

PARADIGMAS CIENTÍFICOS E AS CIÊNCIAS DA SAÚDE: AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A PESQUISA DA AUTOCONSCIÊNCIA

Fernanda Cabral Schweitzer

Mariana Cabral Schweitzer

RESUMO. Neste artigo apresentamos os diferentes paradigmas científicos e a sua relação com as Ciências da Saúde, considerando diferentes concepções de saúde e cuidado e formatos de pesquisa científica. Em particular, abordamos as práticas integrativas e complementares e a sua potencialidade de incluir a autoconsciência nas pesquisas, a partir da compreensão de diferentes racionalidades médicas, da individualização do cuidado e da dimensão energética. Por fim, analisamos dificuldades e potencialidades para realizar pesquisas sobre práticas integrativas e complementares, explicitando sua aproximação com a pesquisa Conscienciológica, e discutindo ferramentas que podem favorecer o estudo da autoconsciência.

PALAVRAS-CHAVE: Paradigmas científicos, Práticas integrativas e complementares, Autoconsciência, Saúde consciencial, Conscienciológica.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, os diferentes paradigmas científicos interferem nas pesquisas que abordam a autoconsciência. O fortalecimento do método e da razão, enquanto racionalidade científica dominante durante a era moderna, distanciaram as pesquisas do campo da subjetividade. O grande desenvolvimento das técnicas estatísticas, em fins dos anos 40, relegou para segundo plano os métodos de pesquisa que pareciam demasiadamente ligados às influências da psique individual (QUEIROZ, 1987).

Entretanto, há divergências quanto à concepção de mundo. Enquanto realistas defendem um mundo material que existe independente dos observadores, idealistas argumentam que o mundo existe fundamentalmente em nossas mentes. Essas diferentes formas de perceber o mundo influenciam a escolha de pesquisadores por métodos de pesquisas, no primeiro caso, quantitativos e no segundo, qualitativos. Ao perceber essa relação epistemológica pode-se entender o problema filosófico ao tentar combinar realismo/positivismo com construtivismo/interpretativismo (ROLFE, 2006).

Fenômeno semelhante ocorre entre os diferentes paradigmas científicos em saúde e a escolha por desenhos de pesquisa qualitativos e quantitativos. Nesse contexto, as práticas integrativas e complementares (PIC) e o paradigma consciencial podem trazer elementos importantes para promover essa busca pela pesquisa da autoconsciência e para repensar paradigmas.

Este artigo tem os objetivos de discutir os paradigmas científicos na área da saúde, apresentar dificuldades e potencialidades para realizar pesquisas sobre práticas integrativas e complementares, explicitar sua aproximação com a pesquisa Conscienciológica e também demonstrar ferramentas que podem favorecer o estudo da autoconsciência.

1. PARADIGMAS CIENTÍFICOS E AS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Inicia-se a discussão sobre os paradigmas científicos e as ciências da saúde primeiramente a partir de Descartes e a sua busca da verdade por meio da razão. Este autor apresentou em seu livro, *Discurso do Método*, a possibilidade de se alcançar um conhecimento indubitável, que podia ser reproduzido coletivamente sem ser dogmático, mas sim livre e metódico. Assim, o autor demonstrou existir uma experiência de verdade no método e defendeu essa forma de fazer ciência como uma atividade libertadora, capaz de livrar a sociedade de verdades tidas por eternas (ROSENFELD, 2005).

Nessa direção, caminhou a era moderna, reconhecendo o método e a razão como racionalidade científica dominante. Todavia, Lawn (2006) defende que se essa fixação permanecer no método, pode-se ofuscar formas alternativas de buscar a verdade, além de influenciar, na esfera das ciências humanas, uma visão de homem como ser puramente racional (e material).

Gadamer, como muitos outros filósofos do século XX, também questionou o racionalismo científico, uma vez que não se pode pensar na verdade apenas em relação à razão proposta pelas ciências positivistas (LAWN, 2006). A direção comunicativa da linguagem pode também ser um caminho para buscar a verdade. Pode-se buscar rastrear pela linguagem como as pessoas entendem o mundo ou seu estado de saúde. Para Gadamer, a linguagem é um dos mais poderosos meios para colocar um ser humano em contato com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre (AYRES, 2008).

A razão pode também buscar a validade nos discursos; a verdade na linguagem. Fazer a linguagem circular pode permitir uma maior emancipação do sujeito e, assim, fazê-lo repensar seu papel na sociedade. Dessa forma, pode-se refletir que nenhum método ou conceito garante a verdade, e esta só será encontrada por meio do diálogo. A verdade, portanto, é uma forma de relação consigo mesmo e entre os sujeitos, com o mundo. Por isso, deve-se buscar métodos que favoreçam o uso da linguagem na busca da verdade (PINZANI, 2009; AYRES, 2001).

A proposta é resgatar a práxis nas ciências da vida para melhorar as relações entre os envolvidos, uma vez que a razão objetiva sempre será uma forma de subordinar os sujeitos a uma só forma de ver o mundo (PINZANI, 2009). Entende-se, todavia, que há momentos estratégicos que se deve aplicar o paroxismo instrumental da razão (relação causa-efeito), especialmente no controle da doença, sejam sintomas, patogênese, infecção ou epidemias. Mas essa utilização não é suficiente para todas as áreas da saúde, visto não ser possível restringir o mundo da vida pela racionalidade sistêmica vigente, cartesiana-dominante (PINZANI, 2009; AYRES, 2001).

Habermas (1984) propõe uma linguagem que inclui os sujeitos na verdade a partir de um fenômeno, por meio do diálogo, promovendo o agir comunicativo como forma de ir além da razão instrumental, característica do paradigma cartesiano-newtoniano-materialista. Dessa forma, o trinômio razão-linguagem-fenômeno pode orientar as pesquisas da área da saúde na busca da verdade, a partir de diferentes desenhos de pesquisas quantitativas e qualitativas.

Nas práticas de saúde deve-se buscar a construção dialógica da razão em uma prática investigativa menos mecanicista-normativa e mais focada no cuidado, valorizando experiências que permitam entender a complexidade do ser humano a partir do diálogo, da integralidade, da autopesquisa, das bioenergias, do parapsiquismo, da multidimensionalidade, da holossomaticidade e da Evolucionologia (GUIMARÃES, 2013).

O cuidado pode ser compreendido como um traço humano, um imperativo moral, uma intervenção terapêutica caracterizada pela sensibilidade interpessoal (FINFGELD-CONNETT, 2007). Se pensar no triângulo *Episteme-Techne-Praxis*¹, deve-se buscar integrar todas as partes no processo de cuidado. Sendo necessário repensar a referência normativa proposta nas duas primeiras esferas como suficiente e encarar também a *Praxis* como determinante para uma verdadeira ação em saúde, que demanda ao mesmo tempo êxito técnico e sucesso prático.

Nesse processo, a intervenção se posiciona no objeto de cuidado, na relação profissional-usuário, por meio de uma relação dialógica que respeita os diferentes saberes dos envolvidos e sem o critério normativo como sinônimo de sucesso das práticas de saúde (AYRES, 2001).

A atual busca da ciência por verdades descoladas da prática pode se distanciar do objeto de cuidado. Assim, defende-se uma dialética de pergunta e resposta para lidar com o mundo. E, também, uma ciência que busque compreender os processos do outro e da sociedade, a partir de diferentes métodos, sem exclusividade de nenhum.

1 No trinômio *Episteme-Techne-Praxis*, o plano epistemológico refere-se à esfera da teoria, do conhecimento. A técnica engloba a produção de instrumentos e também de talentos e atitudes. A Praxis, ou sabedoria prática, busca valores e caminhos para uma convivência humana satisfatória. Aristóteles admitia que a teoria guarda uma grande proximidade com a sabedoria prática, porém não se funde completamente a ela (AYRES, 2008).

Uma produção de conhecimento de caráter exclusivamente quantitativo, pode prejudicar a capacidade de apreender a natureza do mundo do usuário e do cuidado, por isso defende-se o compromisso de preparar os profissionais para construir conhecimento a partir de diferentes abordagens metodológicas que os aproximem de seu objeto de investigação. E, dessa forma, possibilitar o avanço da prática clínica (PRADO, 2008).

Sendo assim, um dos maiores avanços alcançados recentemente em pesquisas é a visão que a pesquisa qualitativa permite explorar nas práticas de cuidado, enriquecendo a construção das disciplinas e questionando com argumentos o dogma da pesquisa positivista (MALVAREZ *et al*, 2006).

Para Minayo e Sanchez (1993), do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica que a outra, pois o conhecimento científico é sempre uma articulação entre uma teoria e uma realidade empírica, e o método é o fio condutor para formular essa ligação. Dessa maneira, a cientificidade deve ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas rígidas.

E ao trazer o debate do qualitativo para o campo da saúde, Minayo (2004) destaca que, no que concerne à problemática teórica e metodológica, ao ampliar suas bases conceituais, as Ciências da Saúde não se tornam menos científicas. Pelo contrário, elas se aproximam com maior clareza dos fenômenos estudados e da produção do conhecimento.

Uma vez que não existe cuidado ideal, mas sim uma troca de saberes entre os envolvidos no processo e que juntos poderão deliberar pela melhor tomada de decisão. A partir de uma leitura linguística do mundo, capaz de conectar linguagem e ação, já que quanto mais consciente o uso da linguagem, melhor a relação entre o que é falado e o que é realizado. Buscando-se, assim, a sabedoria praxica e também o acrônimo *pensene*, englobando pensamento, sentimento e energias pessoais (GUIMARÃES, 2013).

Quando se fala em saúde, deve-se sempre questionar qual tipo de saber está sendo discutido, pois o abandono de uma referência normativa é difícil para o humano. Deve-se construir conceitos que demonstrem a relação *Episteme-Techne-Praxis*. Já que a linguagem é uma forma de se relacionar com determinado assunto, consigo mesmo e com os outros, e será mais válido quanto mais provocar o diálogo.

Dessa forma, novamente volta-se a Gadamer que propõe viver o acontecer do diálogo, por meio do uso e da apropriação da linguagem. Todavia, todos nascem em um mundo cheio de significados. E por isso é importante destacar que a linguagem nem sempre é aplicada na busca da verdade, pois é dependente do humano (AYRES, 2008).

A busca da verdade vai depender da superação das fraquezas humanas e das distorções sistemáticas da comunicação para determinados interesses, ou seja, da intencionalidade, e dos traços-força (trafores), traços-fardos (trafares)

e traços-faltantes (trafais) dos sujeitos. Assim, vale destacar a racionalidade do diálogo na prática e na produção do conhecimento.

Deve-se compreender a conveniência de uma medicina baseada em evidências como forma de manter a estrutura da ciência (somente nas esferas *Episteme-Techne*) e como autoridade para orientar a tomada de decisões em saúde, sem, entretanto, desconsiderar sua limitação. Deve-se buscar a mudança na produção de conhecimento que compreende a ligação da verdade com a linguagem e buscar compreender a saúde a partir dos significados que os humanos conferem a esse fenômeno. Em uma perspectiva multidimensional, abandonando a ideia de doença apenas como distúrbio morfofuncional, com vistas a individualizar o cuidado e compreender o equilíbrio dinâmico e a autoconsciência como potencialidades para a vida e para a evolução.

Retoma-se, assim, o conceito de saúde proposto pelos grandes filósofos gregos, como Aristóteles, Platão e Hipócrates: a saúde entendida não como algo que o médico traz por si só, mas sim algo que só pode acontecer por meio do médico ajudando a natureza a curar a si mesma. Saúde enquanto a autorrestauração do equilíbrio, sendo que o papel do médico é permitir os meios necessários para que este estado de equilíbrio se restabeleça sozinho a partir de si mesmo (SVENAEUS, 2003).

A saúde entendida como estado de equilíbrio e o papel da equipe de saúde compreendido como facilitadores do processo de cuidado, não restrita ao controle de sintomas. Segundo Ayres (2001), a atitude cuidadora deve se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Ambos, trabalhadores e usuários, são responsáveis pela construção do cuidado, ao trocar, além de sinais e sintomas, fatos, emoções e sentimentos, sendo esse um processo dinâmico, uma vez que “cuidar é ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde, a partir de criação, cultivo e manutenção de laços de confiança e vínculo” (ZOBOLI, 2009, p. 201).

Dessa maneira, entende-se que, no processo de trabalho, a forma como o trabalhador compreende saúde irá influenciar, além de outros fatores, na forma como o cuidado é prestado. Também o domínio das energias conscienciais, da assimilação e desassimilação simpática poderão influenciar no resultado do cuidado. Algumas concepções são mais coerentes com determinados tipos de atenção, por exemplo, as práticas integrativas e complementares parecem mais condizentes com a concepção de saúde integral a partir da qual defendem um cuidado holístico. A multidimensionalidade, as bioenergias e a Serioxologia, com a saúde consciencial alicerçada na Conscienciologia.

2. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A Medicina se desenvolveu na Modernidade com características fundamentais que impulsionaram o que veio a ser o paradigma biomédico. O descobrimento de vários organismos patogênicos de doenças e o desenvolvimento da

Bacteriologia e dos antibióticos contribuíram para consolidar a noção de unicausalidade da ciência cartesiana na prática médica (BARROS, 2008).

Dentre as características criticadas por Barros (2008), no modelo biomédico, destacam-se 3 aspectos, listados a seguir: baixa capacidade de socializar os conhecimentos com a população e com outras racionalidades; assimetria e autoritarismo, ao apresentar relações desiguais e com caráter de dominação justificadas pela autonomia e competência técnica do profissional; participação passiva e subordinada do paciente e a exclusão do conhecimento do paciente, de suas representações, usos e costumes populares em relação ao processo saúde e doença.

Ao absorver o mecanicismo e o organicismo provenientes da Física e da Biologia, a Medicina emergiu como uma ciência moderna, na qual as doenças e as curas passaram a ser observadas sob essas leis, sem nenhuma interferência contaminadora da subjetividade do doente. O ato terapêutico pode ser explicado, exclusivamente, pela intervenção química ou física em diferentes partes e estruturas do organismo para eliminar a doença. Essa concentração do olhar científico em partes cada vez menores acabou por levar à perda da abordagem do paciente como ser humano integrado (QUEIROZ, 2006).

A partir da segunda metade do século XIX, pesquisadores em Saúde Coletiva, ao propor os modelos da história natural da doença e de determinantes sociais, impulsionaram mudanças incluindo a interdisciplinaridade e a multicausalidade no paradigma biomédico. Uma dialética que considera como os diversos tipos de fatores determinantes da saúde-doença se influenciam reciprocamente, abriu uma nova possibilidade de entendimento da complexidade biopsicossocial do ser humano (PUTTINI, 2010).

Ainda na segunda metade do século XX, houve forte pressão dos movimentos contracultura² sobre o campo da saúde, ao projetar técnicas alternativas e complementares e racionalidades do paradigma não biomédico (BARROS, 2008), e promover o resgate da capacidade natural de autopromoção de saúde pelo indivíduo (QUEIROZ, 2006).

O renascimento das “medicinas alternativas” pode ser entendido como um fenômeno social. Por Medicina Alternativa, entende-se as racionalidades e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista (QUEIROZ, 2006).

De modo geral, as medicinas alternativas criticam, na Medicina Alopática, o reducionismo biológico, o mecanicismo e o primado da doença sobre o doente. Elas promovem um tratamento realizado com base no compromisso com a população, que respeita seus símbolos e visões de saúde e doença, com uma perspectiva necessariamente holística, sistêmica e interdisciplinar (QUEIROZ, 2006).

2 Esses movimentos opunham-se à sociedade de consumo, à burocracia e à modernidade em geral, preconizando também o desenvolvimento sustentado e a qualidade de vida (QUEIROZ, 2006)

Diante da confusão de termos para designar essas práticas, pode-se falar que, atualmente, existem três paradigmas (macroestruturas analíticas) principais no campo da saúde: biomédico ou alopático; não complementar e complementar. Cada um desses paradigmas possibilita a subsistência de modelos oficiais, alternativos ou complementares (BARROS, 2008).

O modelo oficial, vigente e hegemônico é o paradigma biomédico ou alopático, cartesiano-newtoniano-materialista, uniausal, biologicista. Quando este modelo é associado a “sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, ch’i gong, dentre outras)”, essas práticas são chamadas complementares (TESSER e BARROS, 2008, p.918). Quando essas práticas são usadas no lugar de uma prática biomédica, são consideradas alternativas.

O paradigma não complementar encontra-se, predominantemente, no modelo alternativo, que reconhece a existência de diferentes racionalidades médicas, por exemplo, Homeopatia e Acupuntura, e também das práticas alternativas e complementares, como a Iridologia e a Cromoterapia (BARROS, 2008).

O conceito de racionalidades médicas foi proposto nos anos 90, a partir do conjunto de estudos comparados de sistemas médicos complexos. Toda racionalidade médica inclui seis dimensões teórico/práticas complexamente estruturadas (LUZ, 2006):

1. morfologia humana (anatomia, fisiologia);
2. doutrina médica que conceitua doença, tratamento e cura;
3. sistema diagnóstico;
4. sistema terapêutico; e
5. cosmovisão (base fundamental).

Os sistemas complexos analisados que se encaixaram nessas dimensões foram a Medicina ocidental contemporânea ou Biomedicina; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurvédica. Essas distintas racionalidades efetivamente coexistem e interagem na cultura contemporânea (LUZ, 2006).

A partir da metade do século XX, a saúde passou a ser concebida como resultado de um bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de doença. Desde 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou a utilização de práticas terapêuticas alternativas e não institucionalizadas pelo sistema de saúde, além de reconhecer seus praticantes como importantes aliados na organização e implementação dessas medidas para aprimorar a saúde da comunidade (QUEIROZ, 2006).

A OMS denomina o campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). Desde a década de 70, essa organização incentiva os Estados-Membros a formularem

e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada de MT/MCA na Atenção Primária à Saúde (APS) (OMS, 2002-2005).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização de práticas integrativas e complementares em saúde começou na década de 80, continuando após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deliberou-se pela introdução de práticas alternativas e complementares nos serviços de saúde. Na década de 90, a 10ª Conferência aprovou a incorporação da Fitoterapia, da Acupuntura e da Homeopatia no SUS. Em 2000, a 11ª Conferência recomendou incorporar essas práticas não convencionais na Atenção Básica (BRASIL, 2006). A proposta era trazer para a Atenção Básica tecnologias simplificadas e de resgate da responsabilidade da saúde pelo indivíduo, problematizando a lógica burocrática do sistema de saúde e sua rendição à indústria farmacêutica e hospitalar (QUEIROZ, 2006).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, apresentando racionalidades que consideram uma visão integral do ser humano e do processo saúde-doença. Contempla diversas áreas específicas para o cuidado em saúde, como Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional chinesa, Acupuntura, Medicina antroposófica e Termalismo-Crenoterapia (Quadro 1). Estas abordagens buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

Quadro 1
Descrição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC

Prática	Descrição
Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura	Sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a interrelação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento aponta a teoria do <i>Ying-Yang</i> e a dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (Acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). A Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Homeopatia	Sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Fundamentada na Lei dos semelhantes (<i>Similia similibus curantur</i>): uma substância capaz de causar efeitos em um organismo, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente. Utiliza medicamentos homeopáticos.
Plantas Medicinais e Fitoterapia	Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da sociedade.
Termalismo – Crenoterapia	O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, seja para recuperar ou tratar a saúde, assim como preservá-la. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.
Medicina Antroposófica	Abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica.

Fonte: Brasil. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006, p.13-24.

A partir das práticas descritas no Quadro 1, pode-se dizer que a PNPIC se encaixa no paradigma não complementar descrito por Barros (2008), pois apresenta as racionalidades do modelo alternativo – Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa – além de práticas alternativas e complementares como a Fitoterapia e o Termalismo-Crenoterapia.

A demanda crescente por práticas alternativas de atenção à saúde foi concomitante à dificuldade da Biomedicina em focar sua atenção no indivíduo e na prática terapêutica (LUZ, 2005). Nas práticas alternativas, o cuidado tem como objeto não a doença, mas o indivíduo desequilibrado, que deve ser orientado para o restabelecimento, ou mesmo para a ampliação do seu estado de saúde (PINHEIRO e LUZ, 1999).

3. PESQUISA COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Em relação às pesquisas na área da saúde, constantes são os embates entre os profissionais de saúde e as PIC, pois é complexo pesquisar, dentro dos parâmetros da ciência biomédica, diferentes racionalidades médicas e práticas em saúde alicerçadas em outros paradigmas. Inúmeras vezes, as metodologias aceitas pela sociedade científica, principalmente a ocidental, não são ferramentas adequadas na avaliação, e barreiras potenciais são apontadas para pesquisas em práticas complementares, como os diferentes conceitos de saúde e doença, falta de concordância entre critérios diagnósticos, visões contrastantes entre o processo terapêutico e diferentes teorias sobre a etiologia das doenças.

A mera transferência da concepção de pesquisa científica ocidental, segundo princípios positivistas, pode estar em desacordo com os fundamentos holísticos nos quais as práticas complementares se estruturam. Seriam muito mais problemas paradigmáticos, de transição de diferentes visões de mundo, do desafio de integração desses conhecimentos, do que propriamente a falta de evidência e efetividade clínica das práticas (SALLES, KUREBAYASHI e SILVA, 2011).

Estudos em diferentes realidades já demonstraram que os profissionais de saúde se sentem mais à vontade de recomendar serviços de PIC quando estes o utilizam ou conhecem e, especialmente, quando existe evidência científica sobre a prática (THIAGO e TESSER, 2011). Por isso, vale destacar o aumento de cursos de graduação em saúde que já incluem as PIC no currículo e também estratégias de implantação desses serviços na APS, que incluem o treinamento dos profissionais de saúde (CHRISTENSEN e BARROS, 2011). Ressalta-se, porém, que ainda não fazem parte dos currículos de formação dos profissionais da saúde e nem são cobertas de seguro médico (SALLES, KUREBAYASHI e SILVA, 2011).

Uma das dificuldades é realizar estudos clínicos que considerem a individualização e os fatores subjetivos relacionados ao tratamento das PIC. A biociência e suas partes mais duras têm sido reconhecidas como as únicas a produzir verdades

sobre saúde e doença, monopolizando a formação de especialistas e considerando também o formato fragmentado das pesquisas (TESSER, 2012).

Em pesquisas sobre homeopatia, ainda que os resultados sejam favoráveis, estes não foram suficientes para mover a comunidade científica, negativista e céptica, sobre a dificuldade de enquadramento do saber e prática homeopáticos no corpo teórico biomédico (TESSER, 2012).

Na fitoterapia, os estudos mais numerosos e crescentes são com enfoque e objetivo etnobotânico e farmacológico, todavia, com o risco de que o uso das plantas nas formas não industrializadas, mais frágeis, sejam substituídos, progressivamente, pelo uso de fármacos sintéticos e pela fitoterapia industrializada, desestimulando a difusão do conhecimento relativamente seguro e simples do uso popular e profissional de plantas nativas, *in natura* ou com manipulação artesanal local, acessível para profissionais da APS e população (TESSER, 2012).

Uma forma de pesquisar em PIC é buscar sua legitimização-institucionalização através da ciência, por meio de metodologias quantitativas e estudos de laboratório. Outra forma é construir “sabedoria social” para valorizar o que hoje não é reconhecido como ciência e quebrar seu privilégio de dizer o que é ou não importante, por meio de ação política, social e institucional, reconhecendo verdades e eficácias de maneira distintas da biomedicina, pautadas em seus próprios critérios, “através de uma abordagem científica que busque distanciamento e relativização da medicina oficial (TESSER, 2012, p.271).

A análise de experiências de PIC e o desenvolvimento de metodologias de aproximação com o universo institucional das PIC na APS, “tipo pesquisa-ação ou avaliação de caráter participativo, podem contribuir para uma maior visibilidade e desdobramento institucional de pesquisas, além da produção de conhecimento e sua circulação acadêmica” (TESSER, 2012, p. 278).

Pesquisar em PIC demanda considerar os diferentes critérios classificatórios de adoecimentos, causas de doenças e evolução muitas vezes diferentes da biomedicina, por vezes altamente artesanais e individualizantes, no diagnóstico e no tratamento (TESSER, 2012).

Ensaio clínico são valiosos reguladores de segurança e eficácia, todavia são também silenciadores da voz dos doentes e profissionais da saúde. As relações de confiança, os sentidos, as palavras, os gestos, as relações e os cuidados do contato com o curador devem ser mais valorizados na pesquisa em saúde (TESSER, 2012).

Parte do tratamento nas PICs é relacionado à individualização do cuidado e o desenvolvimento do empoderamento do paciente sobre seu estado de saúde e doença. Por isso, pensar o efeito placebo como resultado da relação profissional-paciente (ou no caso da pesquisa, pesquisador-objeto do estudo) é considerar que esse momento de troca no consultório (espaço de pesquisa) é relevante para o processo de cuidado.

4. PESQUISA DA AUTOCONSCIÊNCIA

A ciência convencional, em geral, objetiva adquirir conhecimento do mundo ao redor do pesquisador. Todavia, para o desenvolvimento pessoal, o mais importante é a autopesquisa (pesquisa de si próprio). O hetero-estudo é somente o ponto de partida da pesquisa, sendo o mais importante a comprovação das teorias pela autoexperimentação, através do parapsiquismo pessoal desenvolvido (KAUATI, 2014).

Autoconsciência é o conhecimento que se tem de si mesmo, das próprias motivações, conflitos interiores, trafores, trafaes e trafais. O elemento de composição auto precede do idioma grego, *autós*, “eu mesmo, por si próprio”. Consciência precede do latim *con scientia* e significa “com conhecimento”, sinônimo de ciência, conhecimento, noção, escrúpulo, honestidade, probidade, retidão; o antônimo é inconsciência (BARBOSA, 2000; FERREIRA, 2010).

A autoconsciência foi apresentada por Kant como “consciência do eu como agente do pensamento e do conhecimento da realidade”; e por Hegel como “a consciência que o eu adquire de si mesmo quando se reconhece como agente da realidade externa, vista como seu próprio reflexo” (GEIGER, 2012).

A pesquisa da autoconsciência, ou autopesquisa, objetiva desenvolver a autoconsciência, considerando a multidimensionalidade e o parapsiquismo, de modo a atingir objetivos evolutivos, por exemplo, superação de trafores, aquisição de trafais e potencialização de trafores (KAUATI, 2014).

A Autopesquisiologia é a Ciência aplicada aos estudos ou pesquisas da própria consciência, por si mesma, empregando todos os instrumentos pesquisísticos disponíveis, ao mesmo tempo, no microuniverso consciencial e no Cosmos. A ciência do autoconhecimento é a teoria líder da Conscienciologia, busca desenvolver autopesquisas, por meio da pesquisa pessoal participativa, do abertismo consciencial, da ortopensenidade e lucidopensenidade; de modo a corrigir a autoimagem, anatomizar os conflitos íntimos, desenvolver o autodidatismo conscienciológico diário e a proéxis pessoal, ou programação de vida (VIEIRA, 2013).

Dessa forma, a autoconsciência torna-se o objeto do pesquisador ininterruptamente. A consciência pesquisa exaustivamente e continuamente a si própria, promovendo a auto-reestruturação pedagógica, a reeducação pessoal e potencializando a reeducação geral, através do exemplarismo (VIEIRA, 2013).

Leite (2013) destaca que o tema consciência é considerado o mais importante desafio científico atual. Em neurociência, a consciência é fluxo contínuo somente acessível ao indivíduo experimentador, esse caráter subjetivo está entre os maiores obstáculos para análise metodológica, daí a limitação científica em estudá-la.

Alguns formatos de pesquisa, especialmente qualitativos, possibilitam o estudo da consciência, como a fenomenologia, ao explorar a essência da consciência a partir dela mesma; a teoria crítica, ao criticar e tentar modificar a sociedade; o feminismo, ao questionar papéis sociais (ROLFE, 2006); a história oral, ao tentar compreender a subjetividade do indivíduo (QUEIROZ, ciência e cultura), a hermenêutica, ao propor a fusão de horizontes por meio do diálogo (AYRES, 2008), a Conscienciologia, entre outros.

A evolução da pesquisa qualitativa permitiu ampliar o formato das pesquisas em saúde, todavia a pesquisa da autoconsciência é um processo complexo. Nesse contexto, as pesquisas de PIC e da Conscienciologia, quando comparadas ao paradigma vigente, apresentam cinco dificuldades compartilhadas:

1. A relativização da realidade a partir da experimentação da pessoa;
2. O fortalecimento das práticas e ciência a partir da limitação do paradigma dominante;
3. O resgate da visão sistêmica em oposição à compartimentalização do soma e holossoma;
4. A abordagem da dimensão energética e das energias conscienciais; e
5. O compartilhamento do conhecimento e da decisão terapêutica com o paciente.

As dificuldades epistemológicas para pesquisar com PIC interferem nas possibilidades da pesquisa da autoconsciência *da* primeira pessoa (objeto) e também *em* primeira pessoa (método) na área da saúde. Essas dificuldades também ocorrem com as pesquisas conscienciais em saúde.

A individualização do sujeito na pesquisa em saúde é um grande desafio a ser ultrapassado pelos pesquisadores, primeiro na relação com objeto, que deve ser ética e cosmoética; segundo, no desenho do método, que deve considerar a singularidade, o acolhimento e a comunicação com o objeto, por isso não pode ir ao encontro de formatos estagnados e fechados de pesquisa, pois busca respeitar o objeto de modo que este conduza a investigação.

A partir da discussão dos diferentes paradigmas científicos, da pesquisa com PIC e da Conscienciologia, sugere-se sete itens promotores do estudo da autoconsciência na área de saúde:

1. Reconhecer a importância da autopesquisa, do laboratório consciencial, das anotações pessoais, do autoconhecimento e autoconscienciometria, dos trafores-trafares-trafares, e da auto e heterocrítica;
2. Considerar a ética, a bioética e a cosmoética, e os códigos pessoal e grupal de cosmoética;
3. Incluir a interrelação das energias conscienciais, a influência dos holopenses, e o domínio das bioenergias, especialmente o Estado Vibracional (EV) e a desassimilação simpática (desassim);

4. Construir desenhos de pesquisa menos engessados, a partir das pesquisas qualitativas e *mixed methods*³, que considerem a singularidade dos sujeitos, o acolhimento, a comunicação e o empoderamento;

5. Buscar práticas de saúde menos invasivas e que considerem o aspecto energético, não exclusivas às práticas integrativas e complementares;

6. Relativizar o ideal de saúde a ser alcançado, a partir da finalidade e objetivos de vida cultivados pela pessoa;

7. Qualificar a intencionalidade do sujeito, sua ortopenicidade, e seus impactos nos achados.

A biologia, a psicologia e também a sociologia, desde o século passado, apoderaram-se da psique como objeto de estudo, inclusive os sonhos, o inconsciente e a subjetividade. Ainda que o subjetivo seja compreendido como sensações intraduzíveis, é próprio do indivíduo tentar compreendê-las e transmitir aos outros o que compreendeu, por isso a necessidade de refinar os instrumentos de trabalho para se ter êxito. Mas Queiroz (1987, p.285) pergunta “é possível refinar mecanismos sem ao mesmo tempo exercitá-los?”

O diálogo é uma importante ferramenta no processo de autopesquisa, especialmente o diálogo consigo mesmo, focando o melhor exercício dos pensares. Entre os ambientes, presentes na Conscienciologia, potencialmente fomentadores das pesquisas de autoconsciência em saúde, destacamos cinco, listados abaixo:

1. O *set* consciencioterápico;
2. Os laboratórios de autopesquisa, em especial o da Paragenética;
3. As dinâmicas parapsíquicas;
4. Os Colégios Invisíveis;
5. Os experimentos científicos desenvolvidos, por exemplo na Ectolab.

Essas propostas visam ampliar as possibilidades de pesquisa da autoconsciência em saúde tanto *da* primeira pessoa (objeto) quanto *em* primeira pessoa (método). As sugestões devem ser colocadas em análise pelos pesquisadores, sendo esta uma discussão em constante renovação, visto a evolução constante dos desenhos de pesquisa e a complexidade da relação pesquisador-objeto.

A dicotomia quantitativo-qualitativo segue sem desfecho, especialmente em relação à validade, rigor e confiança da pesquisa qualitativa. Entretanto, além de buscar novos critérios de avaliação pode-se também considerar cada estudo como único e individual, podendo ser avaliado a partir de seus próprios méritos (ROLFE, 2006; REEVES, 2008).

³ *Mixed methods* é o tipo de pesquisa na qual um pesquisador ou equipe de pesquisadores combina elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa (por exemplo, o uso de pontos de vista qualitativo e quantitativo, coleta de dados, análise, técnicas de inferência) para fins gerais de amplitude e profundidade de compreensão e corroboração. *Mixed Methods* está cada vez mais articulado, ligado à prática de pesquisa, e reconhecido como a terceira maior abordagem de pesquisa ou paradigma de pesquisa, juntamente com a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa. (JOHNSON, ONWUEGBUZIE e TURNER, 2007)

A manutenção de um diário reflexivo pode ser uma ferramenta para ajudar a avaliação da qualidade de todos os estudos publicados (REEVES, 2008). Ademais, roteiros podem assumir o papel de guias de narrativas e constituir apoio ao trabalho de (auto)reflexão ou memória auxiliar (SCHRAIBER, 1995).

Destaca-se, assim, que existem desenhos e ferramentas de pesquisas em saúde que podem ajudar a modificar o paradigma biomédico-cartesiano vigente, todavia, ampliar esse paradigma é atuar no contrafluxo, e, mais do que evidências, exige uma mudança de postura dos pesquisadores e profissionais de saúde, para:

1. Refletir criticamente sobre conceitos de saúde e cuidado, além do normativo-ideal, a partir de vivências pessoais, da multidimensionalidade, da holosomaticidade e da evolucionologia, com abertura aos neoconstructos, por exemplo, o macrossoma, a paragenética e o paramicrochip; e

2. Reconsiderar papéis profissionais e a forma de trabalho, analisando os interesses financeiros na área da saúde, o uso de tecnologias acumulativas, invasivas e dispendiosas para os usuários e sistemas de saúde, a crescente medicalização da vida, os limites do modelo atual para promover o empoderamento dos usuários e a falta de exemplarismo terapêutico.

Para elevar o nível de autocientificidade dos pesquisadores, Kauati (2014) apresenta 15 atributos qualificadores, como abertismo, antidogmatismo, descencialidade, neofilia, entre outros, e destaca a aquisição de conhecimentos sobre Conscienciologia e outras ciências, de modo a ampliar a capacidade intelectual, discernimento e criticidade. A perspectiva é rebater o paradoxo do cientista neofóbico, do cientista religioso ou místico, do cientista supersticioso e do autocientista idólatra.

De modo a promover mudanças de postura na saúde é fundamental que os profissionais/autopesquisadores busquem conhecer e exercitar o processo de pesquisa além da sua prática profissional e o exerçam também na pesquisa consigo mesmo, visando aumentar sua autoridade perante a pesquisa da autoconsciência e, assim, da interassistencialidade.

Puttini (2014) considera que o processo coevolutivo envolve uma autor-organização do indivíduo e também da sociedade humana, engendrando em seu bojo uma intencionalidade intrínseca ao processo, com responsabilidade coletiva frente aos rumos do processo de evolução biológica e histórica, da espécie e do planeta. Para isso, aposta na transdisciplinaridade como meio de viabilizar a realização e identificação de múltiplos determinantes do processo saúde-doença e suas interações dinâmicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área da saúde, os diferentes paradigmas científicos interferem nas pesquisas que abordam a autoconsciência. O objetivo deste artigo foi refletir sobre as pesquisas em saúde e o paradigma consciencial, de modo a fomentar a pesquisa da autoconsciência.

Ao apresentar as pesquisas em PIC e a pesquisa da autoconsciência, a proposta não foi encontrar o melhor tipo de cuidado, mas diversificar as práticas e formatos de pesquisa para abranger diferentes concepções de saúde e cuidado, contribuindo, assim, para qualificar o processo de trabalho em saúde e a interassistência. A proposta foi, de fato, refletir sobre a lógica do processo de trabalho com a valorização das diferentes racionalidades e compreensões de saúde para melhor cuidar de si mesmo e dos outros, com integralidade, em um paradigma consciencial.

Dentre as contribuições do artigo, destaca-se a promoção da reflexão de profissionais e usuários quanto ao seu papel na promoção da saúde e na pesquisa da autoconsciência, a partir de um paradigma multidimensional e bioenergético. Aguarda-se futuros estudos e métodos considerando a pesquisa da autoconsciência, assim como as contribuições ponderadas e fraternas dos demais pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- AYRES JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones da la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*, v. 4, n. 2, p. 159-172, 2008.
- BARBOSA O. *Grande dicionário de sinônimos e antônimos*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.
- BARROS NF. *A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. *Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- CHRISTENSEN MC, BARROS NF. Práticas integrativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática da literatura. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (org). *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 29-44.
- FERREIRA ABH. *Dicionário Aurélio Eletrônico 8.0*. Editora Positivo, 2010.
- FINFGELD-CONNETT D. Meta-syntthesis of caring in Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, v. 17, p. 196-204, 2008.
- GEIGER P. *Novíssimo Aulete – Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa*. Lexicon Editorial, 2012.
- GUIMARÃES T. Dinâmica evolutiva Conscienciológica. *Interparadigmas*, v. 1, n.1, p. 89-101, 2013.
- LAWN C. *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- HABERMAS, J. *The theory of communicative action. Vol 1. Reason and the rationalization of society*. Boston: Beacon Press, 1984.

JOHNSON RB, ONWUEGBUZIE AJ, TURNER LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, v.1, n. 2, p. 112-133, 2007.

KAUATI A. Autopesquisa, Parapsiquismo e Autocientificidade. *Interparadigmas*, v. 2, n. 2, p.7-20, 2014.

LEITE H. Subjetividade-objetiva-parapsíquica; verbetes; In: Vieira, Waldo (Org.); *Enciclopédia da Conscienciologia*. 8a ed. Digital. Versão 8.00. Foz do Iguaçu: Associação Internacional do Centro de Altos Estudos da Conscienciologia (CEAEC) & Associação Internacional Editares, 2013.

LUZ MT. Prefácio In: NASCIMENTO MC (Org). *As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MALVAREZ MS, CASTRILLÓN-AGUDELO MC. Panorama de la fuerza de trabajo em enfermería em América Latina: Segunda Parte. *Rev Enferm IMSS México* 2006; 14(3): 145-165.

MINAYO MC. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8ªed. HUCITEC: São Paulo, 2004, 255p.

MINAYO MCS, SANCHEZ O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul/set. 1993.

OMS. Organización Mundial de la Salud. *Estrategias de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.

PINHEIRO R, LUZ MT. Modelos ideais x práticas eficazes - um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; UERJ/IMS; v. 191, p. 1-23, mar. 1999. Disponível em: <http://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/Bibliografia/artigo_madel_roseni.pdf>. Acesso em 20/10/2011.

PINZANI A. *Habermas: Introdução*. PORTO ALEGRE, ARTMED, 2009.

PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Washington: OPAS, 2008.

PUTTINI RF, JUNIOR AP, OLIVEIRA LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

QUEIROZ MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e Cultura*, v. 39, n. 3, p. 272-286, 1987.

QUEIROZ MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO MC (Org). *As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo: Hucitec, 2006.

REEVES S, ALBERT M, KUPER A, HODGES BD. Why use theories in qualitative research? *BMJ*, v. 337, p. 631-34, 2008.

ROLFE G. Validity, trustworthiness and rigor: quality and the idea of qualitative research. *J Adv Nurs*, v. 53, n. 3, p. 304-310, 2006.

ROSENFELD DL. Vida e Obra. In: DESCARTES R. *Discurso do Método*. Porto Alegre: L&PM, 2005.

SALLES LF, KUREBAYASHI LFS, SILVA MJP. As práticas complementares e a Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP (Org). *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011, p. 1-18.

SCHRAIBER LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*, v. 29, n.1, p. 63-74, 1995.

SVENAUS F. Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis. *Theoretical Medicine*, v. 24, p. 407-431, 2003.

TESSER CD, BARROS NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.

TESSER CD. Pesquisa e Institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na saúde coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ MD, BARROS NF (Org). *Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

THIAGO SCS, TESSER CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Terapias Complementares. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.

VIEIRA, W. Autopesquisologia; verbetes; In: Vieira, Waldo (Org.); *Enciclopédia da Conscienciologia*. 8a ed. Digital. Versão 8.00. Foz do Iguaçu: Associação Internacional do Centro de Altos Estudos da Conscienciologia (CEAEC) & Associação Internacional Editares, 2013.

ZOBOLI ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética ampliada. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

Fernanda Cabral Schweitzer é especialista em Medicina do Trabalho (AMB/ANAMT); graduada em medicina (UFSC). Voluntária da Conscienciologia desde 1999, atuando hoje na Associação Internacional para Expansão da Conscienciologia (AIEC) e na Associação Internacional de Intercâmbio Conscienciológico (INTERCONS), docente em Conscienciologia desde 2001.

Mariana Cabral Schweitzer é Doutora em Ciências (USP-UCP), mestre em Enfermagem (UFSC), especialista em Acupuntura (CIEPH-Shandong University), especialista em Saúde Pública (UFSC) e graduada em Enfermagem (UFSC). Voluntária da Associação Internacional de Pesquisa Laboratorial de Ectoplasma e Paracirurgia (ECTOLAB) desde 2013.