Maria Belén Salazar Posso

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO TRATAMENTO DA DOR

Cenário Científico



Atheneu

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Tratamento da Dor

Cenário Científico



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Maria Belén Salazar Posso

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Tratamento da Dor

Cenário Científico

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2023

EDITORA ATHENEU

São Paulo — *Rua Maria Paula, 123 – 18º andar*
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — *Rua Bambina, 74*
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Produção Editorial: *Know-How Desenvolvimento Editorial*
Capa: *Equipe Atheneu*

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P925

Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento da dor : cenário científico / editora Maria Belén Salazar Posso. - 1 ed. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
p. : il. ; 24 cm.)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-682-7

1. Dor - Tratamento. 2. Psicoterapia. 3. Dor - Aspectos fisiológicos. 4. Dor - Aspectos psicológicos. I. Posso, Maria Belén Salazar.

23-82664 CDD: 616.0472
CDU: 616.8-009.7

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439
23/02/2023 27/02/2023

POSSO, M. B. S.
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Tratamento da Dor – Cenário Científico

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2023

Capítulo 1

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Abordagem da Dor na Perspectiva do Sofrimento

Carmencita Ignatti

Algumas ponderações pertinentes

A longa experiência profissional frente às várias formas em que o sofrimento aparece na vida das pessoas impulsionou essa reflexão, pois foi justamente esse o dilema existencial que tornou a imersão nas Práticas Integrativas e Complementares um marco em minha trajetória pessoal por busca de recursos para o alívio e, quiçá, um suporte efetivo em situações nas quais se estabelece a presença do sofrimento, notadamente em se tratando de dor crônica.

A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED)[1] aponta que cerca de 20% a 40% da população do planeta sofre com variados tipos de dor, o que resulta em perda da capacidade de trabalho, perturbações psicoemocionais e prejuízos socioeconômicos para os indivíduos e a sociedade, representando um aumento do sofrimento em nível multidimensional.

A International Association for the Study of Pain (IASP),[2] à qual a SBED é filiada, definiu, a partir de 1979, dor como "uma sensação ou experiência emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial", considerando a dor "um conceito psicológico e não uma medida física". Essa definição também considera que a "experiência da dor tinha que ser diferenciada de um estímulo nocivo", reconhecendo que, embora a lesão tecidual seja um antecedente comum da dor, ela pode estar presente mesmo quando uma lesão tecidual não é perceptível ou relacionada a aspectos multidimensionais e múltiplos significados.[1,2]

Essa conceituação destaca que a dor é sempre uma experiência pessoal, influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo a dor e a sensibilidade a ela fenômenos diferentes, a dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos (nocicepção). Segundo essa nova definição, afirma-se que as pessoas aprendem o conceito de dor ao longo de suas vidas e, portanto, seu relato sobre uma experiência de dor deve ser respeitado. Ressalta-se que a descrição verbal é apenas uma das várias formas para expressar a dor e que a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

As propostas de tratamento biomédico se ampliam, mediante o avanço da medicalização e de práticas terapêuticas cada vez mais potentes, porém esbarram nas dores rebeldes que persistem e se cronificam, desafiam o poder da medicina científica, causam desgastes orgânicos, risco de intoxicação e iatrogenia, sem mencionar o alto custo dos tratamentos e a frustração de profissionais e pacientes, minando as esperanças de cura ou alívio definitivo.

O sofrimento extrapola os limites físicos impostos pela dor, pois implica em impossibilidades diversas que vão desde a constatação do que foi perdido em um tempo em que a dor não existia,

todo o presente que está sendo alterado em todos os setores da vida pessoal e coletiva e as sombras que se abatem sobre um futuro incerto e temeroso do que virá a ser naquela existência: incapacidade? dependência? abandono? solidão? E tantas outras dúvidas cruéis que passam a povoar a mente e todos os espaços da vida restantes, roubando a identidade social e sequestrando sonhos, prazeres e projetos.

As Práticas Integrativas e Complementares abarcam um amplo leque de propostas terapêuticas, de acordo com seu sistema de aplicação e conceitos definidores, introduzidas no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria MS n. 971/2006,[3] com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)[4,5] e ampliadas pelas Portarias ns. 849/2017 e 702/2018.[6,7]

Para a OMS, trata-se de estratégias que compreendem: a medicina tradicional, que se constitui de práticas ancestrais e tradicionais em determinadas culturas para intervir na prevenção, na promoção, no diagnóstico e no tratamento a partir de uma cosmovisão explicativa dos fenômenos relativos a saúde e a doença; a medicina complementar ou a alternativa, que não são consideradas tradicionais e não fazem parte do modelo biomédico e podem ou não estar associadas ao sistema de saúde vigente; e, mais recentemente, a medicina integrativa, que aproxima práticas do sistema biomédico e abordagens integrativas das medicinas tradicionais e complementares, com uma visão sob a ótica da integralidade, que estabelece uma escuta acolhedora, uma relação de horizontalidade, alteridade, com foco nas necessidades de saúde de cada pessoa, e considera a multidimensionalidade do ser humano e os fatores multicausais que podem afetar a dinâmica do contexto social individual, enfatizando ainda a importância da educação para o autocuidado e a autogestão da saúde.

Do ponto de vista científico, pesquisas estão se intensificando em nível global na busca de mais evidências para corroborar a segurança e a eficácia das várias práticas, ampliando as possibilidades terapêuticas para profissionais, serviços e usuários. Entre as iniciativas da OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) articulou a Rede das Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI) das Américas, cuja parceria gerou o Portal MTCI, que disponibiliza o acesso ao mapa de evidências e publicações de pesquisas, abrangendo os países das Américas, Caribe, Estados Unidos e Canadá.[8,9]

Para um fenômeno tão complexo quanto a dor e seus tentáculos, a aproximação entre os sistemas biomédico e integrativo, compondo o conceito de medicina integrativa, surge como um caminho viável e promissor para proporcionar alívio dos estados aflitivos que se estabelecem na trajetória de vida para uma parcela significativa de pessoas acometidas por dor crônica e do amplo espectro de sofrimentos que determina.

Capacitar profissionais para um olhar ampliado para além da dor, em direção ao sofrimento, é, portanto, uma premência a ser inserida nos debates acerca das estratégias possíveis para dar conta dessa demanda que caminha para o topo da lista de fatores que impactam o bem-estar e a qualidade de vida.

Dor e sofrimento – a perturbação que chega para ficar

A dor, considerada o quinto sinal pelas avaliações médicas, de acordo com a SBED[1] é indubitavelmente um mecanismo de defesa e expressão que sinaliza que algo estranho está acontecendo. Mas, no momento em que surge, ela deixa de ser sinal do que poderia ocorrer e torna-se o terrível sintoma do que já se instalou. Nessa perspectiva, a dor é um modo de dar-se conta de que há um corpo, ao forçar que se centralize nele a atenção. É no ato de "corporificação" da dor que uma pessoa percebe que algo não vai bem, alertando que há um problema em algum lugar

do seu corpo, o qual, embora "lá dentro", atravessa os limites da pele e se materializa "lá fora" em todos os aspectos da vida, pois o corpo é um veículo do ser no mundo.[10]

O corpo "é a interface entre o social e o individual, a natureza e a cultura, o psicológico e o simbólico",[11] não estando separado de todas as dimensões em que se insere e que o transpassam nos papéis e funções sociais que desempenha em dada sociedade e cultura.[11,12]

Entende-se, portanto, a dor como um fenômeno complexo e com variantes multidimensionais: biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais. Do ponto de vista organicista, as dores podem ser classificadas segundo critérios que levam em consideração a localização (topográfica), a fisiopatologia (de acordo com a origem), o tempo de duração/incidência. Quanto à topografia, destacam-se as dores sem localização específica e que se deslocam, denominadas dores difusas. Com relação ao aspecto fisiopatológico, destacam-se dores sem lesão ativa ou causa relacionada, consideradas de origem psicossocial (psicogênica). Quanto ao aspecto tempo/incidência, destacam-se as dores recorrentes.

Dada a complexidade da dor e dos vários critérios para sua identificação, são relevantes os dados que contextualizam a particularidade de sua manifestação, como: queixa dolorosa ou reação a eventuais intervenções; estado de ansiedade, depressão, alterações comportamentais e manifestações causadas ou modificadas pela medicação analgésica; estado de incapacidade; idade (as crianças e as pessoas idosas têm mais dificuldade em verbalizar o que sentem, como sentem e onde sentem); doenças ou patologias que o doente possa ter (reumáticas, oncológicas, respiratórias), incluindo, ainda, situações de risco real ou potencial de danos à vida, geradores de impactos psicológicos profundos.[13] Além disso, a severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, e muitos fatores podem influenciar a sua percepção como um sintoma, como fadiga, depressão, raiva, medo/ansiedade e sentimentos de falta de esperança e amparo.[2]

A enfermeira e médica americana Cicely Saunders introduziu o conceito de "dor total", definida a partir de vários aspectos: físico, mental, social e espiritual. Nesse sentido, a dor total, assim como a dor crônica, implica em uma gama importante de perdas e limitações que afeta todas as dimensões da vida do indivíduo e deve ser considerada na busca da etiologia e do alívio da dor.[14] O sofrimento a ela associado afeta, portanto, mental e moralmente o indivíduo, uma vez que invade todas as instâncias de sua vida pessoal e se expande para seu núcleo social, como a família e todas as demais relações que ele mantenha, com comprometimento das emoções, com possibilidades de variáveis graus de alterações de comportamento.[11,12,15]

Os conceitos de dor crônica e dor total apresentados evidenciam que a dor faz parte do ser humano, para além da sua dimensão biológica, constituindo-se tanto como sinal quanto como sintoma, que se manifestam em sua vida e nos contextos em que se insere. A percepção e a interpretação da dor estão relacionadas a características pessoais, emocionais e sociais; sua presença é assimilada como parte da existência e se expressa de acordo com padrões culturais, independentemente de manifestações clínicas específicas. O contexto sociocultural, portanto, determina as manifestações do comportamento frente à dor: expressões sonoras e verbais, gestuais, modificações de conduta que podem variar em intensidade, amplitude, profundidade, veracidade (ou não), cronicidade e, principalmente, sua expressão (disfarçada, reprimida, fingida, imaginada, distorcida, amplificada), inclusive na própria ausência da dor concreta.[16]

Nesse sentido, os profissionais de saúde, para que possam dar um nível de atenção adequado à pessoa que sente dor, devem compreender que diferentes culturas apresentam diferentes crenças e atitudes em relação aos eventos de dor. Ao avaliar as pessoas que se queixam de dor, precisam considerar que ela integra uma experiência biopsicossocial, na qual a cultura desempenha um papel importante de determinação interpretativa e expressiva.[17]

A dor crônica pode desencadear o sofrimento físico, psíquico e social, despertando nas pessoas sentimento de revolta, conformação, resignação, inutilidade, ressentimento, culpa, impotência, impertinência, esgotamento, desconfiança de si, angústia e ansiedade. Isso afeta tanto a pessoa que a sente como quem a rodeia na vida familiar e social. É uma forma de aflição que perdura no tempo e que não pode ser curada, mas controlada, demandando um aprendizado de convivência e adaptação do viver com e apesar dela, num contexto repleto de tensões causadas por fatores como "estigma, politização, reflexividade, medicalização, risco e incerteza, memória, tempo e experiência, aprendizagens, redes de convivência e de cuidados".[18]

As dores crônicas apresentam características particulares, consideradas entre o corpo e a mente, com atribuições da esfera psíquica, intersubjetivas e que escapam aos diagnósticos, relegando quem as sofre a uma condição de não legitimidade e reconhecimento. Entre essas características, estão a não localização definida, isto é, a manifestação frequente em lugares diversos do corpo, ou de formas diferentes, dependendo da região em que se manifestam. Podem, assim, causar sensações reais para os afetados, mas invisíveis, imponderáveis e imensuráveis por tecnologias médicas usuais. As escalas para aferição de dor são subjetivas e baseiam-se em aproximações para o mapeamento dessa experiência, seguindo protocolos específicos sem promessas de cura.[19]

Dentre as dificuldades para sua identificação, destaca-se a comunicação de sua localização exata, segundo os parâmetros médicos, podendo ser designada como difusa, na medida em que suas expressões não estão somente no corpo, mas sob influência das relações entre o indivíduo e a sociedade,[20] remetendo a uma complexidade e multidimensionalidade que não podem ser desconsideradas por profissionais e serviços.

Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento da dor e do sofrimento – avanços e limites

De modo geral, as dores podem ser aliviadas por meios não medicamentosos, porém o foco tem que avançar para além da dor física, abrangendo, assim, a atenção ao sofrimento.

Entre os exemplos de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) eficazes no alívio da dor, estão as massagens, os métodos de relaxamento e meditação, a hipnose, a acupuntura, as práticas corporais como a biodança, o Tai Chi ou o Q'Going e terapias de imposição de mãos, porém importa compreender o modo de funcionamento e qual a proposta de abordagem e atenção que torna essas práticas exitosas.

Torna-se relevante apontar alguns pressupostos fundamentais nas quais as PICS se baseiam para estender a atenção tanto à dor quanto ao sofrimento.

As abordagens sobre saúde e doença no modelo integrativo centram-se em outro paradigma do que é o ser humano, não mais como somente um aglomerado de moléculas organizadas em tecidos, órgãos e aparelhos regulados pelos sistemas nervoso e hormonal, mas como um campo complexo e sistêmico de forças inteligentes interconectadas, que avançam para além do físico e se estendem para o psíquico, o social e o espiritual, enquanto princípio existencial ou essência consciente. Portanto, difere do modelo biomédico, que investiga as partes para chegar ao todo.

Para ampliar a compreensão da proposta das práticas integrativas, é necessário compreender a visão de integralidade a partir da concepção de indivisibilidade entre os níveis biológico, psicoemocional e espiritual, pressuposta no paradigma holístico, defendido por teóricos como Capra,[21] Sheldrake[22] e Lipton.[23] Cabe também considerar o paradigma biopsicossocial, a partir de Engel,[24] que compreende o entendimento do organismo humano como multidimensional e a saúde resultante de uma dinâmica de forças biológicas, emocionais e sociais em interconexão, dependente de múltipla causalidade de agravos e de um conjunto de ações integradas para ser

atendida, não restrita à exclusividade das especialidades da biomedicina. A transição de um sistema para outro pressupõe a ressignificação de conceitos de saúde, doença e cura e dos modos do tratar e do cuidar.[25]

Na proposta da integralidade do cuidado, ao contrário, mais do que a identificação da doença, busca-se ampliar o acolhimento e a escuta, considerando o valor humano da pessoa, com suas características específicas, seu histórico de vida, suas condições socioculturais, com abertura para um diálogo atento e ético e a possibilidade da participação na elaboração do tratamento.

O cuidado centrado no paciente compreende a oferta de cuidados individualizados, a escuta acolhedora, a inclusão de práticas médicas científicas, o discurso orientado para a cura (e não para a doença), a integralidade do cuidado ao levar em conta aspectos biopsíquicos, espirituais e sociais, o respeito aos ritmos e ciclos de cada pessoa e a autogestão responsável do autocuidado, com estímulo a mudanças no estilo de vida e à reeducação para hábitos saudáveis, com destaque para o autocuidado autorreferido.[26]

Nesse contexto, o modo do cuidado não se pauta no identificar-diagnosticar-curar, mas possibilita o acolher-escutar-interagir-perceber-harmonizar, operando de modo bilateral na relação entre cuidador e cuidado e estendendo-se às dimensões familiar e social. Estabelece-se, assim, uma relação ética e sensível, de uma maneira comprometida, profunda e solidária, que implica no transformar e ser transformado na experiência em tempo real e por essa experiência, sem a obrigatoriedade de seguir um padrão cristalizado.[27]

Considerações finais

Frente aos inevitáveis embates que afetam as pessoas durante sua vida e os fatores agressores dos ambientes e das relações, não há como evitar que dor e sofrimento se abatam sobre elas e acabem por ocupar um espaço significativo de suas existências, com um roubo de uma parcela considerável de sonhos, prazeres e realizações.

Os aspectos que modelam as PICS com um forte viés social no seu modo de tratar os usuários e conduzir as práticas, em uma relação terapêutica horizontal que constrói um vínculo ao considerar as múltiplas dimensões agregadas à saúde, compreendendo-a de uma perspectiva cultural sistêmica, não voltada exclusivamente para a sintomatologia, e sim para a estimulação dos processos naturais de autocura, com o engajamento do usuário no processo por meio do realinhamento de escolhas e condutas,[28] favorecem o aprendizado de convivência, o desenvolvimento da capacidade adaptativa e a busca de uma maneira de lidar com a realidade sem ser vencido por ela e vão ao encontro da proposta do Modelo Salutogênico de Saúde,[29] apontando para o enfrentamento do e sua relação com a saúde.

Estende-se, a partir deste capítulo, um convite ao repensar a visão sobre dor, considerando-se o sofrimento agregado e que não pode mais ser descartado de qualquer proposta terapêutica minimamente humanizada.

Referências bibliográficas

1. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED). Capítulo brasileiro da International Association for the Study of Pain (IASP). Projeto Brasil sem Dor: controle da dor no Brasil. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: http://www.dor.org.br/brasil-sem-dor.
2. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. 2020. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; maio 2006. [Acesso em 10 jul 2021]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.
4. World Health Organization (WHO). Traditional medicine strategy 2002-2005. 2002. [Acesso em 22 jul 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163.
5. Organización Mundial de La Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Genebra: OMS; 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria n. 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União n. 84, de 4 de maio de 2006, Seção 1, p. 20, as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no anexo a esta Portaria. Brasília; 2017. [Acesso em 21 jul 2021]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília; 2018. [Acesso em 21 jul 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Medicinas tradicionais, complementares e integrativas. 2021. [Acesso em 29 jun 2022]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas.
9. Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). OPAS/OMS assina Termo de Cooperação com a Academia de Medicina e Saúde Integrativa dos Estados Unidos. Boletim BIREME. Out 2021; 60. [Acesso em 29 jun 2022]. Disponível em: https://boletin.bireme.org/pt/2021/10/04/opas-oms-assina-acordo-de-cooperacao-com-a-academia-de-medicina-e-saude-integrativa-dos-estados-unidos/.
10. Martins BS. O corpo-sujeito nas representações culturais da cegueira. Fractal: Revista de Psicologia. 2009;21(1):5-22. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198402922009000100002&script=sci_arttext.
11. Le Breton D. Antropologia da dor. São Paulo: FapUnifesp; 2013. p. 97.
12. Canesqui AM. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(2):409-16. [Acesso em 10 jul 2021]. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n2/409-416/pt.
13. Patel NB. Fisiologia da dor. In: Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. 2010. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
15. Helmann C. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e cultura. In: Carvalho MM. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999.

17. Briggs E. Cultural perspectives on pain management. Journal of Perioperative Practice. 2008;18(11):468-71. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/23566907_Cultural_Perspectives_on_Pain_Management.
18. Fleischer S; Franch M. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos para uma antropologia das doenças compridas. Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais. 2015;42:13-28. p. 15. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: https://www.academia.edu/17384114/Uma_dor_que_não_passa._Aportes_teórico-metodológicos_para_uma_antropologia_das_doenças_compridas.
19. Lima MAG. Tradução de Bonfim LA. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cadernos de Saúde Pública. 2017;23(11). [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100015.
20. Sarti C. A dor, o indivíduo e a cultura. Saúde e Sociedade. 2001;10(1):3-13. [Acesso em 20 jul 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf.
21. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 2012.
22. Sheldrake R. Uma nova ciência da vida. São Paulo: Cultrix; 2014.
23. Lipton BH. A biologia da crença: o poder da consciência sobre a matéria e os milagres. São Paulo: Butterfly; 2017.
24. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129-36.
25. Fava GA, Sonino N. From the lesson of George Engel to current knowledge: the biopsychosocial model 40 years later. Psychother Psychosom. 2017;86:257-9. [Acesso em 14 set 2021]. Disponível em: https://www.karger.com/Article/FullText/478808.
26. Tesser CD, Dallegrave D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. Caderno de Saúde Pública. 2020;36(9):e00231519. [Acesso em 11 jul 2021]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311x00231519.
27. Barreto AF. Práticas integrativas e complementares como ética da sensibilidade no cuidado humano. Journal of Management & Primary Health Care. 2017;8(2):181-202. [Acesso em 11 jul 2021]. Disponível em: www.jmphc.com.br.
28. Moura ISC. Novos desafios: a biologia da crença. Revista Portal: Saúde e Sociedade. 2017;2(1):380-2. [Acesso em 11 jul 2021]. Disponível em: www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/download/.
29. Antonovsky A. Saúde, estresse e enfrentamento. São Francisco/London: Jossey-Bass; 1979. 255p. [Acesso em 14 set 2021]. Disponível em: https://openlibrary.org/books/OL23748428M/Health_stress_and_coping.