconhecimento, da prevenção e da promoção da saúde. Muitas MTCI trazem uma importante contribuição no tratamento das doenças crônicas e degenerativas, ponto alto do atendimento em saúde atual ou das próximas décadas associado ao envelhecimento da população (Tesser, 2009).

Somando-se a esses problemas, presencia-se, na sociedade atual, o crescente aumento do sofrimento difuso - que a epidemiologia veio a designar de

transtornos mentais comuns -, mal estar relacionado às expressões do adoecimento, manifestando-se por meio de uma diversidade de sintomas, tais como irritabilidade, insônia, ansiedade, nervosismo, angústia, dores no corpo, ocasionando diversas enfermidades, para as quais o sistema terapêutico da biomedicina não dispõe de recursos adequados, tendendo assim a medicar com psicofármacos as pessoas que delas sofrem (Lacerda et al., 2007). Pecebe-se que o recurso à medicalização não resolve o problema em sua totalidade e algumas vezes propicia a cronificação da pessoa, que fica dependente deste tipo de medicação, além de acobertar a discussão sobre os problemas socioeconômicos envolvidos na gênese do sofrimento e da formulação de práticas e políticas de saúde que atendam às necessidades da população (Fonseca; Guimarães; Vasconcelos, 2008; Lacerda et al., 2007).

Várias práticas terapêuticas integrativas podem contribuir com outras formas de solução ou alívio para o sofrimento, na contramão do processo de medicalização social e uso indiscriminado de tecnologias, uma vez que retomam o ambiente de cuidado à saúde, colocando o sujeito doente, e não a doença, no centro do paradigma médico. Assim ressitua a relação do terapeuta com o paciente como elemento fundamental da terapêutica (Tesser, 2006).

É o caso, por exemplo, da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), um recurso terapêutico para trabalhar com grupos, desenvolvido no Brasil há mais de 30 anos, e incluído na PNPIC. Por meio dessa técnica, realizada numa roda de conversa, procura-se partilhar experiências de vida e sabedorias a partir da escuta das histórias que ali são relatadas, onde todos se tornam corresponsáveis pela busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano. Busca-se acolher e ressignificar o sofrimento, dando origem a uma nova leitura que o transforme em crescimento. Nesse sentido, busca-se o resgate da autoestima (Barreto, 2005).

De acordo com o referido autor, o terapeuta comunitário constitui-se num facilitador do processo grupal, procurando trabalhar a competência das pessoas para realçar e valorizar o saber produzido pela vivência do outro, de acordo com os códigos culturais do grupo em questão. A TCI busca a

transformação pessoal a partir da descoberta do potencial que há em cada um(a) para a solução dos problemas. Com base nas experiências de vida, e ao se relacionarem com o saber científico e com outros saberes, os sujeitos produzem outros tipos de conhecimento (Guimarães; Valla, 2009).

Pode-se dizer que a TCI se constitui numa abordagem facilitadora do autoempoderamento, uma vez que potencializa os recursos individuais e coletivos, na medida em que o grupo se apropria das qualidades e forças que existem em potência nas relações sociais. Pretende ser, portanto, um instrumento de construção de redes de apoio social (Barreto, 2005), na medida em que as pessoas passam a ser mais resistentes ao adoecimento, sabendo que contam com apoio emocional contínuo e com a solidariedade do grupo (Guimarães; Valla, 2009).

O saber fundamental em sintonia com a perspectiva de descolonização dos saberes é aquele que diz respeito às formas do cuidado que permitem reconhecer as necessidades de cada usuário e de ter a habilidade de mobilizar as tecnologias pertinentes a cada caso (Mattos, 2004). A concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção de práticas eficazes (Pinheiro; Luz, 2003), que possam abarcar as mais diversas dimensões, com vistas não apenas a um êxito técnico, mas à obtenção de um sucesso prático. Ou seja, conforme sugere a ecologia de saberes, a validade de cada saber dependerá do modo como ele está vinculado às condições práticas de sua produção e validação (Nunes, 2008).

É importante ressaltar que tais sistemas e recursos terapêuticos não se apresentam como única via ou caminho, mas como uma possibilidade que amplia o cuidado em saúde. Não se pode negar todo o avanço técnico e científico que a biomedicina vem conquistando ao longo dos tempos em relação aos tratamentos das doenças e ao aumento na expectativa de vida dos sujeitos. A questão fundamental é que muitos dos problemas do processo saúde-doença que a população enfrenta não foram colocados pela biomedicina e esta sequer pode resolvê-los, tais como o sofrimento difuso, a violência e a cronicidade do adoecimento. Isto pode ser constatado na medida em que a maior parte dos

sofrimentos não tem uma nosografia biomédica. Portanto, a necessidade de mudar o foco se impõe. O olhar para os problemas de saúde deve vir a partir das pessoas que sofrem, em suas mais diversas dimensões, que ultrapassam o olhar da biomedicina. Procura-se outros olhares ampliados que abranjam, entre múltiplos aspectos, os itinerários terapêuticos, as redes de cuidados locais, como o apoio da família, dos grupos religiosos/espirituais, recreativos e artísticos.

Assim, é aberto todo um espaço de pesquisa no campo da saúde para investigar os recursos terapêuticos utilizados pela população - entre os quais as PICS se incluem - que podem contribuir na resolução dos problemas de saúde. Descolonizar o saber no campo da saúde significa abrir espaços para a inclusão das múltiplas e variadas formas de cuidado à saúde presentes na atualidade, sem que haja dominação de um saber sobre o outro. Descolonizar as PICS e outras formas contra-hegemônicas de cuidado é deixar de tratá-las de forma marginal e procurar validá-las por seus próprios meios de produção e validação. O saber pós-abissal no campo da saúde implica a criação de espaços de mútuo reconhecimento. A questão fundamental que se apresenta é como criar esses espaços.

Colonialismo/descolonização do poder

O poder colonial/moderno, segundo Quijano (2009), consiste numa complexa matriz que forma uma malha de microrrelações sociais de exploração/dominação/conflito articuladas em função da disputa que interliga formação racial, controle do trabalho, o Estado e a produção do conhecimento. Na perspectiva desse autor, a inclusão da categoria “raça” na classificação dos indivíduos nas relações de poder - apesar de sua produção e plena incorporação ser relativamente recente, tem apenas 500 anos, - consiste desde então na referência legitimadora fundamental do padrão de poder eurocêntrico que domina a humanidade. Os dominadores europeus são os de “raça branca”, e os dominados, de “raças de cor”.

No campo da saúde, o poder colonial se expressa por meio do complexo médico-industrial, estruturado basicamente em torno da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Este modelo dificulta o acesso a outras formas de cuidado à saúde que não estão estruturadas sob a égide deste complexo. Por outro lado, está em afinidade com a biomedicina, centrada na prática hospitalar, com foco nas especialidades médicas e que requer a utilização intensiva de tecnologias e de medicamentos.

Embora com viés colonial e colonizadora em certos aspectos, a Atenção Primária em Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família, ao focar sua atuação no território, domicílio e família, tende a minimizar a padronização de intervenções e procedimentos, e buscar atender as necessidades dos indivíduos e comunidades. Assim, apesar de estar fundamentada no modelo biomédico, sua atuação não está centrada no âmbito hospitalar e de equipamentos médicos, envolve a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. De acordo com Tesser e Sousa (2012), várias PICS têm afinidades com a proposta da APS em alguns aspectos, tais como: utilizam recursos comunitários de vários tipos, buscam meios terapêuticos mais simples, de baixo custo, despojados tecnologicamente, procuram estimular mecanismos naturais de cura e de reequilíbrio centrados nas capacidades dos pacientes/usuários e são satisfatoriamente efetivas sob o olhar de seus usuários. Isso explica o fato de a maior parte (70%) das PICS no SUS localizarem-se na APS (Brasil, 2006) e, internacionalmente, a APS ser a principal “porta de entrada” das PICS nos Sistemas Nacionais de Saúde. Essas propostas se afinam com a descolonização do poder no campo da saúde.

A **descolonização do poder** parte do reconhecimento da diversidade e diferença de culturas e de cosmologias, dos seus saberes e práticas. Mas exige também o reconhecimento das relações desiguais, de dominação e opressão entre diferentes saberes e culturas (Quijano, 2005; Santos, 2018). O Brasil, por conta de sua diversidade, com suas diferentes etnias e comunidades, abriga um “patrimônio cultural invejável por qualquer outro país do globo, contudo tem enormes desafios na efetivação do reconhecimento, legitimação e

respeito à diversidade” (Barreto, 2011, p. 8). Utilizar este patrimônio em prol de uma ética do cuidado e de valorização da vida e do potencial humano é o nosso desafio.

No campo dos cuidados em saúde, a descolonização do poder supõe a capacidade de, perante culturas e de saberes e práticas distintas do cuidado e da cura, respeitar a diferença e a integridade destas e, ao mesmo tempo, trabalhar de forma colaborativa e não-extrativista para a construção de configurações de saberes orientadas para a resposta a problemas situados. Isto implica, por um lado, encontrar formas de facilitar e promover o acesso a essas diferentes culturas do cuidado e da cura e aos seus recursos terapêuticos, problematizando as concepções hegemônicas do saber e da sua validação. Nos espaços que assim emergem, designados de ecologias de saberes e práticas de saúde, os cidadãos deverão ter o direito de escolher o modo de cuidado em saúde que melhor se adequa aos seus anseios e necessidades.

O cuidado como direito pode ser visto para além de um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como “direito de ser”. Pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos - respeitando as relações de etnia, gênero, religião e subjetividade - que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas (Pinheiro; Mattos, 2005). Pensar o direito de ser, portanto, é garantir acesso às outras racionalidades em saúde e práticas terapêuticas, a outras formas de cuidado que valorizam os afetos, as emoções, os desejos e as experiências, e que permitem aos sujeitos participar ativamente da decisão referente ao próprio tratamento terapêutico (Guimarães et al., 2014).

Com relação às PICS, a promulgação da PNPIC representou um avanço no sentido de assegurar o direito dos usuários na utilização dessas práticas, mas não foram previstos um plano de implementação e um orçamento específico que garantisse a sua manutenção e a formação continuada dos profissionais atuando nessas práticas, de modo que a política pudesse ter sido efetivamente consolidada.

Traço do colonialismo atual, os recursos públicos, em sentido geral, estão sob o domínio das instituições e serviços de saúde da biomedicina. Sem recursos financeiros, pouco se conseguiu avançar ao longo desses anos. O que se observa é que a implementação dessas práticas nos municípios tem sobrevivido na esfera pública como resultado do empenho e do esforço de diversos atores sociais - gestores, profissionais e usuários (Guimarães et al., 2015). A perspectiva do colonialismo do poder também está presente na legitimação e na institucionalização da formação dos terapeutas em PICS, uma vez que, em geral, tal formação é inserida como uma especialização das profissões da saúde e submetida à validação por meio dos parâmetros ditados pela biomedicina.

Há muito a fazer para criar espaços de emancipação, empoderamento, de articulação social e de respeito à cultura dos diferentes povos e etnias, de modo que suas tradições e práticas de saúde sejam valorizadas tais como são as práticas biomédicas. Neste sentido, a gestão participativa, a participação popular em conselhos de saúde e em organizações e serviços e o controle social são fundamentais tanto para abrir brechas de inserção da ecologia de saberes no campo da saúde quanto para mobilizar e articular os atores em suas reivindicações e conquista de direitos. Muito importante também é o investimento na produção de conhecimento, na formação e na educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde.

A criação de redes sociais, tecidas de forma horizontal, de modo a viabilizar a articulação, a reflexão e a comunicação entre os seus membros participantes é uma das formas possíveis de participação popular para o fortalecimento das ações sociais e da implementação de políticas públicas. Um exemplo é a criação da Rede Nacional de Atores Sociais em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (RedePICS)¹ que se deu durante o II Encontro Nordeste de PICS/Recife em 2015. Tem como missão integrar todos os atores sociais que trabalham, investigam, ensinam e estudam para fortalecer as práticas integrativas como uma

política de saúde pública, que inclui produção do conhecimento, formação e assistência (Guimarães et al., 2015).

Neste momento estão em pauta na RedePICS as possibilidades de articulação que possam ser sustentáveis e envolver os atores de forma dinâmica e sistematizada. A ideia é buscar a emancipação de todos os participantes na rede. O acompanhamento das ações da rede tem sido realizado levando em conta a capacidade de mobilização, o monitoramento da informação das ações, por meio de indicadores de oferta, utilização, normativas legais e orçamento, além de formação e tipos de inserção dos profissionais.

Salienta-se também a constituição da Red de Medicinas Tradicionales, Complementarias y Integrativas para las Américas, que está fazendo a gestão da Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de MTCI e base de dados associada,² a cargo do Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (Bireme), com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (Opas) e da OMS.

Colonialismo/descolonização do ser

A introdução da dimensão do ser na perspectiva da descolonização dos saberes surgiu a partir da reflexão sobre a relação entre a modernidade e a experiência colonial. De acordo com Maldonado-Torres (2009), a modernidade relaciona-se ao tempo, enquanto o expansionismo e o controle de terras relacionam-se ao espaço. O que o conceito de modernidade faz é esconder a importância que a espacialidade tem para a produção do discurso moderno, ao adotar uma perspectiva universalista. São considerados modernos os europeus, uma vez que as terras “descobertas”, que se tornaram colônias, são declaradas vazias ou desabitadas, sem gente, sem donos (na medida em que possuem uma cultura que não tem entendimento do que seja a propriedade privada), que não têm valores espirituais, de acordo com o pensamento europeu, e, por isso, são privadas de “racionalidade” (Maldonado-Torres, 2009).

1 Disponível em: <<https://bit.ly/zuWw55z>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

2 Disponível em: <mtci.bvsalud.org>. Acesso em: 21 fev. 2020.

A modernidade nunca existiu, nem pode vir a existir, sem a dimensão colonial que cria essas zonas de não-ser, segundo o termo de Fanon.

O **colonialismo do ser** opera, portanto, na subjetividade por meio das identidades que fixam e subjagam: o europeu, o ariano, o índio, o negro, demonstrando como o poder hierarquiza as identidades. A descolonização, por outro lado, procura valorizar a interculturalidade, permitindo que os sujeitos possam construir e ver reconhecidas mutuamente suas identidades de acordo com os seus contextos e possam se fortalecer na interlocução (Martins; Benzaquen, 2017).

Sugerimos que o **colonialismo do ser** no campo da saúde opera por meio da racionalidade biomédica. A biomedicina, estruturada com base no pensamento materialista/cartesiano, é um saber que necessita do visível, do concreto, com suas formas de medir, prever e calcular para sua comprovação. O foco prioritário é a doença como entidade física em detrimento do sujeito que sofre, portador de uma doença. E o objetivo maior é controlar e eliminar os sintomas das doenças.

Os sujeitos submetidos a este tipo de racionalidade constroem suas subjetividades e modos de lidar com o processo saúde-doença a partir desses parâmetros. Ou seja, a doença, identificada a uma lesão do corpo físico/biológico, não é vista em relação ao organismo como um todo e não está relacionada a um processo de autoconhecimento e de busca de autonomia, mas de dependência às prescrições médicas, aos exames diagnósticos, aos medicamentos e às intervenções cirúrgicas, quando necessárias.

Ao apresentarmos tais características do modelo biomédico não queremos imputar juízos de valor para o bem ou para o mal, mas reunir certas características que compõem um determinado tipo ideal (no sentido **weberiano** do termo), na medida em que há muitas e variadas nuances que se efetivam de diferentes modos, tanto no exercício profissional quanto nos modos de cuidar de si. O mesmo se pode dizer ao compormos o tipo ideal das práticas de saúde que se afinam com o que podemos designar, de modo geral, de paradigma vitalista, entre as quais se incluem várias PICS. Sugerimos que este paradigma tem afinidades com a perspectiva da **descolonização do ser** no campo da saúde.

A noção de vitalismo abrange diferentes posições e correntes, que têm em comum a referência a um princípio vital ou a uma concepção da vida indissociável do espírito, e que governa os fenômenos da vida (Nascimento, 2012). Por convocar fenômenos que não são redutíveis àqueles que são observáveis a partir dos aparelhos técnico-científicos que sustentam os saberes e fazeres da biomedicina, esta existe em tensão com as correntes vitalistas, que abrem espaços de problematização dos seus postulados e dos limites que eles impõem à compreensão do processo saúde-doença-cuidado. A saúde é concebida de forma holística ou como o resultado da dinâmica complexa de forças e processos heterogêneos, variando sua definição entre concepções convergentes, mas nem sempre coincidentes, de harmonia ou equilíbrio entre o corpo e o espírito e entre o sujeito e o seu meio ambiente. A dimensão subjetiva da existência humana é valorizada (Nascimento, 2012). Os medicamentos ou procedimentos adotados visam estimular o potencial de reequilíbrio do próprio ser, que inclui necessariamente um processo de autoconhecimento.

Na perspectiva vitalista, a doença é o resultado de um desequilíbrio de forças naturais e espirituais, compreendida como o rompimento da harmonia com a ordem cósmica em movimento (Luz, 2012). O processo de adoecimento é apresentado como uma oportunidade para que o organismo se reequilibre. Por isso é crucial o estímulo à participação ativa do sujeito frente a sua doença e ao processo de autoconhecimento.

Tal paradigma esteve presente na humanidade desde a Antiguidade. Hipócrates (460 a.C.-380 a.C.), sábio grego considerado o “pai da medicina”, inaugurava a ciência baseada na observação clínica. Ele considerava como causa das doenças o desequilíbrio entre o que chamava de humores: o sangue, a fleuma (estado de espírito), a bÍlis amarela e a bÍlis negra. Para Hipócrates, todo corpo trazia em si os elementos para sua recuperação. Mas, o conhecimento do corpo só seria possível a partir do conhecimento do homem como um todo. O homem representava o microcosmo e o universo o macrocosmo. O microcosmo deveria se encontrar em harmonia com o macrocosmo. O corpo humano deveria estar equilibrado com seu ambiente externo.

No seu estudo sobre “ares, águas e lugares”, ele expõe as influências do ambiente na saúde do homem, ressaltando como fatores essenciais para uma vida saudável a água isenta de impurezas e o ar puro. Foi somente com a ciência moderna, que o paradigma vitalista passou a ser desconsiderado.

Para avançarmos mais no sentido da **descolonização do ser** no campo da saúde, outros saberes e práticas de cuidado à saúde, afinadas com a perspectiva vitalista e considerando sua diversidade, devem ser incorporadas, como os campos da religiosidade/espiritualidade e das artes (Santos, 2018). Ambas se constituem em práticas terapêuticas, uma vez que produzem mutações no campo da subjetividade.

Guimarães (1996) assinala que a experiência religiosa/espiritual, além de produzir mutações no campo da subjetividade, é em si mesma produtora de significados, quando se compreende a experimentação como uma questão central que articula os pontos de vista ético, cultural, religioso e político. Segundo a autora, a procura por práticas simbólico-religiosas está inserida, na maior parte das vezes, na busca de autoconhecimento.

A demanda pelas religiões, como forma de resolver problemas de saúde, nunca deixou de fazer parte da sociedade brasileira, e atualmente mostra sinais de grande crescimento. Apesar da dominação histórica do catolicismo, é grande o número de fiéis no Brasil que recorre a centros espíritas, terreiros de Umbanda, Candomblé e, mais recentemente, a cultos evangélicos. Entretanto, durante muito tempo as religiões afro-brasileiras não puderam ser exercidas no Brasil, devido às proibições impostas pelo poder colonial. Por serem religiões sincréticas, eram olhadas com suspeição, e seus adeptos perseguidos por lhes serem atribuídas práticas como a magia negra, curandeirismo e outras julgadas como fontes de mal ou perversão.

A Umbanda, por exemplo, é uma religião eminentemente brasileira, que congrega elementos de proveniência heterogênea e etnicamente diversos. Na concepção umbandista, assim como na espírita kardecista, a doença - seja ela física ou espiritual - provém do espírito. O corpo físico é apenas um mata-borrão ou um fio terra; o que dá vida ao corpo é o espírito. A saúde é a harmonia com as forças da

natureza. O surgimento da doença está relacionado à desarmonia da pessoa com o meio ambiente e/ou com a sua própria natureza, ou seja, com os seus desejos e sentimentos profundos (Guimarães, 1996).

A mediunidade é a experiência espiritual por excelência na Umbanda. O corpo é visto como um “aparelho” para que as forças espirituais possam se expressar, por meio da incorporação ou possessão, da psicografia e de outras formas. É por intermédio da incorporação que a religião se concretiza e se atualiza. A possessão diz respeito à mudança radical que se processa nas pessoas por intermédio do transe, que representa a tensão paradoxal de uma pessoa, em sendo ela mesma, poder se apresentar com muitas faces (Guimarães, 1996). A possessão permite ao indivíduo viver aspectos múltiplos da sua identidade pessoal e, dessa forma, pode ser compreendida como uma experiência espiritual terapêutica. Segundo Augras (1983), o transe situa-se como um dos momentos que articulam a progressiva construção da identidade do adepto, enquanto indivíduo singular e suporte da divindade. No caso da Umbanda, os fiéis incorporam quatro tipos principais de “entidades” ou “categorias de espíritos”: caboclo, preto-velho, criança e exu.

A **descolonização do ser** opera também por meio das artes, na medida em que elas são necessárias para a completude do indivíduo, pois contribuem para satisfazer o seu desejo de se integrar à realidade. Segundo Fischer (1987), se a natureza do ser humano se restringisse a ser um indivíduo, isso seria absurdo e incompreensível, porque ele já seria um todo pleno. O desejo do humano de se desenvolver e se completar sinaliza que é mais que um indivíduo. Ele percebe que só pode atingir sua plenitude quando se apodera das experiências alheias que potencialmente lhe dizem respeito e que poderiam ser dele. O que uma mulher ou um homem sentem como potencialmente seu envolve tudo aquilo de que a humanidade, como um todo, é capaz. A arte é o caminho imprescindível para essa união do indivíduo com o todo, pois reproduz a imagem da infinita capacidade humana para a associação, para a circulação de experiências e ideias.

Para desenvolver seu potencial de criação, os seres humanos necessitam de um ambiente propício, onde possam ter espaço para prosperar sua

singularidade e reintegrá-la à realidade relacional por meio de atividades culturais, sociais e políticas. Esse espaço é, pois, um interno imerso e fundado no mundo.

Considerações finais

É neste contexto que a ecologia de saberes que emerge das MTCI/PICS está constituindo um paradigma no campo da saúde que pode superar o positivismo cartesiano, permitindo que outras dimensões, tais como a emoção, a intuição e a sensibilidade tenham um papel tão importante quanto o intelecto. Ao não incorporar essas outras dimensões no cuidado à saúde, corremos o risco de não contemplar a totalidade da vida, não sendo, com isto, fiel à completude do real, uma vez que muitos problemas de saúde que a população enfrenta não fazem parte da alçada da biomedicina e esta não tem recursos para resolvê-los.

Portanto, integrar de forma complementar, consciente e responsável diferentes recursos terapêuticos, que se encontram subalternizados na sociedade, amplia as possibilidades de enfrentamento aos problemas de saúde. Dos encontros e articulações dessas dimensões emergem ecologias de saberes, abrindo o caminho à descolonização na saúde. O campo da saúde tem um papel central a desempenhar nesse processo, mas falta ampliar sua concepção de saúde incorporando a sua diversidade e pluralidade de saberes e práticas sociais, de modo a possibilitar um cuidado que envolva diferentes paradigmas.

A insuficiência no financiamento, na formação e na pesquisa em PICS, bem como a pouca ou a não legitimação e institucionalização de determinadas práticas integrativas revelam outros modos de colonialismo do poder no sistema público de saúde, sendo necessárias novas análises e reflexões.

E, neste sentido, apesar de toda a potência descolonial e de diversidade que envolvem as MTCI/PICS, sua inserção e desenvolvimento no SUS ainda enfrentam desafios, visto que ao não serem reconhecidos os saberes e práticas tradicionais, provenientes das matrizes africanas e indígenas, o colonialismo tende a se reproduzir. Cabem, neste sentido, novas reflexões e estudos que problematizem a perspectiva colonial - ditadas pelo padrão científico

- presente no interior do campo em que as PICS se encontram, de modo que possam reconhecer outras tradições e possibilidades de compreensão e de atuação nos processos de saúde-doença.

Referências

- ANDRADE, J. T.; SOUSA, C. K. S. Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedialidade. *Anuário Antropológico*, Brasília, DF, v. 41, n. 2, p. 179-202, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/37qiSit>>. Acesso em: 8 out. 2019.
- AUGRAS, M. *O duplo e a metamorfose: a identidade mítica em comunidades nagô*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- BARRETO, A. F. (Org.). *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.
- BARRETO, A. P. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
- 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*. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jan. 2017a.
- BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mar. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Inclui novas práticas

- na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mar. 2018.
- CHAN, M. *Address at the WHO Congress on Traditional Medicine*. Pequim: WHO, 2008.
- CLARKE, A. et al. (Org.) *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S.* Durham: Duke University Press, 2010.
- FISCHER, E. *A necessidade da arte*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- GARCIA, C. P. Saúde e doenças na religião de matrizes africanas. *Fragments de Cultura*, Goiânia, v. 26, n. 2, p. 249-259, 2016.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. *La médecine et les sciences: XIXe-XXe siècles*. Paris: La Découverte, 2006.
- GUIMARÃES, M. B. L. Umbanda e Santo Daime na 'Lua Branca' de Lumiar: estudo de caso de um terreiro de umbanda. *Religião & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 124-139, 1996.
- GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V. Terapia comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir de encontros com agentes comunitários de saúde. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 32., 2009, Caxambú. *Anais...* Caxambú: Anped, 2009.
- GUIMARÃES, M. B. L. et al. Racionalidades e cuidados em saúde. In: MARTINS, P. H. et al. (Org.) *Guía sobre post-desarrollo y nuevos horizontes utópicos*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora, 2014. p. 195-204. Disponível em: <<https://bit.ly/3bDjLYh>>. Acesso em: 8 out. 2018.
- GUIMARÃES, M. B. L. et al. Práticas integrativas e sofrimento difuso: perspectivas descoloniais. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, 30., 2015, San José. *Anais...* San José: Alas, 2015.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS, 2007. p. 249-262.
- LOCK, M.; NGUYEN, V.-K. *An anthropology of biomedicine*. Londres: Wiley-Blackwell, 2010.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.) *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: IMS: Lappis, 2012. p. 15-24.
- MALDONADO-TORRES, N. A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento: modernidade, império e colonialidade. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.) *Epistemologias do sul*. Coimbra: Almedina, 2009. p. 337-382.
- MARTINS, P. H.; BENZAQUEN, J. F. Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais. *Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE*, Recife, v. 2, n. 11, p. 10-31, 2017.
- MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004. p. 119-132.
- NASCIMENTO, M. C. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.) *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: IMS: Lappis, 2012. p. 343-356.

NUNES, J. A. O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 80, p. 45-70, 2008.

NUNES, J. A. Embodied expectations: the somatic subject and the changing political economy of life and health. In: CALDAS, J. C.; NEVES, V. (Org.). *Facts, values and objectivity in economics*. Nova York: Routledge, 2012. p. 126-137.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023*. Genebra: OMS, 2013.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS: Abrasco, 2003. p. 9-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc: Abrasco, 2005.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 227-278.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. S.; MENEZES, M. P. (Org.). *Epistemologias do sul*. Coimbra: Almedina, 2009. p. 73-118.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 63, p. 237-280, 2002.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 78, p. 3-46, 2007.

SANTOS, B. S. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 80, p. 11-43, 2008.

SANTOS, B. S. *O fim do império cognitivo*. Coimbra: Almedina, 2018.

SOUSA, I. M. C.; HORTALE, V. A.; BODSTEIN, R. C. A. Medicina tradicional complementar e integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3403-3412, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2PcLh1J>>. Acesso em: 8 out. 2019.

SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares em saúde: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-54, 2012.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares em saúde e suas afinidades eletivas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

Contribuição dos autores

Guimarães concebeu e redigiu o estudo. Nunes supervisionou. Nunes, Velloso, Bezerra e Sousa debateram as ideias e contribuíram na redação do texto. Todos os autores discutiram os resultados, revisaram e aprovaram a versão final.

Recebido: 17/10/2019

Aprovado: 22/11/2019