

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

AUTOCURA METAFÍSICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Fernanda Martin Catarucci

**Botucatu
2013**

Fernanda Martin Catarucci

AUTOCURA METAFÍSICA: REVISÃO INTEGRATIVA

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“ Julio de Mesquita Filho ”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.**

Orientador: Prof.^a Dra. Regina Stella Spagnuolo

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ione Morita

**Botucatu
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Catarucci, Fernanda Martin.

Autocura metafísica : revisão integrativa / Fernanda Martin Catarucci. –
Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo

Coorientador: Ione Morita

Capes: 40600009

1. Medicina alternativa. 2. Terapias alternativas. 3. Promoção de saúde.
4. Políticas públicas – Aspectos sociais.

Palavras-chave: Metafísica; Terapias Complementares; Oração; Meditação.

FERNANDA MARTIN CATARUCCI

AUTOCURA METAFÍSICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Stella Spagnuolo

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Eliana Mara Braga

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Assinatura: _____

Prof. Dr. Alberto Peribanez Gonzalez

Coordenador do Projeto Alimentação Viva no Programa de Saúde da Família

Assinatura: _____

Botucatu, 05 de julho de 2013.

*Dedico este trabalho a todos os seres que
aceitaram o desafio de regressarem a si mesmos.*

Agradecimentos

Existem muitas pessoas que tornaram esse projeto possível e quero deixar aqui a minha eterna gratidão.

Nenhum movimento teria ocorrido se não tivesse conhecido Marina Cruz, aluna e amiga que após assistir a um curso que ministrava e que continha as idéias centrais desta dissertação, me incentivou a buscar o Mestrado.

Ela me apresentou ao meu primeiro orientador, Ivan Guerrini, que além de conversas riquíssimas, me apoiou com o projeto inicial e aprovação no mestrado. Com seu afastamento da universidade, a professora Regina Stella Spagnuolo me auxiliou de forma muito competente e atenciosa a transcrever minhas idéias poéticas para uma linguagem compreensível ao mundo acadêmico.

Agradeço também a professora Ione Morita pelo apoio, sempre se mostrando à disposição durante essa jornada; à professora Karina Pavão e alunos da enfermagem pela acolhida no estágio docência.

Ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu por ter me concedido uma bolsa de estudos (CAPES) que proporcionou minha dedicação exclusiva à dissertação pelo período de um ano e meio.

Há pessoas coadjuvantes a este trabalho, mas que alimentam a minha alma com sua presença: meus pais, irmãos, companheiro, amigos, professores e pacientes. Foi um prazer compartilhar este projeto e vida com todos vocês.

Namastê

*“Tuas forças naturais, as que estão dentro de ti, serão as que
curarão tuas enfermidades”*

Hipócrates

RESUMO

CATARUCCI, F.M. **Autocura Metafísica: Revisão Integrativa**. 2013. 55f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.

Este estudo consiste de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional sobre autocura metafísica, publicada no período de 2001 a 2011. Está alicerçado metodologicamente nas fases propostas por Ganong (1987): seleção das hipóteses, estabelecimento de critérios para seleção da amostra, apresentação das características da pesquisa primária, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Realizou-se busca on-line dos trabalhos científicos nas bases de dados: Lilacs, Medline, Web of Science, Pubmed, Scopus; com as palavras-chave: “Autocura”, “Autocura e Terapias Complementares” e “Autocura e Terapias Integrativas”. Foram incluídos artigos completos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e excluídos os artigos incompletos, que se repetiram entre as bases de dados e que não fossem pertinentes ao objeto de estudo, resultando numa amostra composta por 89 artigos. A análise de conteúdo na vertente temática proposta por Bardin (2011) foi utilizada como estratégia metodológica qualitativa para organizar os dados. A caracterização do *corpus* de análise, apresentada em nove tabelas e submetidas à análise estatística descritiva, aponta uma produção majoritária de publicações internacionais (93%), com predomínio da língua inglesa (94%), das quais 39% são oriundas dos Estados Unidos. O método quantitativo foi predominante (66%) em relação ao qualitativo (34%) sendo 69,5% transversais e 30,5% prospectivos. O número de publicações apresentou crescimento até 2008 (18%), mas a partir de 2009 ocorre uma queda de mais da metade do número de publicações (8%), principalmente da metodologia qualitativa que não apresentou nenhum estudo nos últimos dois anos (2010 e 2011). A análise qualitativa desvelou três categorias: “características dos usuários de práticas regidas pelos princípios da autocura”, “a relação entre os profissionais de saúde e as práticas regidas pelos princípios da autocura” e “as práticas regidas pelos princípios da autocura”. Os dados demonstram serem as mulheres, mais velhas e com maior escolaridade as mais propensas a buscar estas práticas, sendo a oração e a meditação as mais citadas; geralmente indicadas por amigos e familiares, já que a maioria dos pacientes relata a dificuldade em conversar sobre o uso destes métodos com a equipe de saúde. A integração entre as práticas convencional e alternativa é limitada devido às diferentes lógicas de análise do processo de adoecimento. Enquanto a medicina contemporânea busca tratar a doença, a prática alternativa se inclina para a recuperação da saúde. São vantagens os custos mais baixos, ausência de efeitos colaterais, melhora significativa dos aspectos físicos e, principalmente, emocionais. Para muitos dos que a utilizam, a doença deixa de ser um castigo e passa a ser uma mensagem manifestada no corpo físico que reflete a desarmonia das escolhas que o indivíduo vem fazendo para si e o desequilíbrio com o seu meio. A inclusão de disciplinas sobre métodos regidos pelo princípio da autocura nos componentes curriculares das universidades e o incentivo a pesquisas de natureza clínica podem mapear outras dimensões do conhecimento na área, estimulando sua prática, podendo contribuir significativamente com políticas públicas no âmbito da saúde.

Palavras-Chave: Metafísica; Terapias Complementares; Oração; Meditação.

ABSTRACT

CATARUCCI, F.M. Self Healing Metaphysics: An Integrative Review. 2013. 55f. Thesis (Master) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.

This research consists of an integrative review of national and international literature about metaphysical self-healing, published between the years 2001 to 2011. The methodology is grounded on the phases proposed by Ganong (1987): selection of hypotheses, establishing criteria for sample selection, presentation of the characteristics of the primary research, data analysis, interpretation and presentation of the results of the review. The online search on scientific work on these databases: Lilacs, Medline, Web of Science, Pubmed, Scopus, using the keywords: "Self-healing", "Self-Healing and Complementary Therapies" and "Self-Healing and Integrative Therapies". Full articles were included, in Portuguese, English or Spanish, and incomplete articles, which were repeated between databases and were not relevant to the study object, resulting in a sample of 89 articles. Content analysis of the thematic side proposed by Bardin (2011) was used as a qualitative methodological strategy to organize the data. The characterization of the corpus analysis, presented in nine tables and subjected to statistical analysis, it points to a production majority of international publications (93%), with a language predominance of English (94%), of which 39% are from the United States. The quantitative method was predominantly (66%) compared to qualitative (34%) with 69.5% and 30.5% prospective cross. The number of publications grew by 2008 (18%), but since 2009, there is a decrease of more than half on numbers of publications (8%), mainly qualitative methodology presented no studies in the past two years (2010 and 2011). Qualitative analysis unveiled three categories: "characteristics of users of practices governed by the principles of self-healing", "the relationship between health professionals and practices governed by the principles of self-healing" and "practices governed by the principles of self-healing." The data shows that women, older and more educated, were the most likely to seek these practices; prayer and meditation being the most cited, usually advised by friends and family, since most patients report difficulty on talking about these methods with the healthcare team. The integration of conventional and alternative practices is limited due to various logical analysis of the disease process. While modern medicine seeks to treat the disease, the alternative practice leans towards recovery. Advantages are lower costs, lack of side effects, significant improvement of the physical and especially emotional. For many who use it, the disease is no longer a punishment and a message manifested in the physical body shows those reflects of the disharmony of the choices that the individual is doing for yourself and the imbalance with its environment. The inclusion of disciplines on methods governed by the principle of self-healing components in the curriculum of universities and encouraging clinical research which can map other dimensions of knowledge in the area, stimulating their practice and can contribute significantly to public policy in health.

Keywords: Metaphysics; Complementary Therapies; Prayer; Meditation.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Distribuição dos artigos encontrados nos bancos de dados utilizando as palavras-chave, no período de coleta de dados entre setembro a novembro de 2011	21
Quadro 2 - Distribuição do número de artigos excluídos nas bases de dados conforme os critérios de exclusão.....	22
Tabela 1 - Distribuição dos artigos coletados inicialmente e após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados no período de setembro a novembro de 2011.....	27
Tabela 2 - Distribuição dos artigos sobre autocura, segundo o ano de publicação e bases de dados, no período de 2001 a 2011.....	28
Tabela 3 - Distribuição dos artigos sobre autocura segundo o periódico onde foram publicados.....	29
Tabela 4 - Distribuição das publicações sobre autocura segundo país de origem e bases de dados, no período de 2001 a 2011.....	31
Tabela 5 - Distribuição dos artigos sobre autocura segundo a metodologia e tipo de pesquisa entre os anos de 2011 a 2011.....	32
Tabela 6 - Distribuição dos artigos sobre autocura segundo as abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas e nas bases de dados publicados entre os anos de 2001 a 2011.....	32
Tabela 7 - Distribuição dos artigos sobre autocura segundo as abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas e o ano de publicação.....	33
Tabela 8 - Distribuição dos autores dos artigos sobre autocura, segundo a profissão....	34
Tabela 9 - Distribuição dos autores dos artigos sobre autocura, segundo titulação.....	34

LISTA de ABREVIATURAS e SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MS	Ministério da Saúde do Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
PBE	Prática Baseada em Evidências
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
ISIS	Web of Science
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
TJACM	The Journal of Alternative and Complementary Medicine
TSWJ	The Scientific World Journal
BDORT	Bi-Digital O-Ring Test (Teste do Anel Bidigital)
FDA	Food and Drug Administration

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	08
Lista de Quadros e Tabelas	09
Lista de Abreviaturas e Siglas	10
Apresentação	13
1 Introdução	14
2 Objetivos	18
3 Material e Método	19
3.1 Estabelecimento do Problema da Revisão	19
3.2 Seleção da Amostra	20
3.2.1 Período de Tempo	20
3.2.2 Bases de Dados Utilizadas	20
3.2.3 Amostra	21
3.2.4 Composição da Amostra	21
3.3 Categorização dos Estudos	23
3.4 Análise dos Resultados	23
3.5 Apresentação dos Resultados e Discussão	24
3.5.1 Referencial Teórico	24
3.6 Apresentação da Revisão	26
4 Resultados	27
4.1 Dados Referentes às Publicações	27
4.2 Dados Referentes à Metodologia	31
4.3 Dados Referentes à Autoria	33
4.4 Análise Qualitativa	35
4.4.1 Características dos Usuários de Práticas Regidas pela Autocura	35
4.4.2 A Relação entre os Profissionais de Saúde e às Práticas de Autocura	36
4.4.3 As Práticas Regidas pelos Princípios da Autocura	37
5 Discussão	38
5.1 Os Usuários das Práticas Regidas pela Autocura	38
5.2 A Relação entre os Profissionais de Saúde e às Práticas de Autocura	41
5.3 As Práticas Regidas pelos Princípios da Autocura	43

6 Conclusão	47
Referências	49
Anexos	56

APRESENTAÇÃO

Todo pesquisador traz uma história sobre sua hipótese, que justifica sua pesquisa em seu coração.

A minha história começou na faculdade de fisioterapia, quando meu irmão ficou muito doente. Apesar de ter acesso aos melhores médicos e hospitais, foi um acupunturista que salvou sua vida, revertendo um processo grave de desnutrição gerado pela patologia autoimune.

Neste momento meu universo se ampliou, percebi que havia muito mais coisas que envolviam o processo saúde/doença do paciente. O que estava sendo ensinado na faculdade não era a única verdade. Comecei a estudar sobre práticas alternativas e complementares, iniciando pela medicina chinesa, que é uma grande paixão.

Depois de formada montei um consultório e fui convidada para trabalhar em uma escola de acupuntura, coordenando ambulatorios e ministrando aulas. Após dez anos de prática, e apesar dos resultados serem melhores do que o da fisioterapia convencional isoladamente, ainda carregava uma inquietude a respeito das recaídas e resultados limitantes com as doenças crônicas.

Outras propostas de trabalho relacionadas às práticas complementares surgiram. Estudei sobre ayurveda, naturopatia e xamanismo, e constatei um eixo comum em relação à fisiopatologia e aos tratamentos: ambos se baseavam em fortalecer o terreno biológico.

Neste mesmo período eu fiquei doente, e também não respondi aos tratamentos convencionais. Busquei tratamentos alternativos, que me trouxeram melhores resultados, mas apesar de mais espaçadas, eu ainda apresentava crises muito dolorosas.

Resolvi aplicar os conhecimentos que estudei. Passei a meditar, a ter mais contato com a natureza e melhorei minha alimentação. A resposta foi impressionante. Apreendi a compreender os sinais do meu corpo e dominar o meu processo de “doença”. A cura se manifestou não só no meu corpo, mas na minha vida, pois são campos que não estão dissociados.

Partilhar esses conhecimentos com meu pacientes e perceber que eles também se curaram e que outras pessoas escrevem e pesquisam a respeito é que me deu forças para falar sobre essas experiências em meus cursos e escrever este trabalho, que busca diminuir o abismo entre a ciência e o conhecimento milenar, que está armazenado em cada um de nós, aguardando o momento em que decidimos nos conectar a ele.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a difusão do uso das Medicinas Tradicionais (MT) nos países em desenvolvimento e o crescente uso da Medicina Complementar e Alternativa (MCA) nos países desenvolvidos.¹

A OMS lançou uma estratégia global, que cobriu o período de 2002 a 2005, que visou apoiar: 1) programas nacionais de pesquisa e treinamento, 2) definição de diretrizes técnicas e padrões internacionais, 3) a facilitação da troca de informações e 4) a integração da MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde.¹

Segundo a OMS, de seus 191 Estados-membros, apenas 25 tem alguma política nacional sobre MT/MCA, 65 tem leis e regulamentações para fitoterápicos e 19 tem um instituto nacional de pesquisa nestas áreas.²

O Ministério da Saúde do Brasil (MS), atendendo à necessidade de se conhecer experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública, realizou o “Diagnóstico Nacional”, no período de março e junho de 2004, que envolvesse as racionalidades já contempladas no Sistema Único de Saúde (SUS).³

Os resultados do diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos sistemas de saúde de estados e municípios demonstraram a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, dentre esses 19 capitais, num total de 26 estados.³

Em virtude da crescente demanda da população brasileira, Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da OMS, o MS aprovou em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)³ no SUS.

A PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.³

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo e que valem ser ressaltados, são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.³

A MCA abrange uma extensa variedade de modalidades de terapias e diagnóstico. Segundo a classificação adotada pelo National Center for Complementary and Alternative

Medicine (NCCAM), essas práticas podem ser divididas nas seguintes categorias: a) sistemas médicos completos (inclui a homeopatia, a naturopatia e as medicinas tradicionais, como a chinesa e a ayurvédica); b) intervenções mente-corpo (inclui meditação e oração); c) terapias baseadas na biologia (inclui terapia ortomolecular e fitoterapia); d) métodos de manipulação corporal (inclui quiropraxia, osteopatia e massagens); e) terapias energéticas (inclui qi gong, reiki e magnetoterapia).⁴

Estas práticas não são apenas eliminadoras de sintomas, como ocorre no caso dos medicamentos químicos ou intervenções cirúrgicas. Seus métodos estimulam o sistema imune do organismo a eliminar com maior facilidade, e por si mesmo, as toxinas ou a lutar contra os patógenos.⁵

As filosofias destas técnicas apresentam como princípio a autocura, cujo objetivo é estimular a saúde antes de tentar curar a doença, pois se acredita que os estímulos e causas específicas da enfermidade só são efetivos quando o organismo permite que eles o sejam.⁶ Sendo assim, não basta eliminar os sintomas, é preciso compreender os motivos que trouxeram o desequilíbrio, para que a cura realmente se estabeleça.

Desta forma é possível diferenciar o termo autocura conforme sua proposta de intervenção. Robb (2003)⁷ classificou em cinco categorias: “Autocura Sintética” (referente a um polímero que repara materiais utilizados no corpo, como as próteses), “Cura Cibernética” (dispositivo que restaura uma operação incorreta do organismo, sem intervenção humana) e “Autocura Biofísica” (é realizada no interior das células do corpo, como ocorre com as células embrionárias).

Estas três primeiras categorias acreditam que a capacidade de cura do organismo está apenas na erradicação dos sintomas da doença, e muitos terapeutas das modalidades da MCA, atuam com o mesmo pensamento ocidental, acreditando promover a cura ao utilizar suas técnicas alternativas para diminuir ou eliminar as queixas do paciente.

Isto pode explicar porque mais de 30% das pessoas que visitam um profissional da medicina alternativa afirmam se sentirem “muito descontentes” com os tratamentos recebidos.⁵

Entretanto, as outras duas categorias ampliam esta definição. No grupo denominado “Autoajuda” aparece as ferramentas destinadas a instruir sobre as técnicas de cura ou melhoria de si mesmo (como livros, cursos e cremes). E na última modalidade, no qual se centraliza esse trabalho, a “Autocura Metafísica” explica que nosso aspecto intuitivo saberia existir ou retornar à harmonia, e a doença seria apenas uma expressão de um desequilíbrio em nossas vidas, orientando-a para um sentido mais propício e satisfatório.^{7,8}

Desta forma a autocura metafísica é identificada como um processo natural, único e individual, que ocorre a partir de dentro, restaurando o equilíbrio dos sistemas, e possibilitando o autodiagnóstico e reparação sem esforço consciente. Um processo ativo no qual os pacientes assumem a responsabilidade pela sua própria saúde.⁸

A técnica do diálogo interior, sugerida por Clark (1981)⁹ como uma abordagem de autocura, consiste em exercícios de relaxamento que permitem um estado meditativo em que o paciente consulta o seu conselheiro interior, que conhece todas as razões para os desequilíbrios e que pode ajudar no processo de reequilíbrio.

Estudos recentes acreditam que confiar nessa força interna, em vez dos efeitos das drogas, seria útil no tratamento das doenças, pois produz mecanismos compensatórios naturais.¹⁰ Seria uma capacidade inata, muitas vezes descartada nos estudos como efeito placebo, como algo que deve ser controlado e eliminado.¹¹

A conexão a esta força interior pode ser realizada através de métodos naturais que auxiliam o reequilíbrio do organismo. O método de autocura definido por Chaves (2002)¹² parte do princípio de que é possível ativar os poderes inatos de nosso corpo e mente, através de movimentos suaves, combinados com massagem, alongamento, respiração e visualização.

Outros autores recomendam meditação, relaxamento, imaginação, hipnose, yoga, tai chi, terapias de toque energético, acupressão, reflexologia, oração de cura, xamanismo, sexo e o riso como atividades autônomas que beneficiariam a saúde.^{8,13,14}

Mas não basta cuidar da mente, devemos também procurar manter nosso terreno biológico, que são nossas células, limpos e sadios; pois só assim poderemos evitar que seres microscópicos inofensivos, que vivem em simbiose dentro de nós, sejam substituídos por micróbios parasitas multirresistentes.¹⁵

Neste sentido devemos evitar fatores e influências externas que produzam prejuízos ao equilíbrio da saúde, pois exercem forças que dificultam o retorno ao estado de harmonia do corpo.^{5,16}

Redução do esforço físico, estresse, variações térmicas (ar-condicionado e a baixa exposição à luz solar) e alimentação (como a homogeneização dos alimentos, gerada pela indústria alimentícia, e a hiperhigienização), que caracterizam a vida moderna, são fatores que podem resultar nestas disfunções sistêmicas.¹⁶

No SUS, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)¹⁷ é uma estratégia de retomada da possibilidade de focar estes aspectos que determinam o processo saúde-doença, ampliando as formas de intervir em saúde.

Nas últimas décadas, tornou-se importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.¹⁷

A crescente popularidade da MCA é um reflexo destas mudanças nas necessidades e valores da sociedade moderna em geral, além de ser um importante fator em saúde pública, justificando a importância deste trabalho.¹⁸

Decorre de uma elevação na prevalência de doenças crônicas, maior acesso à informação, desejo de mais controle e liberdade em relação ao próprio cuidado à saúde, um senso aumentado na designação de uma melhor qualidade de vida, declínio da crença de que medicina convencional terá maior relevância no tratamento de uma doença pessoal e um interesse aumentado em espiritualismo, autorrealização e crescimento pessoal.^{19,20}

O uso da MCA pode ajudar na redução de custos médicos, por meio da prevenção e tratamento de doenças além de proporcionar um cuidado mais humanizado, que respeite as filosofias e crenças dos pacientes.²

O'Brien (2004)⁴ afirma que há um potencial a longo prazo para economia por parte dos convênios de saúde e do governo. Este autor cita um estudo com duração de 11 anos de uma população por um convênio de saúde nos Estados Unidos (EUA) que comparou 2.000 pessoas que praticavam meditação com 600.000 que não praticavam.

Constatou 63% de redução nos gastos com saúde, 11,4 vezes menos internações hospitalares por doença cardiovascular, 3,3 vezes por câncer e 6,7 vezes por distúrbios mentais e substâncias de abuso naqueles que praticavam meditação.⁴

Um intercâmbio de caráter cooperativo entre os sistemas, que entende que os procedimentos terapêuticos possam combinar técnicas e medicamentos convencionais e alternativos sem que haja base teórica comum, pode auxiliar na redefinição do paradigma da medicina ocidental.²¹

Diante desse cenário, este estudo busca responder o que a literatura nacional e internacional apresenta sobre a autocura metafísica a fim de reunir esse conhecimento à academia, profissionais de saúde e a sociedade em geral permitindo reflexões e o aprofundamento do tema investigado.

2 OBJETIVOS

GERAL

Reunir e sintetizar a produção acadêmica sobre autocura metafísica na literatura nacional e internacional.

ESPECÍFICOS

- Identificar as publicações junto às bases de dados nacionais e internacionais no período de 2001 a 2011.
- Caracterizar as publicações nacionais e internacionais sobre autocura metafísica no que se refere à base de dados, ano de publicação, periódicos, país de origem, tipos de estudo, titulação e profissão dos autores.
- Analisar qualitativamente o conhecimento produzido na temática autocura metafísica.

3 MATERIAL E MÉTODO

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos.

Nesse cenário, a revisão emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.²² A revisão constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se caracteriza como uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência.²³ Dessa forma, é fundamental diferenciá-la das linhas de estudos existentes.

A meta-análise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados.²⁴

A revisão sistemática, por sua vez, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados.²³

A revisão integrativa, método utilizado neste trabalho, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.²⁴

Para o presente trabalho, os estudos publicados que compuseram a amostra foram analisados conforme os pressupostos de Ganong (1987)²⁵ que esclarece que o método de “revisões integrativas da literatura” envolve seis passos: estabelecimento do problema da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados e apresentação da revisão.

3.1 ESTABELECIMENTO DO PROBLEMA DA REVISÃO

Nesta etapa são formuladas as hipóteses ou questões para a revisão. O problema deve ser estabelecido com a mesma clareza e especificidade que a hipótese de uma pesquisa primária. A construção da questão da pesquisa deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve basear-se em definições já apreendidas pelo pesquisador.²⁵ A presente revisão pretende responder à seguinte questão:

– O que a literatura nacional e internacional apresenta sobre autocura metafísica ao longo da última década (2001 a 2011)?

3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada.²³ Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados.

Estes mesmos critérios poderão sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos, tendo em vista que na medida em que avança o procedimento metodológico pode-se fazer necessária uma redefinição destes critérios e até mesmo do problema, face aos artigos encontrados na literatura. A avaliação da adequação de metodologia não deve ser utilizada como um critério de inclusão, pois esta exigência seria um problema se o pesquisador excluísse quase todos os estudos encontrados com metodologia inadequada.²⁶

3.2.1 Período de tempo

Foram considerados trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais, considerando o objetivo da revisão no período delimitado entre os anos de 2001 a 2011.

3.2.2 Bases de dados utilizadas

Para o levantamento dos artigos na literatura, foram utilizados cinco banco de dados. Inicialmente a base Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), disponibilizados através do site de acesso livre do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, antiga Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).

A dificuldade em encontrar artigos nestes bancos de dados, trouxe a necessidade de ampliar à busca para bancos internacionais: Pubmed, Scopus e Web of Science (Isis), sites

que foram consultados no Serviço de Biblioteca e Documentação da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Campus Botucatu, que também disponibilizou todos os artigos selecionados pelo processo de comutação entre as bibliotecas cooperadoras e consulta no acervo de periódico.

3.2.3 Amostra

As palavras-chaves utilizadas inicialmente foram “Autocura” e “Self Healing”. Para limitar a busca quando a amostra se apresentou extensa (superior a 1000 artigos) foram utilizadas duas palavras-chaves combinadas em português e inglês. A primeira relacionada ao objeto de estudo desta revisão e a segunda palavra envolvia terapias complementares e integrativas, pois estas palavras compõem práticas relacionadas à autocura. Desta forma estabelecemos: “Autocura e Terapias Complementares”, “Self Healing and Complementary Therapy” e “Autocura e Terapias Integrativas”, “Self Healing and Integrative Therapy”.

O quadro abaixo apresenta o número de artigos encontrados nos bancos de dados com as palavras-chaves descritas no parágrafo anterior, no período de coleta de dados realizado entre setembro a novembro de 2011.

Quadro 1: Distribuição dos artigos encontrados nos bancos de dados utilizando as palavras-chaves, no período de coleta de dados entre setembro a novembro de 2011.

Palavras- chaves	Lilacs	Medline	Isis	Pubmed	Scopus	Total
Autocura	11	99	0	0	2	112
Self Healing	12	1215	5942	3574	8570	12
Autocura e Terapias Complementares	0	0	0	0	0	0
Self Healing and Complementary Therapy	0	26	71	602	217	916
Autocura e Terapias Integrativas	0	0	0	0	0	0
Self Healing and Integrative Therapy	0	3	19	34	45	101
Total Inicial da Amostra	23	128	90	636	264	1141

3.2.4 Composição da amostra

Para responder a questão da presente revisão se fez necessária a delimitação da situação/ambiente dos fenômenos estudados. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra acerca da temática autocura metafísica, artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos (2001 a 2011), publicações em periódicos nacionais e internacionais nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Foram excluídos da amostra os artigos que apresentaram pesquisas cujos objetivos ou objetos estudados, assim como população/amostras estudadas, não se relacionaram, essencialmente, com a temática 'autocura metafísica'. Trabalhos que apresentavam apenas o resumo ou se repetiram nas bases de dados, anteriores a 2001 e em outro idioma que não fosse português, inglês e/ou espanhol também foram excluídos.

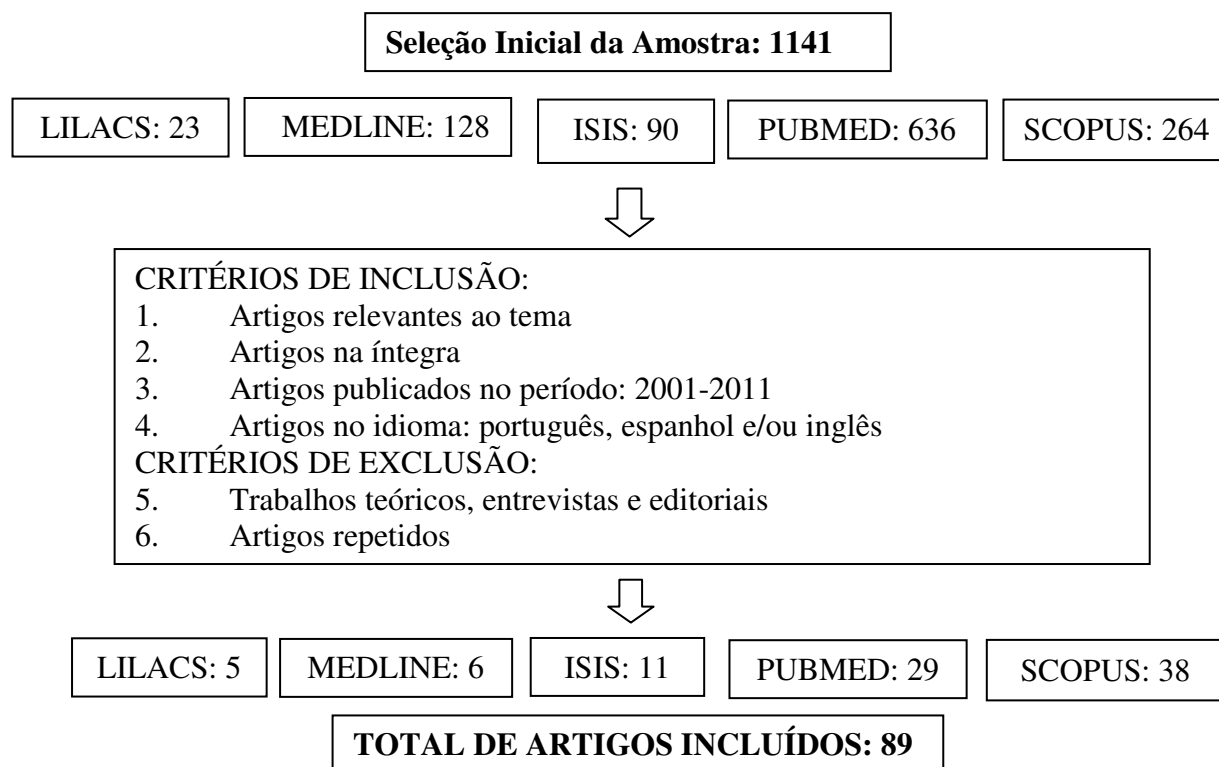
Além destes, os estudos de natureza teórica, tais como artigos de revisão de literatura (revisões bibliográficas), reflexões, ensaios e editoriais foram excluídos. No quadro dois é observada a distribuição do número de artigos excluídos nas bases de dados conforme os critérios de exclusão:

Quadro 2: Distribuição do número de artigos excluídos nas bases de dados conforme os critérios de exclusão.

Critérios de Exclusão	LILACS	MEDLINE	ISIS	PUBMED	SCOPUS	Total
1. Fora do tema	13	99	0	10	9	131
2. Não estão na íntegra	0	3	65	562	125	755
3. Teóricos	2	13	3	13	23	54
4. Anteriores a 2001	2	3	9	7	50	71
5. Repetidos	1	2	2	10	18	33
6. Em outros idiomas	0	2	0	5	1	8
Total de Excluídos	18	122	79	607	226	1052

O critério que mais excluiu artigos foi o que apresentava apenas o resumo e que portanto não se encontrava na íntegra na base de dados. A busca por outros meios de conseguir estes artigos foi desestimulada, porque se considerou que a amostra final era satisfatória para responder a pergunta deste trabalho.

O fluxograma a seguir demonstra o número de artigos obtidos nos bancos de dados com as palavras-chaves, totalizando uma amostra inicial de 1141 trabalhos e, após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão, o número de trabalhos selecionados, que somaram 89 artigos na amostra final.



3.3 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Segundo Ganong (1987)²⁵, a essência da revisão integrativa é a categorização dos estudos. O revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo.²⁷

O fichamento dos artigos selecionados, permitindo avaliar separadamente cada artigo e possibilitando extrair os dados e a síntese destes, foi norteado por um instrumento elaborado e validado por Rocha²⁸ (anexo A).

3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

De forma semelhante à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo^{22,29}. O processo de análise dos estudos desta pesquisa deu-se nas dimensões quantitativa e qualitativa.

A vertente quantitativa encontra-se apresentada em tabelas, seguindo a sugestão de Ganong, que expressam as principais características e delineamento dos artigos selecionados.²⁵

Para a qualitativa utilizou-se da análise de conteúdo na vertente representacional do tipo temática, conforme proposto por Bardin (2011)³⁰, para instrumentalizar e operacionalizar a análise do conteúdo dos artigos que compõem a amostra deste trabalho.

A análise de conteúdo desdobra-se em três fases. A pré-análise é uma fase de organização, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais elaborando um plano de análise, e inclui (a) leitura flutuante, (b) escolha dos documentos, (c) formulação de hipóteses e objetivos, (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, (e) preparação do material. Esta fase deverá obedecer a regras, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.³⁰

Na segunda fase, serão feitas operações de codificação e enumeração, e na terceira fase poderão ser feitas operações estatísticas simples ou complexas que permitirão estabelecer um quadro de resultados com as informações organizadas pela análise anterior. Posteriormente, será possível a realização de inferências e interpretação dos dados, obtendo-se categorias temáticas para cada tópico investigado na entrevista.

3.5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa, os dados foram interpretados e discutidos estabelecendo relações com outras teorias, dando sugestões para futuras pesquisas. Os dados extraídos dos estudos permitiram a produção de nove tabelas que caracterizaram os artigos incluídos e a categorização de três temáticas.

3.5.1 Referencial teórico

Os referenciais teóricos que alicerçam este trabalho são três fontes: o livro “Os Eternos Segredos da Saúde” de Andreas Moritz (2011)⁵ que discute os princípios da autocura, a Política Nacional de Promoção de Saúde (2006)¹⁷, que busca a melhora da qualidade de vida em vez de lutar contra a doença (que é um dos eixos da autocura), e a Política Nacional

de Práticas Integrativas e Complementares (2006)³, que apresenta técnicas com ideias comuns ao da autocura e que, portanto podem ser utilizadas para auxiliar este processo.

Moritz (2011)⁵ descreve que o corpo humano não está desenhado para a doença; ao contrário, defende que o organismo conta com muitos programas próprios para manter um perfeito estado de equilíbrio e para se restabelecer em caso de desarmonia.

Acredita que a natureza do ser humano é estar saudável, mas que está em nossas mãos estabelecer as condições necessárias para que este programa funcione de modo eficaz. Seria simplista crer que vitaminas, um novo fármaco, uma intervenção ou um tratamento médico alternativo poderiam emendar os efeitos de muitos anos de desatenção. O corpo teve que suportar muita pressão, durante anos em que não teve uma boa nutrição, insuficientes horas de sono e ausência de exercício adequado.⁵

A saúde também se ausenta quando desaparece a felicidade. Qualquer ação que nos afaste deste propósito está relacionado ao fracasso ou a criar obstáculos que aparecem para que retornemos ao caminho da felicidade.⁵

Há uma lei natural que indica que a energia segue o pensamento. Se a atenção se centra na doença ou esta se estabelece como ponto de referência e certeza em nossa vida, a pessoa nunca se libertará da enfermidade, já que a doença se nutre da energia negativa.⁵

O envelhecimento e as doenças são originados por efeitos combinados de atitudes mentais negativas e temerosas, emoções e excessiva acumulação de substâncias tóxicas no corpo.⁵ Estes também são princípios da promoção de saúde e que estão presentes na PNPS.¹⁷

Recuperar a saúde não consiste em recorrer a uma solução mágica e rápida; ao contrário, se trata de um processo de reconstrução que afeta cada faceta de nossa vida: criatividade, trabalho, amizades, emoções, felicidade, etc.⁵

A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.¹⁷

A PNPS¹⁷ propõe uma política transversal, integrada e intersetorial, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos participem no cuidado com a saúde.

Suas prioridades são a promoção, informação e educação em saúde, principalmente em relação à atividade física, alimentação e hábitos de vida saudáveis (controle do tabagismo e uso abusivo de bebida alcoólica); e o processo de envelhecimento.¹⁷

O estado de saúde é um reflexo de como cada pessoa percebe a si mesmo e ao mundo à sua volta.⁵ Existe um enorme potencial curativo latente no interior de cada um para restaurar o equilíbrio do corpo, da mente e espírito; e as práticas integrativas e complementares (PIC) podem auxiliar o contato com esta força interior adormecida.

Desta forma a PNPIC³ corrobora para a integralidade da atenção à saúde e contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação popular), ao considerar o indivíduo em uma esfera global, mas sem deixar de ver sua singularidade.

As PIC atuam na prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, centrada na integralidade do indivíduo e atenção humanizada. Tais abordagens ampliam a corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania.³

A utilização dos próprios poderes de cura cria um espaço reconfortante e permanente, uma sensação contínua de satisfação, e a base de uma vida criativa, próspera e gratificante.⁵

3.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação.³¹

4 RESULTADOS

A amostra das publicações coletadas no período de setembro a novembro de 2011 apresentou 1141 artigos (amostra inicial). Estes trabalhos passaram por uma seleção que respeitou os critérios de inclusão e exclusão.

4.1 Dados referentes às publicações

Foram selecionados no banco de dados da Lilacs cinco artigos, seis no Medline, 11 no Web of Science (ISIS), 29 no Pubmed e 38 no Scopus, totalizando 89 artigos selecionados (amostra final). Estes trabalhos correspondem a 7,8% da amostra inicial.

A tabela 1 demonstra a representatividade da amostra inicial e final nos bancos de dados onde às publicações foram indexadas.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos coletados inicialmente e após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados no período de setembro a novembro de 2011

Banco de Dados	Artigos Amostra Inicial		Artigos Amostra Final	
	n	f	N	f
Lilacs	23	2,00%	5	5,61%
Medline	128	11,21%	6	6,74%
Isis	90	7,89%	11	12,36%
Pubmed	264	23,14%	29	32,58%
Scopus	636	55,74%	38	42,70%
TOTAL	1141	100%	89	100%

A produção científica sobre autocura apresentou um crescimento a partir de 2004. Este período coincide com a fase em que a OMS lançou uma estratégia global na tentativa de integrar a MT/MCA nos anos de 2002 a 2005⁽¹⁾.

Entre os anos de 2004 e 2008 foram indexados o maior número de artigos que compõem esta revisão, foram 61 (68,5%) dos 89 trabalhos publicados, sendo 2008 o ano em que ocorreu o maior número das publicações (18%).

Entretanto a partir de 2009 ocorre uma diminuição de mais da metade do número de publicações de trabalhos que envolvem o tema autocura. Esta realidade se mantém até 2011, como podemos observar na tabela dois.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos sobre autocura, segundo o ano de publicação e bases de dados, no período de 2001 a 2011

Ano de Publicação	BANCO de DADOS						%
	Lilacs	Medline	ISIS	Pubmed	Scopus	Total	
2011	0	0	2	0	4	6	6,74
2010	0	0	2	1	5	8	8,99
2009	1	1	2	1	2	7	7,86
2008	1	0	2	4	9	16	17,98
2007	1	0	1	6	4	12	13,48
2006	1	1	0	4	4	10	11,23
2005	1	0	1	5	5	12	13,48
2004	0	2	0	5	4	11	12,35
2003	0	0	1	3	1	5	5,61
2002	0	2	0	0	0	2	2,25
2001	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	6	11	29	38	89	100

Os artigos foram encontrados em 49 periódicos apresentados na tabela três. As revistas “The Journal of Alternative and Complementary Medicine” (TJACM) e “The Scientific World Journal” (TSWJ) foram as que apresentaram a maior parte dos artigos (29%).

A TJACM ³² é uma revista de acesso aberto, que publica artigos sobre relatórios analíticos, e observacionais, sobre tratamentos da medicina alternativa; e tem como escopo as palavras “Botanical Medicine”, “Acupuncture and Traditional Chinese Medicine”, “Mind-Body Medicine”, “Nutrition and Dietary Supplements”, “Yoga”, “Ayurveda”, “Naturopathy”, “Homeopathy”, “Tai Chi”, “Qi Gung”, “Massage Therapy”, “Subtle Energies and Energy Medicine”, “Neurostimulation”, “Integrative Biophysics”, que são termos relacionados a autocura.

A TSWJ ³³, que também é uma revista de acesso aberto abrange uma ampla gama de assuntos de ciência, tecnologia e medicina; apresenta dentro de suas temáticas a técnica psicodinâmica (presente em muitos artigos selecionados), que é baseada na salutogênese (teoria de autocura praticada por Rudolf Steiner).

Tabela 3 - Distribuição dos artigos sobre autocura segundo o periódico onde foram publicados

Periódicos	n	%
The Journal of Alternative and Complementary Medicine	13	14,60
The Scientific World Journal	13	14,60
Complementary Therapies in Medicine	4	4,49
Integrative Cancer Therapies	4	4,49
Complementary Therapies in Clinical Practice	3	3,37
Journal of General Internal Medicine	3	3,37
Annals of Family Medicine	2	2,25
Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)	2	2,25
BMC Complementary and Alternative Medicine	2	2,25
Explore	2	2,25
Oncology Nursing Forum	2	2,25
Support Care Cancer	2	2,25
Alternative Medicine Review	1	1,12
American Journal of Obstetrics & Gynecology	1	1,12
BMC Cancer	1	1,12
BMC Health Services Research	1	1,12
BMJ Online First	1	1,12
Canadian Family Physician	1	1,12
Canadian Journal of Public Health	1	1,12
Clinical Orthopaedics and Related Research	1	1,12
Clinical Pediatrics (Phila)	1	1,12
Clinical Rehabilitation	1	1,12
Environmental Health Perspectives	1	1,12
Gender Medicine	1	1,12
Hawai'i Medical Journal	1	1,12

Tabela 3 – Distribuição dos artigos sobre autocura segundo o periódico onde foram publicados (continuação)

Periódicos	n	%
Headache	1	1,12
Journal of Affective Disorders	1	1,12
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1	1,12
Journal of Emergency Nursing	1	1,12
Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine	1	1,12
Journal of Holistic Nursing	1	1,12
Journal of Midwifery & Women's Health	1	1,12
Journal of Professional Nursing	1	1,12
Journal of Psychosomatic Research	1	1,12
Journal of Sociology	1	1,12
Medicina (Buenos Aires)	1	1,12
Pediatrics	1	1,12
Preventive Medicine	1	1,12
Qualitative Health Research	1	1,12
Revista da Associação Médica Brasileira	1	1,12
Revista Mineira de Enfermagem (REME)	1	1,12
Revista de Psiquiatria Clínica.	1	1,12
Social Science & Medicine	1	1,12
Sociology of Health & Illness	1	1,12
The Canadian Journal of Neurological Sciences	1	1,12
Tohoku Journal of Experimental Medicine	1	1,12
Torture	1	1,12
Transcultural Psychiatry	1	1,12
Women's Health Issues	1	1,12
Total	89	100%

Na tabela quatro, podemos observar que o país que mais publicou artigos sobre autocura foram os Estados Unidos (39%), com quase metade de toda produção científica, seguido do Canadá (10%), Dinamarca (9%) e Israel (9%).

O Brasil apresenta seis artigos publicados com a temática autocura, o que representa quase 7% da produção total da amostra. Publicou quatro artigos em português e dois trabalhos indexados em inglês nos bancos de dados internacionais.

O idioma predominante foi a língua inglesa (94%). Apenas cinco artigos eram em outro idioma: quatro na língua portuguesa (4,5%) e um na espanhola (1,12%), os quais estavam indexados no Lilacs.

Tabela 4 - Distribuição das publicações sobre autocura segundo país de origem e bases de dados, no período de 2001 a 2011

País de Origem	Lilacs	Medline	ISIS	Pubmed	Scopus	Total	%
Estados Unidos	0	4	5	11	15	35	39,32
Canadá	0	1	0	2	6	9	10,11
Dinamarca	0	0	0	8	0	8	8,99
Israel	0	0	1	5	2	8	8,99
Austrália	0	0	3	0	3	6	6,74
Brasil	4	0	0	0	2	6	6,74
Reino Unido	0	0	0	2	4	6	6,74
Alemanha	0	0	0	1	1	2	2,25
China (e Taiwan)	0	1	0	0	1	2	2,25
Argentina	1	0	0	0	0	1	1,12
Austria	0	0	1	0	0	1	1,12
Escócia	0	0	1	0	0	1	1,12
Itália	0	0	0	0	1	1	1,12
Malásia	0	0	0	0	1	1	1,12
Noruega	0	0	0	0	1	1	1,12
Turquia	0	0	0	0	1	1	1,12
Total	5	6	11	29	38	89	100

4.2 Dados referentes à metodologia

A maior parte dos artigos abordam usuários e profissionais de saúde em um único momento (62 artigos) e quantifica suas respostas (59 publicações da amostra), portanto

esta revisão está composta na sua maioria por estudos transversais (69%) e que utilizaram metodologia quantitativa (66%), como observamos na tabela abaixo.

Tabela 5 – Distribuição dos artigos sobre autocura segundo a metodologia e tipo de pesquisa entre os anos de 2001 a 2011

	Transversais	Prospectivos	Total (n)	Total (f)
Quantitativos	48	11	59	66,29%
Qualitativos	14	16	30	33,70%
Total (n)	62	27	89	100%
Total (f)	69,66%	30,33%	100%	100%

A diferença entre a porcentagem de metodologias quantitativas (66%) e qualitativas (34%) torna-se importante quando os artigos do banco de dados da Scopus são computados, pois este apresentou quase 80% dos seus trabalhos publicados na metodologia quantitativa.

Esta preferência na publicação de artigos com metodologia quantitativa apresentada pelo Scopus não se repetiu em todos os bancos dados. Na Medline houve uma igualdade na distribuição percentual do tipo de metodologia usada, e na Pubmed os artigos qualitativos chegaram a ser em maior número (55%). Estes dados podem ser observados na tabela seis.

Tabela 6 – Distribuição dos artigos sobre autocura segundo as abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas e nas bases de dados publicados entre os anos de 2001 a 2011

Método	Lilacs	Medline	ISIS	Pubmed	Scopus	Total	f
Quantitativo	4	3	9	13	30	59	66,3%
Qualitativo	1	3	2	16	8	30	33,7%
Total	5	6	11	29	38	89	100%

Na tabela sete, nota-se que os anos que mais publicaram trabalhos quantitativos foram 2007 (17%) e 2008 (17%). A partir de 2009 o número de artigos com esta abordagem metodológica diminui, mas ainda se observa publicações quantitativas que abordam a temática sobre autocura.

Estes dados se tornam relevantes quando se analisam os trabalhos qualitativos, que vinham mantendo uma boa frequência de publicações em 2004 (20%), 2005 (20%) e 2008 (20%), mas que sofre uma diminuição importante em 2009 com metade da produção dos anos anteriores e que nos últimos dois anos (2011 e 2010) não apresenta nenhuma publicação.

Este dado sugere a necessidade de resgatar a abordagem qualitativa dentro desta temática, principalmente porque a autocura é definida como um processo individual, e a abordagem qualitativa têm como proposta o estudo dos significados da experiência do indivíduo, enriquecendo o conhecimento sobre este tema.

Tabela 7 – Distribuição dos artigos sobre autocura segundo as abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas e o ano de publicação

ANO	Quantitativo		Qualitativo	
	n	f	n	f
2011	6	10,17%	0	0%
2010	8	13,56%	0	0%
2009	4	6,78%	3	10%
2008	10	16,95%	6	20%
2007	10	16,95%	2	6,66%
2006	6	10,17%	4	13,33%
2005	6	10,17%	6	20%
2004	5	8,47%	6	20%
2003	3	5,08%	2	6,66%
2002	1	1,69%	1	3,33%
2001	0	0%	0	0%
TOTAL	59	100%	30	100%

4.3 Dados referentes à autoria

Houve um grande número de trabalhos que não apresentaram dados sobre a profissão (80%) e a titulação (58%) dos autores em seus artigos como observamos nas próximas duas tabelas, 8 e 9.

Apenas 20% dos pesquisadores indicaram sua profissão nos artigos, e dentre as citadas, as mais encontradas foram a de médicos (10,26%), seguido pelos enfermeiros (7,12%).

É interessante observar nesta tabela relacionada às profissões, a presença de farmacêuticos, principalmente vinculados a artigos sobre fitoterapia; e sociólogos que buscaram compreender a dinâmica da autocura em relação ao ambiente.

Tabela 8 – Distribuição dos autores dos artigos sobre autocura, segundo a profissão.

Profissão	Número	%
Médico	36	10,26
Enfermeira	25	7,12
Farmacêuticos	5	1,42
Sociólogo	3	0,85
Terapeuta Holístico	1	0,28
Estudante	1	0,28
Desconhecida	280	79,77
Total	351	100

Apenas 42% dos autores divulgou a titulação nos artigos, demonstrando a necessidade de uma maior atenção por parte dos pesquisadores em informar estes dados nos trabalhos. A titulação de “doutor” (24%) foi a mais representativa, pois a maioria dos estudos estava vinculado às universidades (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos autores dos artigos sobre autocura, segundo titulação.

Titulação	Número	%
Pós Doutorado (PhD)	84	23,93
Doutorado	6	1,71
Mestrado	47	13,39
Bacharel	6	2,56
Desconhecida	205	58,40
Total	351	100%

4.4 Análise Qualitativa

A análise qualitativa alicerçada na análise de conteúdo na vertente representacional temática³⁰ desvelou três categorias relativas à Autocura Metafísica.

4.4.1 Características dos Usuários de Práticas Regidas pela Autocura

Esta categoria discute o perfil destes usuários, as técnicas mais utilizadas, os motivos que estimulam a busca por estas técnicas, as dificuldades e vantagens que estes usuários identificaram nas práticas regidas pelos princípios da autocura. Esta categoria apresenta mais da metade (52) dos artigos³⁴⁻⁸⁵ desta revisão.

As pesquisas com os objetivos de caracterizar os usuários³⁴⁻⁴³, concluíram que as mulheres (62%), mais velhas, com mais educação e piores condições de saúde são mais propensas a usar MT/MCA.

Em relação ao tipo de prática, existe um número significativo de usuários, principalmente quando a oração, que é a mais citada, é incluída como uma destas terapias. As outras práticas mais citadas são as vitaminas, suplementos, dietoterapia, meditação, massagens e musicoterapia.⁴⁴⁻⁶⁷

A classificação sobre o que é ou não é MCA, é discutida em dois artigos desta revisão.^{34,68} E demonstrou que ao incluir todos os tipos (que apresentam um terapeuta alternativo ou que é autorrealizado pelo usuário, como por exemplo, a oração) apresenta 98% de usuários. Mas que atribuir o uso da MCA à presença de um terapeuta esta proporção é reduzida para apenas 20% de usuários.⁶⁸

Outra questão levantada pelos pesquisadores é o número significativo de medicamentos alternativos que podiam interagir negativamente com a medicação alopática.⁴⁴ Uma realidade que é agravada quando se observa que a maioria dos estudos demonstra que os pacientes não abordam sobre o uso destas terapias com sua equipe de saúde.^{45,69}

Na maioria dos artigos o incentivo e informação para iniciar o uso da MCA foram de um amigo ou parente^{46-48,70}, ou seja, a divulgação sobre os resultados destes métodos partem de experiências pessoais partilhadas em grupos sociais heterogêneos.

A procura por este apoio leva muitos pacientes a buscarem a internet. Pacientes com câncer descobriram nesta opção elementos que propiciam uma forma de viver com uma doença crônica ao invés da simples aceitação da “sentença de morte”.⁷¹

O atendimento insuficiente prestado ao doente na medicina convencional aparece como um dos motivos pela opção de buscar a MCA, mas não é exclusivo. Pacientes de doenças crônicas citaram que a principal motivação para o uso das MCA foi “ajudar o seu corpo a se curar”, para “impulsionar o sistema imunológico” e para “dar uma sensação de controle em relação ao seu tratamento”.^{49,72-75}

Em trabalhos qualitativos sobre o uso das MCA aparecem relatos sobre as dificuldades e vantagens observadas pelos pacientes que optam pelo tratamento com estes métodos, como: i) a tensão entre a percepção da necessidade de autodisciplina restritiva ao lado de um sentido do potencial emancipatório, ii) o papel dos terapeutas em reconceituar a doença, e iii) a complexa interação entre noções de autocura e aceitação da mortalidade individual.⁷⁶⁻⁸³

Pacientes com história de cura de patologias crônicas descrevem que as competências clínicas que facilitam estes processos são: autoconfidência, autogestão emocional, atenção e conhecimento. E que três pontos desenvolvidos nesses processos foram: confiança, esperança, e uma sensação de autoconhecimento.⁸⁴

Outro trabalho canadense corrobora com estas ideias e conclui que embora os profissionais de saúde não possam ser capazes de criar experiências transformadoras para os pacientes, eles podem estabelecer e manter condições que apoiem este processo.⁸⁵

4.4.2 A Relação entre os Profissionais de Saúde e as Práticas de Autocura

Esta categoria discute a forma como instituições e profissionais de saúde convencionais analisam esta integração entre as práticas instituídas e a MCA regidas pelos princípios da autocura. Esta temática envolveu dez artigos.⁸⁶⁻⁹⁵

Estes trabalhos demonstraram que os hospitais estão buscando criar ambientes mais holísticos e que as enfermeiras são as profissionais de saúde que mais oferecem modalidades alternativas nestes locais.⁸⁶⁻⁸⁸

Entretanto, outros estudos demonstram que existem desafios para esta integração.⁸⁹⁻⁹¹ Por um lado, em relação ao fato de que a visibilidade da MCA é possível apenas em relação às práticas convencionais, e, por outro, as notáveis diferenças nas lógicas de operação da medicina alopática, alicerçada no discurso sobre a doença e a cura sintomatológica; e das MCA, pautadas na manutenção da saúde.⁹¹⁻⁹³

Uma forma de auxiliar nesta integração seria através da inserção de disciplinas que discutissem as práticas alternativas e complementares nas instituições de ensino da área da saúde e pós-graduações orientadas para esta temática. Dois artigos com estudantes de enfermagem^{94, 95}, demonstraram que mais de 85% dos alunos desejavam mais educação sobre o assunto, sem necessariamente aprender as habilidades para realizar estas terapias.

4.4.3 As Práticas Regidas pelos Princípios da Autocura

Esta categoria foi composta pelos 27 trabalhos prospectivos⁹⁶⁻¹²², que acompanharam e analisaram os resultados de terapias complementares e alternativas regidas pelos princípios da autocura.

Quatro trabalhos publicados se basearam na teoria da salutogênese⁹⁶⁻⁹⁹, proposta por Aaron Antonovsky (1979), em que as forças que geram a saúde se opõem à patogênese, ou seja, às influências que causam a doença. Foi fundamentada no 'senso de coerência', que significa um estado de harmonia e bem-estar com o meio social, familiar e consigo mesmo.

Estes estudos apresentaram melhoras significativas, segundo estes autores, ao final do tratamento. Assim como artigos que buscaram trabalhar com grupos de apoio usando a educação em autocuidado¹⁰⁰, automassagem¹⁰¹, práticas corporais (Tai Chi)¹⁰² e arteterapia¹⁰³.

Resultados similares ao da terapia de grupo foram observados em pacientes em tratamento de psicoses e dependência química que frequentavam grupos religiosos.^{104,105} O apoio social prestado ao paciente e a família foi o ponto central apontado nestes trabalhos. Além da fé que foi apontada em outros dois estudos como um fator importante no processo de cura.^{106,107}

A alimentação saudável, evitando produtos que contenham aditivos químicos, foi uma orientação prescrita por 95% dos terapeutas alternativos e complementares¹⁰⁸ e o ambiente tranquilo em meio à natureza¹⁰⁹ foi descrito por um grupo de pacientes como um auxílio importante para a centralização de sua atenção sobre a autocura e desenvolvimento de um melhor senso de equilíbrio entre sua mente e corpo.

Oito estudos de casos com resultados significativos, segundo seus autores, foram publicados em Israel¹¹⁰⁻¹¹⁷ e utilizaram a meditação, como técnica para facilitar a cura e a autonomia, ajudando na conexão da sua voz interior e na busca do seu propósito de vida.

Além das vantagens nos sintomas físicos e emocionais, outros estudos demonstram como pontos positivos em relação uso das MCA: os custos mais baixos¹¹⁸, a

ausência de efeitos adversos ¹¹⁹ e o incentivo aos pacientes para tomarem um papel ativo e de autocuidado ¹²⁰⁻¹²². Os efeitos permanecem mesmos quando associadas à medicina alopática. ^{121,122}

5 DISCUSSÃO

O corpus de análise da revisão integrativa permitiu ter uma visão global da produção acadêmica acerca da autocura metafísica, mapeada a partir de bases de dados internacionais e nacionais que deram visibilidade a esse conhecimento. Os trabalhos selecionados permitiram desvelar três categorias temáticas que foram discutidas à luz dos referenciais teóricos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ³, Política Nacional de Promoção à Saúde ¹⁷, e o livro *Os Eternos Segredos da Saúde* ⁵.

5.1 Os Usuários das Práticas Regidas pela Autocura

A PNPIC ³ foi uma grande conquista à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados.

O estudo do diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares no SUS observou a existência de alguma das práticas em 26 estados da Federação, com concentração nos estados da região sudeste. ³

Destaca-se que este número poderia ser muito maior, pois é uma variável dependente da classificação da MCA pelo Departamento de Atenção Básica e secretarias estaduais e municipais do país que responderam o questionário do diagnóstico situacional. Este dado pode inclusive explicar a concentração da região sudeste no diagnóstico situacional no SUS.

Outro estudo brasileiro demonstra a prevalência de 9% do uso de medicinas complementares e alternativas quando consideradas somente as que envolvem custos e, portanto a presença de um terapeuta (homeopatia, acupuntura, quiropraxia, medicina ortomolecular, técnicas de relaxamento/meditação e massagem); e de 70% quando incluímos todas as terapias, como a oração. ³⁴

Os resultados do diagnóstico situacional no SUS ainda demonstraram que quanto à frequência, o Reiki e Lian Gong são predominantes, seguidas da Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura e que as ações, preferencialmente, estão inseridas na Atenção Básica – Saúde da Família.³

Desta forma optou-se como estratégia de elaboração desta Política a formação de subgrupos de trabalho, representados pelas Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica.³

Observamos que apesar do Reiki (técnica baseada na teoria dos chacras) e o Lian Gong (prática que pertence à teoria da Medicina Chinesa) terem sido as práticas mais citadas no diagnóstico situacional no SUS, não tiveram representantes na elaboração da PNIPIC.

Os subgrupos representados pelas Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica criaram diretrizes gerais que abrangem todas as práticas integrativas e complementares, mas a descrição da implementação destas diretrizes foi especificada apenas para as áreas representadas por estes subgrupos. Na prática isto pode representar mais apoio a implantação e pesquisas às práticas que abrangem estes grupos.

Desta forma abrimos opções de intervenções alternativas que apresentam como vantagens tratamentos com menos efeitos colaterais e menor custo se comparados com a medicina alopática^{118,119}, mas que mantém a dependência do paciente por um terapeuta para poder intervir em seu processo de adoecimento, pois as técnicas propostas nas implementações das diretrizes insistem em atuar como a medicina convencional, ou seja, buscam reequilibrar a desarmonia do paciente, mas sem compreender o fator causal da doença, mantendo assim o usuário passivo neste processo.

A teoria microbiológica das doenças, em que se baseia o moderno sistema médico, foi postulado pelo químico francês Louis Pasteur no final do século XIX, no qual toda enfermidade infecciosa tem sua causa (etiologia) num micróbio com capacidade de propagar-se entre as pessoas, portanto o tratamento deve buscar o microrganismo responsável por cada enfermidade para se determinar um modo de combatê-lo.⁵

Pasteur, ao final de sua vida, teria admitido que seu conterrâneo e rival Antoine Béchamp, químico e biólogo francês, estaria correto ao afirmar que a ecologia do sangue e dos tecidos desempenha um papel decisivo na hora de determinar se a enfermidade chegará a se manifestar,¹⁵ demonstrando que se o equilíbrio acidobásico (pH) do corpo estiver tendendo para acidez, o organismo se torna um ambiente propício para microrganismos destrutivos e o risco de ficar doente aumenta.⁵

Portanto a enfermidade é uma manifestação de uma crise de toxicidade do corpo, que produz um ambiente propício à multiplicação dos micróbios. Entre as toxinas se encontram os aditivos químicos alimentares, a contaminação ambiental, os resíduos do metabolismo (como por exemplo, a adrenalina liberada em momentos de estresse) e a toxicidade gerada pelas bactérias e fungos que descompõem os alimentos que não foram assimilados no sistema digestivo.^{5,123}

Neste sentido, a PNPS¹⁷ parece estar mais alinhada com a proposta da autocura, ao propor que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de maneira que as ações operem sobre os efeitos do adoecer e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.¹⁷

Os trabalhos qualitativos com usuários de medicinas complementares e alternativas demonstram que os pacientes estão querendo ajudar o seu corpo a se curar, impulsionando o sistema imunológico e na busca por um controle maior em relação ao seu tratamento.^{49,72-75}

Como as propostas de políticas de promoção de saúde permanecem no papel e o acesso à medicina convencional é difícil (seja pelo custo alto dos exames e terapêuticas ou pelas filas de espera no sistema público) e, quando possível, apresenta resultados insatisfatórios, grupos independentes estudam e praticam formas alternativas de recuperar a saúde.

Zago (2005)¹²⁴, autor do livro “Câncer tem Cura”, descreve sua experiência bem-sucedida com o uso de uma fórmula natural feita a partir da babosa (aloe vera) para a cura de várias doenças. Relata sua experiência em uma comunidade de baixa renda aliando o tratamento com educação.

As aulas falavam sobre a importância da felicidade (bons pensamentos), alimentação (sem carne), fitoterapia local e produção autossuficiente dos alimentos através da horta comunitária, diminuindo os custos e melhorando a qualidade ao consumir produtos sem agrotóxicos.¹²⁴

O projeto Alimentação Viva, coordenado pelo Dr. Alberto Gonzalez¹⁵ trabalha de forma similar em Programas de Saúde da Família de cidades do interior do estado de São Paulo. Os pacientes passam por consulta médica, e são encaminhados para as oficinas sobre o preparo de alimentos funcionais, sendo assim convidados e treinados para serem agentes ativos no seu processo de cura.

Podemos citar também o grupo Biosaúde que utiliza o método da bioenergética, que é uma técnica inspirada na cinesiologia aplicada. Através de testes musculares é possível detectar a causa e indicar o tratamento, sempre orientando recursos simples, acessíveis e naturais, como por exemplo, chá, argila e banhos de sol.¹²⁵ Este grupo foi inúmeras vezes notícia nos meios de comunicação acusados de realizarem atividades perigosas e fraudulentas.

Mas a mesma técnica criticada pela mídia é divulgada com o nome de “Teste do Anel Bidigital (BDORT)” pela Associação Médica Brasileira de Acupuntura¹²⁶, sobre o qual há livros e artigos publicados, demonstrando a eficácia do método. Só que em vez de usarem a técnica para testar tratamentos acessíveis vindos da natureza, orientam o uso para a prescrição de medicamentos.

O eixo comum destas práticas é a reconexão com os recursos simples e baratos que a natureza oferece, como a alimentação, respiração e exercícios. São práticas sempre citadas nos meios acadêmicos e de comunicação, mas que não estão presentes na rotina diária dos enfermos e dos centros de saúde.

Por isso estes grupos não deveriam ser vistos como inimigos do atual sistema de saúde, e que, portanto devem ser combatidos. São experiências positivas, que poderiam ser apoiadas e estudadas, permitindo uma maior compreensão de seus benefícios e limitações.

Discutidas e aplicadas nos sistemas educacionais de saúde poderiam ampliar a visão limitada dos profissionais de saúde que atuam apenas sobre o sintoma e auxiliar na difícil integração atual entre a medicina convencional e a denominada alternativa.

5.2 A Relação entre os Profissionais de Saúde e às Práticas de Autocura

A PNPS¹⁷ tem como objetivo promover o entendimento da concepção ampliada de saúde entre os trabalhadores de saúde, assim como a PNPIC³, que tem entre suas diretrizes a divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Apesar das intenções mencionadas nestas políticas, a realidade ainda é bem diferente. Gonzalez (2008)¹⁵, médico e docente em fisiologia, questiona em seu livro a atual forma do ensino da Medicina, em que não há no ciclo clínico, a discussão em como fazer o regresso ao estado de saúde pela recuperação da fisiologia e do metabolismo normais. Os alunos estudam medicamentos e equipamentos de alta tecnologia diagnóstica e intervencional,

que os habilitarão a interromper as perfeitas rotas metabólicas e os sistemas fisiológicos que foram ensinados no ciclo básico.

A prática alopática cristaliza-se na vida profissional, por intermédio de uma fiel e abrangente parceria estabelecida entre a indústria farmacêutica e a de prestação de serviços médicos.¹⁵ Os numerosos procedimentos e medicamentos desnecessários, erros e falsos diagnósticos foi a principal causa de morte nos Estados Unidos em 2007, superando as cardiopatias e câncer.⁵

Para Moritz (2011)⁵ as investigações científicas não devem ser usadas de forma exclusiva para formular uma verdade determinada, pois é muito fácil utilizar os estudos para manipular as opiniões e crenças. Cita como exemplo a FDA (Administração de Drogas e Alimentos), nos Estados Unidos, que retira 150 remédios ao ano do mercado devido aos efeitos secundários que causam em numerosos pacientes. Sendo que estas mesmas drogas foram testadas por estudos clínicos e aprovadas por esta agência fiscalizadora nos anos anteriores.

Para Trudeau (2004)¹²⁷, a questão da fiscalização dos medicamentos e produtos alimentícios é agravada quando se observa que a maioria das pessoas envolvidas na liberação destes produtos para comercialização pertenceram às empresas submetidas aos testes e que, portanto não seriam resultados imparciais.

Segundo este autor, algo similar ocorreria em relação aos alimentos processados e industrializados, fiscalizados também pela FDA. Sugerindo a existência de uma rede criada para gerar doenças, no qual a população é envenenada por produtos ricos em aditivos químicos (corante, aromatizantes, emulsificantes, glutamato monossódico, etc.), para depois usar os medicamentos.¹²⁷

Um exemplo atual é o da empresa Monsanto, que produz alimentos transgênicos proibidos na Europa (após pesquisas em ratos que demonstraram sua ação cancerígena), mas vendidos em larga escala em toda a América como ingrediente dos produtos alimentícios industrializados.^{127,128}

No Brasil, essa cumplicidade se estabelece na segunda e terceira fases da terapêutica exploratória, quando os efeitos colaterais dos medicamentos ainda não são plenamente conhecidos. Exemplos drásticos são o do Vioxx® e do Celebra®, que foram trazidos ao país com grandes honras, na forma de antiinflamatórios sem efeitos gastrointestinais, mas provavelmente, após anos de uso em milhões de pacientes, demonstraram ser capazes de dobrar os riscos de infarto do miocárdio e de acidentes vasculares cerebrais.¹⁵

A maioria dos métodos atuais de diagnóstico clínico para doenças crônicas se centram nos sintomas e, portanto, ocultam ou não tratam as causas desses sintomas.¹²⁹ Assim se substitui as terapias naturais que possuem o conhecimento para a prevenção e cura das mais diversas doenças, não patenteáveis, por terapias sintéticas patenteáveis e, portanto, lucrativas.¹⁵

Gonzalez (2008)¹⁵ reflexiona que o conhecimento da prevenção e cura das mais diversas doenças já está disponível ao domínio público, mas que não são utilizados por serem considerados simplórios ou obsoletos, sendo algumas práticas até condenadas, embora sejam eficientes e completamente desprovidas de complicações ou de efeitos colaterais.

Entre as diretrizes das PNPS¹⁷ e PNPIC³ está o incentivo a pesquisa em promoção da saúde e PIC, respectivamente, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações e cuidados prestados.

Por não serem práticas que envolvem registro de patentes, não há interesse por parte das indústrias e empresas, por isso são as comunidades acadêmicas que serão os ambientes ideais para que estas pesquisas se desenvolvam. As universidades podem se tornar os maiores aliados de uma nova tomada de consciência, no qual os medicamentos alopáticos serão utilizados apenas na dose e na hora apropriadas.¹⁵

Isto já começa a ser realidade em algumas universidades norte-americanas que apresentam programas curriculares de Medicina Integrativa, que tem como proposta integrar os vários aspectos biopsicossociais, no qual as interações do indivíduo com seus familiares e seu ambiente social são estudados para a compreensão do processo saúde-doença.¹⁵

5.3 As Práticas Regidas pelos Princípios da Autocura

Desde a infância nossos pais, professores e a sociedade em geral nos convenceram de que o corpo é frágil, principalmente quando o processo de envelhecimento começa a manifestar os primeiros sinais. Antes somente íamos ao médico quando se estava doente. Agora temos que ir ao médico de forma regular, desde antes de nascer e logo durante toda a vida.⁵

Desta forma, educados a delegar as percepções e decisões sobre nosso corpo para outras pessoas, consideradas especializadas no funcionamento do organismo, pessoas lotam os sistemas públicos de saúde por sintomas simples. Após longa espera, saem geralmente medicadas, e caso não recebem uma prescrição medicamentosa acreditam que não foram tratadas.

Os casos mais graves são submetidos a exames invasivos e métodos que muitas vezes provocam efeitos colaterais piores que o sintoma inicial, como a quimioterapia. Sendo considerado aceitável e uma fatalidade, se o paciente morrer durante o tratamento. Se a pessoa optar por um tratamento alternativo e tiver o mesmo fim será considerado imprudente e irresponsável, sendo o médico punido por tal fato.

Foi o que aconteceu com a médica dinamarquesa Kirstine Nolfi ¹³⁰ na Dinamarca em 1950, após a morte de dois pacientes. Ela foi responsabilizada pelas autoridades médicas pelo falecimento destas pessoas e perdeu o direito de exercer a medicina, apesar dos familiares dos pacientes a defenderam durante o processo, por incentivar o tratamento através da alimentação crudívora.

Outro exemplo, atual e no Brasil, foi a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) em 2012, de enviar denúncia ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) contra o obstetra Jorge Kuhn. A denúncia foi motivada por sua participação em reportagem em programa televisivo, defendendo o parto domiciliar.

O sentimento de não poder fazer algo por si mesmo, de não ter controle sobre si, é uma das razões mais comuns das doenças físicas e mentais. A maioria das pessoas chama este sentimento de “estresse”. A idéia de vulnerabilidade e insegurança gera medo e desencadeia profundas mudanças bioquímicas no corpo. ⁵

Todo pensamento e sentimento se traduzem instantaneamente em substâncias bioquímicas no cérebro e outras partes do corpo. O sistema endócrino, farmácia pessoal e gratuita, gera hormônios em resposta a nossas experiências mentais. O laboratório que todos nós levamos dentro pode fabricar tudo o que precisamos e somos nós mesmos que formulamos as receitas. ⁵

Entre essas substâncias se encontram os hormônios do estresse (adrenalina, cortisol e colesterol), que quando liberadas no sangue podem salvar a vida, mas que de forma constante podem ferir os vasos sanguíneos e afetar nosso sistema imunológico. Por outra parte as emoções de felicidade se manifestam com endorfinas, serotonina e interleucinas, que são substâncias relacionadas com experiências agradáveis. ⁵

Da mesma forma ocorre com os componentes da natureza, que são perfeitos quando utilizados *in natura*, pois apresentam sinergismo. Mas que passam a apresentar efeitos colaterais ou não apresentam resultados, quando tem um dos seus componentes sendo utilizado de forma isolada. ^{15, 124}

A divisão corpo-mente, baseada nos velhos e antiquados paradigmas do comportamento humano, na realidade nunca existiu. A crença de que o homem é essencialmente físico na atualidade, ignora o grande papel que a mente, os sentimentos e emoções tem em nosso bem-estar.¹³¹

O sistema atual de saúde busca culpar a doença por nossa falta de bem-estar, insistindo em combatê-la como se fosse um inimigo.¹³² Ao centrar a atenção na doença, ou estabelece-la como ponto de referência e certeza em nossa vida, a pessoa não consegue se libertar dela, já que a doença se nutre de nosso pensamento negativo, originando um forte estado imunodepressivo e impedindo que o sujeito recupere efetivamente a saúde.⁵

Ao mesmo tempo, Bruzos et al. (2011)¹³³ atenta que o meio ambiente vem sendo concebido como um simples cenário, algo externo ao ser humano, onde não estamos inseridos e no qual acontecem suas interações e inter-relações. A degradação ambiental vem modificando nosso cenário de forma acelerada e interferindo negativamente no processo saúde–doença de toda a comunidade. A complexidade dos problemas ambientais clama pela adoção de medidas que superem práticas assistencialistas, levando à adoção de práticas transdisciplinares que avancem na promoção da saúde.¹³³

Assim a enfermidade desaparece quando se gera estímulos saudáveis e vitais para o corpo e a mente. No livro “Os segredos eternos da Saúde” (2011)⁵, o autor discute sobre hábitos de vida que estimulam o bem-estar e, portanto, a saúde. Aborda sobre vantagens da alimentação vegetariana e orgânica, hidratação e banhos de sol diários, prática de exercícios físicos regulares, métodos de desintoxicação (e supressão dos hábitos que levam a este processo: alimentos industrializados, tabaco, álcool), rotina de sono, meditação, exercícios de respiração e terapias naturais (urino terapia, geoterapia, gemoterapia, auto-hemoterapia, massoterapia, fitoterapia, radiestesia e arte terapia).

Zago (2005)¹²⁴ defende o uso da babosa (aloe vera) no combate ao câncer e orienta outras associações para auxiliar os efeitos benéficos da planta, que corroboram com o livro usado como referencial teórico deste trabalho, como a alimentação vegetariana. Acrescenta ainda que a doença surge quando não se está em sintonia com seu propósito interior.

O paciente requer amor, cuidados, nutrição e a sensação de estar inteiro novamente. A única experiência que necessita o desequilíbrio corpo-mente para se recuperar é a experiência de felicidade, a qual chega quando a pessoa assume a responsabilidade por sua saúde e elimina toda congestão e desequilíbrio do seu corpo físico e mental. Trata-se de um grande processo de fortalecimento interno que satisfaz a alma, o corpo e o coração.⁵

O MS vem discutindo estas perspectivas e, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega entre seus eixos o Pacto em Defesa da Vida, que possui entre as suas macroprioridades o acesso e a qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde.¹⁷

Estas prioridades compõem as diretrizes da PNPS¹⁷ que ainda possui em suas ações específicas prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável. Trazendo o conceito da conexão entre o corpo e o meio, enquanto a PNPIC³ traz a associação entre corpo e a mente nas bases de suas práticas.

Moritz (2011)⁵ encerra um dos seus capítulos com uma descrição exata sobre o processo da autocura: “Os segredos da saúde e rejuvenescimento não constituem em um conjunto de outros conhecimentos que temos que introduzir do exterior em nossa vida. Cada pessoa é a fonte desses segredos e sabedoria de cura intemporal (...)”.

Podemos solicitar ajuda para suprimir os sintomas de uma patologia, mas não delegar o controle sobre o processo de adoecimento a outra pessoa, seja alternativa ou convencional. Mas conscientes de que a enfermidade é uma mensagem manifestada no corpo físico que reflete nossas escolhas e nossa interação com o meio, e que, portanto para vivenciar a autocura é preciso se reconectar a si mesmo, se perceber e buscar compreender as causas da perda da saúde. Se encorajar para transformar o que precisa ser renovado, e assim conquistar a autonomia sobre a saúde novamente.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho reuniu e sintetizou a produção acadêmica em relação à autocura metafísica possibilitando identificar e caracterizar as publicações e discutir o conhecimento produzido em três dimensões: a dos usuários destas práticas, dos profissionais da saúde convencional e as propostas e resultados de terapias regidas pelo princípio da autocura.

Apontou que a maioria das publicações foi coletada em bases de dados internacionais entre os anos de 2004 a 2008, mas que a partir de 2009 ocorre uma queda significativa de mais da metade do número de publicações, principalmente qualitativos que não apresentou nenhum estudo nos últimos dois anos da coleta (2010 e 2011).

Estes dados demonstram a necessidade de incrementar as pesquisas de abordagens quantitativas e principalmente qualitativas, pois, sendo a autocura um processo individual, esta abordagem permite observar os significados da experiência do indivíduo, enriquecendo o conhecimento sobre esta área.

A análise qualitativa deu visibilidade à caracterização dos usuários das práticas de autocura demonstrando serem as mulheres, mais velhas e com maior escolaridade as mais propensas a buscar estas técnicas, sendo a oração e a meditação as mais citadas; e geralmente indicadas por amigos e familiares, já que a maioria dos pacientes relata que não abordam sobre o uso destes métodos com a equipe de saúde.

Os trabalhos que abordaram os profissionais de saúde observaram que a integração entre as práticas convencional e alternativa realmente existe e é limitada devido às lógicas de análise do processo de adoecimento. Enquanto a medicina contemporânea busca tratar a doença, a medicina alternativa se inclina para a recuperação da saúde.

Uma forma de auxiliar nesta integração seria através da inserção de disciplinas que discutissem as práticas alternativas e complementares e pós-graduações orientadas para esta temática nas instituições de ensino da área da saúde.

Os estudos prospectivos de métodos baseados em princípios da autocura selecionados para este trabalho demonstraram, além de custos mais baixos e ausência de efeitos colaterais, melhora significativa dos aspectos físicos e emocionais dos pacientes. Mas acima de tudo, trouxeram confiança, esperança, autonomia e autoconhecimento.

A doença deixa de ser um castigo e passa a ser uma mensagem manifestada no corpo físico que reflete a desarmonia das escolhas que o indivíduo vem fazendo para si e o desequilíbrio com o seu meio.

As técnicas regidas pelo princípio da autocura podem contribuir significativamente com as políticas públicas no âmbito da saúde, principalmente em relação à PNPS que traz o conceito da conexão entre o corpo e o meio, e a PNPIC, que traz a associação entre corpo e a mente nas bases de suas práticas.

A inclusão de disciplinas sobre esta temática nos componentes curriculares das universidades e o incentivo a pesquisas de natureza clínica podem mapear outras dimensões na área melhorando o conhecimento e estimulando sua prática.

REFERÊNCIAS

1. Zhang X. Integration of traditional and complementary medicine into national health care systems. *J Manipulative Physiol Ther.* 2000; 23(2): 139-40.
2. Holliday I. Traditional medicines in modern societies: an exploration of integrationist options through East Asian experience. *J Med Philos.* 2003; 28 (3): 373-89.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. O'brien K. Complementary and alternative medicine: the move into mainstream health care. *Clin Exp Optom.* 2004; 87 (2): 110-20.
5. Moritz A. *Los Secretos Eternos de la Salud.* 8. ed. Barcelona: Obelisco; 2011.
6. Reich W. *A Biopatia do Câncer.* São Paulo: Martins Fontes; 2009.
7. Robb WJW. Self Healing: A Concept Analysis. *Nursing Forum.* 2006; 41 (2): April-June
8. Mckie J. A personal conceptualization of healing. *The Australian Journal of Holistic Nursing.* 2003; 10 (2): 34 –38.
9. Clark CC. Inner dialogue: A self-healing approach for nurses and clients. *American Journal of Nursing.* 1981; 81: 1191–1193
10. Yun AJ, Lee PY, Bazar KA. Paradoxical strategy for treating chronic diseases where the therapeutic effect is derived from compensatory response rather than drug effect. *Med Hypotheses.* 2004.
11. Quinn JF. The self as healer: Reflections from a nurse's journey. *AACN Clinical Issues.* 2000; 11(1): 17–26.
12. Chaves N. *A saúde dos seus olhos: luz, escuridão e movimento.* Rio de Janeiro: Imago, 2002.
13. Garbarini N. Heartbeat poetry. *Sci Am.* 2004; 291 (4): 13.
14. Sakuragi S, Sugiyama Y, Takeuchi K. Effects of laughing and weeping on mood and heart rate variability. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci.* 2002; 21(3): 159–65.
15. Gonzalez AP. *Lugar de Médico é na Cozinha: cura e saúde pela alimentação viva.* 6. ed. São Paulo: Alaúde; 2008
16. Yun AJ, et al. The dynamic range of biologic functions and variation of many environmental cues may be declining in the modern age: implications for diseases and therapeutics. *Medical Hypotheses.* 2005; 65: 173–178.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
18. Giordano J, et al. Complementary and alternative medicine in mainstream public health: a role for research in fostering integration. *J Altern Complement Med.* 2003; 9 (3): 441-5.
19. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998; 279: 1548-1553.

20. Giordano J, et al. Blending the boundaries: steps toward an integration of complementary and alternative medicine into mainstream practice. *J Altern Complement Med.* 2002; 8 (6): 897-906.
21. Nascimento MC do. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 1998; 5 (1): 99-113
22. Silveira RCCP. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
23. Galvão CM, Sawada, NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004; 12(3): 549-56.
24. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52 (5): 546-53.
25. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health.* 1987; 10(1): 1-11.
26. Jackson GB. Methods for integrative reviews. *Rev Educ Res.* 1980; 50(3):438-60.
27. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.* Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.
28. Rocha SA. Complexidade, Saúde e Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista; 2009.
29. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
30. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
31. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1998; 3(2): 109-12.
32. Mary Ann Liebert, Inc. publishers [homepage na internet]. EUA; c2012 [acesso em 20 de novembro 2012]. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/acm>
33. Hindawi Publishing Corporation [homepage na internet]. New York; c2006 [acesso em 20 de novembro 2012]. Disponível: <http://www.tswj.com/>
34. Neto JFR, Faria AA, Figueiredo MFS. Prevalência do uso da homeopatia pela população da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 127(6): 329-334.
35. Arye EB, et al. Complementary Medicine in the Primary Care Setting: Results of a Survey of Gender and Cultural Patterns in Israel. *Gender Medicine.* 2009; 6 (2): 384-397.
36. Hori S, et al. Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2008; 8 (14).
37. Upchurch DM, Chyu L. Use of complementary and alternative medicine among American women. *Women's Health Issues.* 2005; 15: 5-13
38. Brown CM, et al. Patterns of Complementary and Alternative Medicine Use in African Americans. *The Journal of alternative and complementary medicine.* 2007, 13(7): 751-758.
39. Levin J, Taylor RJ , Chatters LM. Prevalence and sociodemographic correlates of spiritual healer use: Findings from the National Survey of American Life. *Complementary Therapies in Medicine.* 2011; 19: 63-70.
40. Salvetti MG, et al. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Rev. Psiqu. Clín.* 2007; 34 (3): 111-117.
41. Wolsko PM, et al. Use of Mind–Body Medical Therapies Results of a National Survey. *J Gen Intern Med.* 2004; 19: 43-50.

42. Metcalfe A, et al. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population - results of a national population based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2010; 10: 58-63.
43. Gottschling S, et al. Use of complementary and alternative medicine in healthy children and children with chronic medical conditions in Germany. *Complementary Therapies in Medicine*. 2011; 1-9.
44. Marsh J, et al. Use of Alternative Medicines by Patients with OA that Adversely Interact with Commonly Prescribed Medications. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2009; 467: 2705-2722.
45. Hsu M.C, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among adult patients for depression in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 111: 360-365.
46. Lambert TD, et al. The use of complementary and alternative medicine by patients attending a UK headache clinic. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010; 18: 128-134.
47. Rossi P, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients With Chronic Tension Type Headache: Results of a Headache Clinic Survey. *Headache*. 2006; 46: 622-631.
48. Soo I, et al. Use of Complementary and Alternative Medical Therapies in a Pediatric Neurology Clinic. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2005; 32 (4): 524-528.
49. Helyer LK, et al. The use of complementary and alternative medicines among patients with locally advanced breast cancer – a descriptive study. *BMC Cancer*. 2006; 6(39): 39-47.
50. Quandt SA, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine By Persons With Arthritis: Results of the National Health Interview Survey. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2005; 53(5):748-755.
51. Lunny CA, Fraser SN. The Use of Complementary and Alternative Medicines Among a Sample of Canadian Menopausal-Aged Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010; 55: 335-343.
52. Neto JFR, et al. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(4): 233-239
53. Vandecreek L, et al. Religious and Nonreligious Coping Methods Among Persons With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2004; 51(1): 49-55.
54. Ross LE, et al. Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2008; 14(8): 931-938.
55. Hasan SS, et al. Reasons, Perceived Efficacy, and Factors Associated with Complementary and Alternative Medicine Use Among Malaysian Patients with HIV/AIDS. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2010; 16(11): 1171-1176.
56. Molina AI, Luxardo N. Medicinas no convencionales en câncer. *Medicina (B Aires)*. 2005; 65(5):390-394.
57. Rausch SM, et al. Complementary and alternative medicine: use and disclosure in radiation oncology community practice. *Support Care Cancer*. 2011;19: 521-529.
58. Saquib J, et al. Classification of CAM Use and Its Correlates in Patients With Early-Stage Breast Cancer. *Integrative Cancer Therapies*. 2011; 10(2): 138-147.
59. Lengacher CA, et al. Frequency of use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002; 29(10): 1445-52.
60. Bazargan M, et al. Correlates of Complementary and Alternative Medicine Utilization in Depressed, Underserved African American and Hispanic Patients in Primary Care Settings. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2008; 14(5) : 537-544.

61. Garrow D, Egede LE. National patterns and correlates of complementary and alternative medicine use in adults with diabetes. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2006; 12(9): 895-902.
62. Rolniak S, et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Urban ED Patients: Prevalence and Patterns. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30 (4): 318-324.
63. Bell RA, et al. CAM Use Among Older Adults Age 65 or Older with Hypertension in the United States: General Use and Disease Treatment. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2006; 12(9): 903-909.
64. Shoro SA. Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: Reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalisation, and the socio-demographic determinants of CAM users. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011; 17: 199-205.
65. Nguyen LT, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine and Self-Rated Health Status: Results from a National Survey. *J Gen Intern Med*. 2010; 26 (4) : 399-404.
66. Reyes-Ortiz CA, Rodriguez M, Markides KS. The Role of Spirituality Healing with Perceptions of the Medical Encounter among Latinos. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(3): 542-547.
67. Porter M, et al. Changing patterns of CAM use among prostate cancer patients two years after diagnosis: Reasons for maintenance or discontinuation. *Complementary Therapies in Medicine*. 2008; 16: 318-324.
68. Kristoffersen AE, Fønnebø V, Norheim AJ. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients: Classification Criteria Determine Level of Use. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2008; 14(8): 911-919.
69. Sibinga SEM, et al. Parent-pediatrician communication about complementary and alternative medicine use for children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004; 43(4): 367-73.
70. Honda K, Jacobson JS. Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies, and social support. *Preventive Medicine*. 2005; 40: 46-53.
71. Dickerson SS, et al. Seeking and Managing Hope: Patients' Experiences Using the Internet for Cancer Care. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(1): E8-E17.
72. Smith BW, et al. Who is willing to use complementary and alternative medicine?. *Explore*. 2008; 4 (6): 359-367.
73. Cheung CK, Wyman JF, Halcon LL. Use of Complementary and Alternative Therapies in Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2007; 13 (9): 997-1006.
74. D'Crus A, Wilkinson JM. Reasons for Choosing and Complying with Complementary Health Care: An In-House Study on a South Australian Clinic. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2005; 11(6): 1107-1112.
75. Sointu E. The search for wellbeing in alternative and complementary health practices. *Sociology of Health & Illness*. 2006; 28(3): 330-349.
76. Oliveira ECM, Poles, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. *REME*. 2006; 10 (4): 354-360.
77. Mulkins A, Morse JM, Best A. Complementary Therapy Use in HIV/AIDS. *Can J Public Health*. 2002; 93(3) : 308-312.
78. Ventegodt S, et al. Clinical Holistic Medicine: A Pilot Study on HIV and Quality of Life and a Suggested Cure for HIV and AIDS. *The Scientific World Journal*. 2004, 4: 264-272.
79. Broom A, Tovey P. Exploring the Temporal Dimension in Cancer Patients' Experiences of Nonbiomedical Therapeutics. *Qualitative Health Research*. 2008; 18(12): 1650-1661.

80. Broom A. "I'd forgotten about me in all of this": Discourses of self-healing, positivity and vulnerability in cancer patients' experiences of complementary and alternative medicine. *Journal of Sociology*. 2009; 45(1): 71-87.
81. Aikins AG. Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. *BMJ Online First*. 2005; 331(737): 1-7.
82. Abel C, Busia K. An Exploratory Ethnobotanical Study of the Practice of Herbal Medicine by the Akan Peoples of Ghana. *Alternative Medicine Review*. 2005; 10 (2): 112-122.
83. Chang LH, Wang J. Integration of complementary medical treatments with rehabilitation from the perspectives of patients and their caregivers: a qualitative inquiry. *Clin Rehabil*. 2009; 23(8): 730-40.
84. Scott JG, et al. Understanding Healing Relationships in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2008; 6(4): 315-322.
85. Mulkins AL, Verhoef M.J. Supporting the Transformative Process: Experiences of Cancer Patients Receiving Integrative Care. *Integrative Cancer Therapies*. 2004; 3(3): 230-237.
86. Ananth S, Smith K. Optimal Healing Environments. *Explore*. 2008; 4(5): 333-334.
87. Samuels N, et al. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2010, 203: 341 e1-7.
88. Lorenc A, et al. The integration of healing into conventional cancer care in the UK. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010; 16: 222-228.
89. Fries CJ. Classification of complementary and alternative medical practices. *Canadian Family Physician*. 2008, 54: 1570-1577.
90. Cohen MM, et al. The Integration of Complementary Therapies in Australian General Practice: Results of a National Survey. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2005; 11(6): 995-1004.
91. Barrett B, et al. What Complementary and Alternative Medicine Practitioners Say About Health and Health Care. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2(3): 253-259.
92. Lenaerts M. Substances, relationships and the omnipresence of the body: an overview of Ashéninka ethnomedicine (Western Amazonia). *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2006; 2 (49): 1-19.
93. Krosch SL. Perceptions and Use of Complementary and Alternative Medicine in American Samoa: A Survey of Health Care Providers. *Hawai'i Medical Journal*. 2010; 69 (3): 21-26.
94. Halcón LL, et al. Complementary Therapies and Healing Practices: Faculty/Student Beliefs and Attitudes and the Implications for Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*. 2003; 19 (6): 387-397.
95. Öztekin DS, et al. Nursing Students' Willingness to Use Complementary and Alternative Therapies for Cancer Patients: Istanbul Survey. *Tohoku J. Exp. Med*. 2007; 211(1): 49-61.
96. Ventegodt S, et al. Clinical Holistic Medicine (Mindful, Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Complemented with Bodywork) in the Treatment of Experienced Impaired Sexual Functioning. *The Scientific World Journal*. 2007; 7: 324-329.
97. Ventegodt S, et al. Clinical Holistic Medicine (Mindful, Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Complemented with Bodywork) in the Treatment of Experienced Mental Illness. *The Scientific World Journal*. 2007; 7: 306-309.
98. Ventegodt S, et al. Self-Reported Low Self-Esteem. Intervention and Follow-Up in a Clinical Setting. *The Scientific World Journal*. 2007; 7
99. Ventegodt S, et al. Clinical Holistic Medicine (Mindful, Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Complemented with Bodywork) Improves Quality of Life, Health, and Ability by Induction of Antonovsky- Salutogenesis. *The Scientific World Journal*. 2007; 7: 317-323.

100. Xiaomei H, Jingchuan F. The Effect of a Complex Healing Treatment on 2-Year Survival Rate of Patients With Malignant Tumors. *Integrative Cancer Therapies*. 2008, 7(1): 18-23.
101. Price C. Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery. *Complement Ther Clin Pract*. 2007; 13(2): 116-128.
102. Grodin MA, et al. Treating Survivors of Torture and Refugee Trauma: A Preliminary Case Series Using Qigong and T'ai Chi. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2008; 14(7): 801-806.
103. Goodsmith, L. A look at the "Healing Images" experience. *Torture*. 2007; 17 (3): 222-232.
104. Redko C. Religious Construction of a First Episode of Psychosis in Urban Brazil. *Transcultural Psychiatry*. 2003; 40(4) : 507-530.
105. Sanchez ZM, Nappo SA. Religious treatments for drug addiction: An exploratory study in Brazil. *Social Science & Medicine*. 2008, 67: 638-646.
106. Easter A, Watt C. It's good to know: How treatment knowledge and belief affect the outcome of distant healing intentionality for arthritis sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 71: 86-89.
107. Pohl G, et al. "Laying on of hands" improves well-being in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2007, 15: 143-151.
108. Gibson PR, Elms ANM, Ruding LA. Perceived Treatment Efficacy for Conventional and Alternative Therapies Reported by Persons with Multiple Chemical Sensitivity. *Environmental Health Perspectives*. 2003; 111(12): 1498-1504
109. Gunnarsdottir TJ, McAlpine CP. The experience of using a combination of complementary therapies: a journey of balance through self-healing. *J Holist Nurs*. 2004; 22(2) : 116-32.
110. Birnbaum L. Adolescent Aggression and Differentiation of Self: Guided Mindfulness Meditation in the Service of Individuation. *The Scientific World Journal*. 2005; 5: 478-489.
111. Ventegodt S, et al. The Life Mission Theory VI. A Theory for the Human Character: Healing with Holistic Medicine Through Recovery of Character and Purpose of Life. *The Scientific World Journal*. 2004; 4: 859-880.
112. Ventegodt S, et al. Clinical Holistic Medicine: Holistic Sexology and Treatment of Vulvodynia Through Existential Therapy and Acceptance Through Touch. *The Scientific World Journal*. 2004; 4: 571-580.
113. Ventegodt S, et al. Clinical Holistic Medicine: Problems in Sex and Living Together. *The Scientific World Journal*. 2004; 4: 562-570.
114. Ventegodt S, Merrick J. Clinical Holistic Medicine: The Patient with Multiple Diseases. *The Scientific World Journal*. 2005; 5: 324-339.
115. Ventegodt S, Clausen B, Merrick J. Clinical Holistic Medicine: The Case Story of Anna. III. Rehabilitation of Philosophy of Life During Holistic Existential Therapy for Childhood Sexual Abuse. *The Scientific World Journal*. 2006; 6: 2080-2091
116. Ventegodt S, Kandel I, Merrick J. Clinical Holistic Medicine (Mindful Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Complimented with Bodywork) in the Treatment of Schizophrenia (ICD10-F20/DSM-IV Code 295) and Other Psychotic Mental Diseases. *The Scientific World Journal*. 2007; 7: 1987-2008.
117. Ventegodt S, Merrick J. The Life Mission Theory IV. Theory on Child Development . *The Scientific World Journal*. 2003; 3: 1294-1301.
118. Hamre HJ, et al. Health costs in anthroposophic therapy users: a two-year prospective cohort study. *BMC Health Services Research*. 2006; 6 (65): 1-8.
119. Sarrell EM, Cohen HA, Kahan E. Naturopathic Treatment for Ear Pain in Children. *Pediatrics*. 2003; 111 (5): e574-e579.

120. Sutherland EG, et al. An HMO-Based Prospective Pilot Study of Energy Medicine for Chronic Headaches: Whole-Person Outcomes Point to the Need for New Instrumentation. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2009; 15(8): 819-826.
121. Collinge W, Wentworth R, Sabo S. Integrating Complementary Therapies into Community Mental Health Practice: An Exploration. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2005; 11(3): 569-574.
122. Brazier A, Cooke K, Moravan V. Using Mixed Methods for Evaluating an Integrative Approach to Cancer Care: A Case Study. *Integrative Cancer Therapies*. 2008; 7(1) : 5-17.
123. Constantini, AV, Wieland H, Qvick LI. The garden of eden, longevity diet. *Fungalbionics series*. Alemanha: Oberlin Verlag; 1998.
124. Zago FR. Câncer tem Cura. 34 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2005.
125. Bruning J. Existem doenças incuráveis? : bioenergia e saúde. Curitiba: Expoente; 2003.
126. Omura Y. A prática do teste do anel bioenergético: BDORT. São Paulo: Associação Médica Brasileira de Acupuntura; 2000.
127. Trudeau K. Natural Cures: “They” Don’t Want You Know About. EUA: Alliance Publishing Group; 2004.
128. Smith, JM. Roleta Genética-riscos documentados dos alimentos transgênicos sobre a saúde. São Paulo: Editora João de Barro; 2009
129. Matel, TL. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15(Suplemento):145- 176.
130. Nolfi K. Los Alimentos Vivos: Mis experiencias com los alimentos vivos. Palma Mallorca: Coleccion Higiene Vital; 1993.
131. Bignardi FAC. A atitude transdisciplinar aplicada a saúde e sustentabilidade, uma abordagem multidimensional: a importância da meditação. *Terceiro Incluído*. 2011; 1(1):14-24.
132. Dethlefsen T, Dahlke R. A doença como caminho. 4. ed. São Paulo: Editora Cultrix; 1996.
133. Bruzos GAS, Kamimurall HM, Rochall SA, Jorgetto TAC, Patricio K. Meio ambiente e enfermagem: suas interfaces e inserção no ensino de graduação. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20 (2): 462-469.

ANEXOS

Anexo A- Instrumento utilizado para Coleta de Dados, elaborado e validado por Rocha. ⁽²⁸⁾

Nº do Artigo	Base de Dados	Ano	Volume	Número	Páginas
Título					
1º Autor	Profissão	Titulação	Local de Atuação		
2º Autor	Profissão	Titulação	Local de Atuação		
3º Autor	Profissão	Titulação	Local de Atuação		
Periódico					
Método	Palavras-Chave				
Objeto de Estudo					
Objetivo					
Problema					
Sujeitos					
Conceitos					
Resultados					
Cenário					
Categoria					

Anexo B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 25 de abril de 2013

Of. 67/2013-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof.^a Dr.^a Regina Stella Spagnuolo
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof.^a Regina,

Informo que o Projeto de Pesquisa "Práticas de autocura na Saúde Pública: Revisão Integrativa", conduzido por Fernanda Martin Catarruci, teve seu título alterado para "Autocura metafísica: Revisão Integrativa".

O projeto teve alterações na equipe, ficando na seguinte conformidade:

Orientador: Prof.^a Dr.^a Regina Stella Spagnuolo
Co-orientador: Prof.^a Dr.^a Ione Morita

Lembrando que o projeto trata-se de Revisão Sistemática da Literatura, não envolvendo seres humanos, portanto está dispensada de obtenção de parecer ético.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP