

**Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde: evidências
científicas e experiências
de implementação**



A pandemia de Covid-19 exigiu muita paciência de todos nós. Cumprir prazos tornou-se mais difícil em tempos de distanciamento social.

Depois de bastante trabalho em ambiente virtual, máscaras, vacinas, fake news, é tempo de celebrar mais um compromisso bem-sucedido.

Nossa gratidão a todos os colaboradores.

Tereza Toma e Marcio Derbli

A ideia de produzir um livro sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) começou a germinar no primeiro semestre de 2019.

Após dois anos da pandemia de Covid-19, finalmente o livro vem à luz, com seus 14 capítulos elaborados por muitas mãos.

**Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde: evidências
científicas e experiências
de implementação**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Dr. Jean Gorinchteyn

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP

Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 29 – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-65-997616-0-7

Tiragem: 2 mil exemplares

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação:

Organização: Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde), Marcio Sussumu Hirayama (Natureza Conectiva), Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz Brasília), Laura Boeira (Instituto Veredas), Daniel Miele Amado (Ministério da Saúde) Paulo Roberto Sousa Rocha (Ministério da Saúde)

Edição: Márcio Derbli

Imagem da capa: Foto Premium Freepik

Revisão: Tikinet

Editoração, capa e tratamento de imagens:

Purim Comunicação Visual

Impressão: Print Save

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Luiza Sterman Heimann

Márcio Derbli

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Maria Thereza Bonilha Dubugras

Mariana Tarricone Garcia

Monica Martins de Oliveira Viana

Tania Izabel de Andrade

Bibliotecária

Tania Izabel de Andrade

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva.

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

P925

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação / organizadores: Tereza Setsuko Toma, Marcio Sussumu Hirayama, Jorge Otávio Maia Barreto, Laura Boeira, Daniel Miele Amado, Paulo Roberto Sousa Rocha – São Paulo: Instituto de Saúde, 2021.

362 p. (Temas em saúde coletiva; 29)

Vários autores.

Inclui bibliografia ao final de cada capítulo.

ISBN 978-65-997616-0-7

I.Terapias complementares 2. Avaliação de tecnologias em Saúde 3. Atenção à saúde baseada em evidências I.Toma, Tereza Setsuko. II.Hirayama, Marcio Sussumu. III. Barreto, Jorge Otávio Maia. IV. Boeira, Laura. V. Amado, Daniel Miele. VI. Rocha, Paulo Roberto. VII.Série.

CDD 615.5

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação

**Tereza Setsuko Toma
Marcio Sussumu Hirayama
Jorge Otávio Maia Barreto
Laura Boeira
Daniel Miele Amado
Paulo Roberto Sousa Rocha
Organizadores**

**Instituto de Saúde
São Paulo – 2021**

Sumário

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação

Apresentação: Tereza Setsuko Toma, Marcio Sussumu Hirayama, Jorge Otávio Maia Barreto, Laura Boeira, Daniel Miele Amado, Paulo Roberto Sousa Rocha

- 1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**
Daniel Miele Amado, Paulo Roberto Sousa Rocha 15
- 2. As práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: reestruturação do cuidado ou fortalecimento do modelo assistencial?**
Islândia M. Carvalho de Sousa, Charles Dalcanale Tesser 51
- 3. Avaliação de Tecnologias em Saúde de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**
Marcus Tolentino Silva, Taís Freire Galvão 79
- 4. Reflexões sobre avaliação da eficácia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.**
Charles Dalcanale Tesser, Islândia M. Carvalho de Sousa..... 99
- 5. Medicina tradicional chinesa e qualidade metodológica dos estudos clínicos.**
Tereza Setsuko Toma..... 127
- 6. Mapas de evidência da efetividade clínica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**
Ricardo Ghelman, Carmen Verônica Mendes Abdala, Mariana Cabral Schweitzer, Daniel Miele Amado, Gelza Nunes, Rafael Dall’Alba, Caio Fábio Schlechta Portella 145

- 7. Acupuntura e auriculoterapia: mapa de evidências**
 Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva, Roberta Crevelário de Melo, Cintia de Freitas Oliveira, Maritsa Carla de Bortoli, Laura dos Santos Boeira, Jorge Otávio Maia Barreto..... 165
- 8. Meditação e mindfulness: mapa de evidências**
 Bruna Carolina de Araújo, Taís Rodrigues Tesser, Laís de Moura Milhomens, Marcio Sussumu Hirayama, Tereza Setsuko Toma, Laura dos Santos Boeira, Jorge Jorge Otávio Maia Barreto 199
- 9. Plantas Medicinais: mapa de evidências**
 Bettina Monika Ruppelt, Carla Holandino Quaresma, Carmen Verônica Mendes Abdala, Caio Fábio Schlechta Portella, Ricardo Ghelman, Mariana Cabral Schweitzer..... 225
- 10. Práticas corporais da medicina tradicional chinesa: mapa de evidências**
 Roberta Crevelário de Melo, Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva, Tereza Setsuko Toma, Laura dos Santos Boeira, Jorge Otávio Maia Barreto 245
- 11. Yoga: mapa de evidências**
 César D. Luquine Jr., Daiane Sousa Melo, Laura dos Santos Boeira, Aline A. V. Ribeiro, Jorge Otávio Maia Barreto 255
- 12. Equilíbrio do SER – Serviço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em João Pessoa, PB**
 Mônica Rocha Rodrigues Alves, Antônia Lêda Oliveira Silva, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt, Célia Maria Cartaxo Pires de Sá, Karoline de Lima Alves 277
- 13. Ensino e implementação da auriculoterapia no SUS**
 Lúcio José Botelho, Charles Dalcanale Tesser 293
- 14. As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira**
 Gabriella Carrilho Lins de Andrade, Denise Cavalcante de Barros, Marilene Cabral do Nascimento..... 319

Apresentação

O Instituto de Saúde (IS), instituição de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde 2009 conta com o Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP, cujos pesquisadores atuam nas áreas de Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS) e Políticas Informadas por Evidências (PIE).

Além de realizar pesquisas e oferecer cursos de curta duração a trabalhadores do SUS, a difusão de conhecimento tem sido uma atividade regular do IS, por meio de livros da série Temas em Saúde Coletivaⁱ e do Boletim do Instituto de Saúde (BIS)ⁱⁱ.

A ideia de produzir um livro sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) começou a germinar no primeiro semestre de 2019, durante o período em que Márcio Sussumu Hirayama foi diretor técnico de saúde na área de ATS. Sua sólida formação em *mindfulness* propiciou a aproximação da equipe aos fundamentos da medicina tradicional e a intervenções que comumente não são objeto de estudos de ATS no Brasil.

A janela de oportunidade se ampliou com o convite de Jorge Barreto, da Fiocruz Brasília, para pesquisadoras do IS participarem de uma iniciativa de produção de revisões rápidas, com a finalidade de atender a uma demanda da área técnica responsável pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), no Ministério da Saúde. Esta iniciativa resultou em 17 revisões rápidas sobre diferentes práticas integrativas e complementares, e propiciou uma maior aproximação com o tema e com os responsáveis pela condução da PNPIC na época, Daniel Miele Amado e Paulo Roberto Sousa Rocha.

Por fim, Laura Boeira, diretora executiva do Instituto Veredas, juntou-se à equipe de organizadores do livro e, com seu conhecimento, liderou a produção de vários mapas de evidências sobre PICS, em colaboração com a equipe do Instituto de Saúde e do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS), representada pela sua gerente de serviços e fontes de informação, Verônica Abdala.

i <https://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva>

ii <https://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/boletim-do-instituto-de-saude>

O livro é o resultado dessas convergências virtuosas, com seus 14 capítulos sobre temáticas diversificadas e relevantes para o debate nacional e internacional sobre as PICS.

Os capítulos 1 a 5 apresentam o contexto de inserção das PICS na sociedade ocidental, sua potência como práticas terapêuticas num ambiente dominado pela visão biomédica, suas limitações e as possibilidades de avaliação de seus benefícios usando os métodos consagrados para produção e síntese de evidências na área da saúde.

Capítulo 1: Daniel Miele Amado e Paulo Roberto Sousa Rocha, que coordenaram por quase uma década (2011 até o início de 2021) a implementação da PNPIC no Ministério da Saúde, informam como se deu a instituição desta política, quais são seus objetivos e diretrizes, e os esforços empreendidos para sua implementação nos eixos de gestão (apoio institucional e fortalecimento dos serviços), qualificação da atenção à saúde, pesquisa e formação. Durante os 15 anos de existência da PNPIC, várias portarias e materiais didáticos foram editados, além da oferta de cursos de capacitação semipresenciais, realização do primeiro congresso específico sobre o tema em 2018 e fomento à produção de pesquisas.

Capítulo 2: Islândia Carvalho de Sousa e Charles Dalcanale Tesser analisam como as PICS podem contribuir para transformar a estrutura do cuidado centrado na perspectiva biomédica convencional, mesmo na atenção básica à saúde do SUS. Para tanto, os autores abordam a estruturação dos cuidados com as PICS e a estruturação-repercussão dos modelos de atenção à saúde a partir da teoria de Giddens, que possibilita a reflexão sobre o protagonismo dos profissionais e usuários em construir e reconstruir o cuidado no dia a dia.

Capítulo 3: Marcus Tolentino Silva e Taís Freire Galvão apresentam o modo de operar na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e fornecem exemplos de aplicação do método em práticas de homeopatia e atividades artísticas. Embora as intervenções de PICS sejam bastante diversas daquelas comumente enfocadas na ATS, em várias circunstâncias, parece possível e necessária a aplicação dessa abordagem de avaliação também para essas práticas em saúde.

Capítulo 4: Charles Dalcanale Tesser e Islândia Carvalho de Sousa trazem reflexões sobre o grande desafio que se enfrenta na avaliação de efi-

cácia das PICS, a partir dos padrões utilizados para avaliar intervenções da medicina ocidental, cujos fundamentos e práticas são bastante diversos.

Capítulo 5: Tereza Setsuko Toma apresenta algumas propostas que têm sido discutidas para aprimorar a qualidade de estudos clínicos sobre intervenções terapêuticas da medicina tradicional chinesa, a qual pode se beneficiar de sua inclusão na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) em 2019.

Os capítulos 6 a 11 apresentam o método e os resultados de mapas de evidências sobre a efetividade de várias PICS como recurso terapêutico: acupuntura e auriculoterapia, meditação e *mindfulness*, plantas medicinais e fitoterápicos, práticas corporais da medicina tradicional chinesa e yoga.

Capítulo 6: Ricardo Ghelman e colaboradores relatam a experiência do grupo na elaboração de mapas de evidências que reúnem informações sobre a efetividade das PICS e apontam as lacunas de conhecimento e necessidades de novas pesquisas.

Capítulo 7: Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva e colaboradores apresentam um mapa de evidências com resultados de acupuntura e auriculoterapia como práticas terapêuticas para dor aguda ou crônica, hipertensão arterial sistêmica, asma, obesidade e sobrepeso, diabetes melito tipo 2, tabagismo, ansiedade ou depressão.

Capítulo 8: Bruna Carolina de Araújo e colaboradores, por meio de um mapa de evidências, informam resultados de meditação e *mindfulness* no manejo de ansiedade ou depressão, doenças cardiovasculares, tabagismo, obesidade ou sobrepeso.

Capítulo 9: Bettina Monika Ruppelt e colaboradores apresentam um mapa de evidências sobre a efetividade clínica de plantas medicinais e fitoterápicos para doenças metabólicas e fisiológicas; cicatrização e doenças agudas; dor, doenças crônicas e câncer; saúde mental e qualidade de vida.

Capítulo 10: Roberta Crevelário de Melo e colaboradores mostram num mapa de evidências que a efetividade de práticas corporais da medicina tradicional chinesa para manejo do tabagismo e obesidade foi explorada por poucos estudos.

Capítulo 11: César D. Luquine Jr. e colaboradores apresentam um mapa de evidências sobre os efeitos terapêuticos do yoga para ansiedade e depressão, dor aguda e crônica, tabagismo, obesidade e sobrepeso.

Por fim, os capítulos 12 a 14 apresentam experiências e estudos sobre a implementação de políticas e programas de PICS.

Capítulo 12: Mônica Rocha Rodrigues Alves e colaboradoras relatam a experiência exitosa de implantação do Centro de Práticas Integrativas e Complementares “Equilíbrio do Ser”, no SUS de João Pessoa, PB.

Capítulo 13: Lúcio José Botelho e Charles Dalcanale Tesser relatam a experiência bem-sucedida na capacitação em auriculoterapia, que teve início na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e evoluiu para cursos oferecidos em ambiente virtual.

Capítulo 14: Gabriella Carrilho Lins de Andrade e colaboradoras apresentam os resultados de uma revisão sobre a participação das universidades no ensino e formação em PICS, comparando as experiências cubana, norte-americana e brasileira.

Desde sua instituição em 2006, a PNPIC incorporou 29 diferentes modalidades terapêuticas e várias delas estão sendo implementadas em numerosos municípios brasileiros. No entanto, ainda existem muitas barreiras a ser superadas para a expansão do uso das PICS como um recurso valioso para o SUS, tais como o ceticismo com relação aos reais benefícios de práticas tão diversas entre si, a falta de orçamento específico para essas atividades e a necessidade de capacitação de trabalhadores de saúde.

Esperamos que este livro contribua para qualificar o debate sobre a inserção das PICS nas políticas de saúde no Brasil, ao favorecer perspectivas que aliam efetividade e saberes tradicionais, disponibilizando evidências para informar a tomada de decisão e as práticas de gestores, equipes de saúde e da população brasileira.

Organizadores:

Tereza Setsuko Toma, Instituto de Saúde
Marcio Sussumu Hirayama, Natureza Conectiva
Jorge Otávio Maia Barreto, Fiocruz Brasília
Laura Boeira, Instituto Veredas
Daniel Miele Amado, Ministério da Saúde
Paulo Roberto Sousa Rocha, Ministério da Saúde

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)

Daniel Miele Amadoⁱ, Paulo Roberto Sousa Rochaⁱⁱ

Introdução

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), instituída em 3 de maio de 2006, por meio da portaria GM nº 9711¹, consolidou no Brasil um campo de conhecimento e de cuidado integrado ao sistema público e universal de saúde. Este feito vem sendo reiteradamente reconhecido por organismos internacionais e países ao redor do mundo.

Desde a década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem valorizando as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI)²⁻⁴, e incentivando os Estados-membros a implementarem essas práticas como forma de alcançar uma cobertura universal de saúde. Entre as diretrizes da OMS está a garantia da segurança, qualidade, eficácia e efetividade dessas práticas a partir de sua regulamentação, seus produtos e seus praticantes.

No Brasil, a integração dessas práticas é o reflexo de um amplo movimento sanitário que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual um grande marco foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que cita em seu relatório final⁵ a necessidade de acesso a práticas alternativas de

i Daniel Miele Amado (daniel.mieleamado@gmail.com). Educador físico, Gestor Federal em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Brasília, DF, de 2011 a 2021.

ii Paulo Roberto Sousa Rocha (paulorsrocha@gmail.com). Fisioterapeuta. Gestor Federal em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Brasília, DF, de 2011 a 2021.

saúde, como eram denominadas na época, e considerando o direito de escolha dos usuários pela forma de cuidado em saúde. As demandas por estas práticas de cuidado continuaram sendo reiteradamente apresentadas nas conferências nacionais seguintes, demonstrando a valorização da sociedade pelas práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).

A PNPIC foi instituída após um longo debate, que durou três anos, e a aprovação em diversas instâncias do Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). No entanto, essa política pública foi instituída sem um recurso indutor para sua implantação no território, ou ainda, sequer um recurso específico para a sua gestão. Mesmo com estes entraves e desafios de fazer a gestão de uma política que estava no papel, a PNPIC completou quinze anos em 2021, com importantes resultados. Em 2019, cerca de 77% dos municípios brasileiros já ofertavam pelo menos uma das PICS, distribuídas em mais de 17 mil estabelecimentos de saúde, em todos os estados brasileiros⁶.

Objetivos e diretrizes da PNPIC

A PNPIC foi instituída com objetivos muito bem definidos, sendo eles:

- Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária à saúde (APS), voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso às PICS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;
- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Tais objetivos demonstram que esta política de saúde traz aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, ela possibilita a inclusão de um olhar ampliado sobre o cuidado a partir da incorporação de outras racionalidades de cuidado e amplia o leque terapêutico dos profissionais e serviços de saúde, buscando aumentar a resolutividade do cuidado e o uso racional do sistema de saúde. Desta forma, a PNPIC não cria uma “porta alternativa” ao modelo convencional de cuidado, e sim, estabelece uma integração dos modelos. Outro ponto fundamental de seus objetivos é o de garantir “qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso”, o que sedimenta uma coerência de responsabilidade da gestão com a política de saúde, e leva à necessidade de estabelecer uma ampla agenda de pesquisa e geração de evidências científicas. Ainda, como último ponto, reforça o controle e a participação social para a efetivação das políticas de saúde.

Estes objetivos se desdobram em diretrizes, para sua organização e implementação, a saber:

- Estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS;
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente;
- Divulgação e informação de conhecimentos básicos em PICS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;
- Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
- Fortalecimento da participação social;
- Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos na regulamentação sanitária;
- Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das práticas institucionalizadas na PNPIC, com qualidade e segurança das ações;
- Incentivo à pesquisa em PICS com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
- Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das

PICS, para instrumentalização de processos envolvendo a gestão;

- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em PICS nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;
- Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

PNPIC: 15 anos de uma política pública de saúde

A primeira medida da PNPIC, desde a sua publicação, foi estabelecer a criação de variáveis de monitoramento desses serviços e procedimentos nos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Tal ação fomentou o acompanhamento de informações importantes sobre a oferta das PICS no SUS. Outro passo importante foi a inclusão da temática das PICS em ações e publicações do próprio Ministério da Saúde, como a agenda nacional de pesquisa e portarias, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁷, entre outras ações.

Mesmo sem um recurso indutor, pôde-se observar ao longo dos anos um crescimento no número de serviços registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Este aumento demonstra que o interesse de diversos municípios em implementar as PICS extrapolou a lógica da política de indução financeira adotada pela União para as diversas políticas de saúde.

A implementação dessa política no SUS e o monitoramento desses serviços possibilitaram ao Brasil tornar-se referência para a OMS e para a região; como consequência disso, o Brasil sediou o I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2008⁸.

A PNPIC também trouxe avanços por meio de normatização e institucionalização das experiências com essas práticas na rede pública, como indutora de políticas, programas e legislação nas três instâncias governamentais.

Apesar de todos os avanços, a gestão da PNPIC ainda não possui estrutura institucionalizada dentro do organograma oficial do Ministério da Saúde. No entanto, desde o final de 2017, se organizou em caráter informal, porém de notória importância, a Coordenação Nacional de Prá-

ticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), dando continuidade às ações realizadas pelo então núcleo de PICS. Essa organização permitiu uma certa autonomia, um aprofundamento no planejamento e a organização das ações estratégicas de gestão da política. Esse planejamento se deu em conformidade com os objetivos e as diretrizes da PNPIC e as ações centrais de gestão desta política foram organizadas em quatro eixos principais: gestão (apoio institucional e fortalecimento dos serviços), qualificação da atenção à saúde, pesquisa e formação.

1. Eixo: Gestão da política

Ao longo da gestão da PNPIC, pôde-se observar que um dos grandes desafios para sua efetivação era a gestão do SUS em seus três níveis, tendo grandes gargalos, como a rotatividade dos gestores e trabalhadores, a falta de qualificação e a complexidade do SUS. Somado a essas questões, o desconhecimento e preconceito sobre as PICS instituídas pela política também foram considerados desafios. Neste sentido, diversas ações foram realizadas com intuito de sensibilizar e qualificar os gestores do SUS, para a implementação da PNPIC, apresentados nos subeixos gestão interfederativa, monitoramento e avaliação, e comunicação.

1.1 Gestão interfederativa

De acordo com a PNPIC, cada ente federal tem a sua responsabilidade na implantação e implementação desta política. No entanto, com o intuito de aproximar as três esferas de gestão para efetiva implantação e/ou implementação das PICS em todos os estados brasileiros, a CNPICS buscou fomentar um processo permanente de integração com as gestões estaduais e municipais no campo das PICS. Este processo de apoio institucional e gestão compartilhada envolveu diversas etapas em que se buscou a qualificação da gestão em seus diferentes entes federados. Neste sentido, foram realizadas as seguintes ações, algumas das quais ainda estão em andamento:

- Apoio às referências estaduais de PICS na implementação da PNPIC em estados e municípios, mediante a realização de videoconferências, visitas técnicas, oficinas e encontros, assim como fomento à cooperação horizontal. As referências consistem em um grupo de gestores dos estados que se organizam em pontos focais temáticos na gestão de forma a favorecer a interação entre as diversas esferas de governo, agilizando o processo de trabalho relacionado às PICS. Até 2020, 25 estados possuíam referência técnica em PICS. O espaço das reuniões virtuais (videoconferências) possibilitou melhor comunicação entre o Ministério da Saúde e as referências estaduais em PICS, com uma valiosa troca de informações, que permitiu à CNPICS organizar o processo de trabalho coletivo com os estados visando à implementação, monitoramento e avaliação da PNPIC, tendo sido uma experiência extremamente exitosa para a gestão federal;
- Estruturação e fortalecimento da gestão da PNPIC nos três entes federativos, a partir do método do apoio institucional, sendo uma estratégia chave para instauração de processos de mudança na condução da gestão das PICS. Considerando a diretriz da PNPIC que preconiza a estruturação e o fortalecimento da atenção em PICS no SUS, mediante implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes, foi necessário realizar uma análise detalhada da realidade, de maneira a permitir o acompanhamento da situação da PNPIC nos estados, com elaboração de planos de ação e monitoramento a partir de metas pactuadas coletivamente. Os instrumentos utilizados incluíram o Diagnóstico Situacional (para subsidiar o conhecimento da situação das PICS em estados e municípios) e o Plano Operativo Anual (um roteiro semiestruturado, partindo dos componentes previstos no Diagnóstico Situacional e retomando os eixos estruturantes, com periodicidade anual para revisitação dos planos, com revisão/atualização de ações). Estes instrumentos são dinâmicos e processuais, a serem retomados ao longo dos próximos anos, compondo-se e atualizando-se em eixos de indicadores estruturados, quantitativos e nas múltiplas percepções dos sujeitos envolvidos. Oficinas internas com a equipe da CNPICS foram realizadas para alinhamento teórico em 2020 sobre o apoio institucional

e elaboração dos instrumentos. Houve a validação dos instrumentos com um grupo menor de referências estaduais em PICS (com representação de cada região do país), e foram realizadas oficinas regionais contemplando 24 estados para discussão do Diagnóstico Situacional;

- Consolidação e implementação da PNPIC nos seguintes estados a partir da publicação de política ou lei estadual de PICS: Espírito Santo, Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Bahia, Pernambuco e no Distrito Federal. A política de PICS do Ceará e Piauí estão em fase de elaboração e discussão;

- Consolidação e implementação da PNPIC nos seguintes estados a partir da inclusão de financiamento específico para ações de PICS nos planos estaduais de saúde: Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Sergipe, Pará, Goiás e Distrito Federal;

- Elaboração e lançamento do Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A publicação é direcionada aos gestores como forma de favorecer a compreensão objetiva e completa das ações e materiais necessários para adoção das PICS por qualquer das unidades de saúde (com ênfase na APS) que compõem o SUS⁹;

- Produção e lançamento do fascículo sobre bioenergética que integra a série Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde¹⁰;

- Elaboração do Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os Gestores do SUS (lançamento da versão preliminar em dezembro de 2020);

- Criação do Cadastro Nacional de PICS, que constituiu uma base de dados com profissionais, pesquisadores, instituições, entidades e serviços relacionados às PICS, atendendo a demanda da PNPIC e da Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CIPPSPICS-SUS) do Conselho Nacional de Saúde. Essa base de dados é uma importante ferramenta para intercâmbio entre profissionais e instituições, nas diversas áreas, divulgação de informações, constituição de grupos de trabalho, definição de prioridades de pesquisas, entre outras. Os

resultados do banco de dados apresentaram 32.575 fichas cadastradas, entre elas 28.599 de profissionais, 2.002 de instituições e 1.976 de outros;

- Apoio à criação do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS)ⁱⁱⁱ. Trata-se de um observatório nacional instituído em 2018, coordenado pela Fiocruz Pernambuco, que busca promover a reflexão teórico-conceitual, com mapeamento e análise crítica das medicinas tradicionais e PICS, com ênfase nas experiências do SUS, por meio da articulação de uma rede de pesquisadores e profissionais da área de diferentes grupos de pesquisas, instituições acadêmicas nacionais e internacionais. As informações produzidas têm o intuito de subsidiar a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde;
- Produção de documentos técnicos orientativos como forma de apoio aos gestores e profissionais de saúde relacionado à pandemia da COVID-19.

No campo da gestão, é fundamental fortalecer o apoio institucional entre os entes federativos, buscar sua qualificação, além da sensibilização dos atores envolvidos: profissionais, gestores, conselhos de saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), entre outros.

1.2 Monitoramento e avaliação

O monitoramento tem como premissa o acompanhamento rotineiro de informações que buscam representar a realidade em algumas dimensões e a avaliação, como exercício de produção de respostas para as perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Ambos cumprem papéis importantes para definição de estratégias de intervenção, quando são efetivamente utilizados para análise da situação de saúde ou definição de prioridades e reorientação de práticas. No Brasil, a

iii ObservaPICS - <http://observapics.fiocruz.br/>

institucionalização das PICS, a partir de uma política nacional, permitiu a inclusão de variáveis de monitoramento nos Sistemas de Informação em Saúde e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o que permite o acompanhamento do desenvolvimento dessas práticas no SUS. Diversos avanços foram obtidos neste campo:

- Inclusão de variáveis de monitoramento nos Sistemas de Informação em Saúde (SIA/SIH/SISAB) e no SCNES, por meio da criação do código de serviço especializado (134) das práticas integrativas e complementares, que permite de maneira mais precisa a distribuição geográfica das PICS em todo território nacional na rede de serviços do SUS;
- Publicação da portaria SAS nº 145, de 11 de janeiro de 2017, que altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica, com as seguintes inclusões/alterações: práticas corporais em medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem, sessão de auriculoterapia, sessão de massoterapia, tratamento termal/crenoterápico¹¹;
- Publicação da Portaria Ministerial nº 849, de 27 de março de 2017, que amplia a PNPIC em mais 14 novas práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga¹²;
- Publicação da Portaria SAS nº 633, de 28 de março de 2017, que atualiza o serviço especializado 134 na tabela de serviços do SCNES. Esta atualização permitiu o registro específico de quais PICS são ofertadas em determinado estabelecimento de saúde, o que representou um grande avanço para o monitoramento da CNPICS, pois foi possível dimensionar de modo mais qualificado a oferta de PICS no território brasileiro. Foram incluídas as seguintes PICS: 001 - acupuntura, 002 - fitoterapia, 003 - outras técnicas em medicina tradicional chinesa, 004 - práticas corporais e mentais, 005 - homeopatia, 006 - termalismo/crenoterapia, 007 - antroposofia aplicada à saúde, 008 - práticas expressivas, 009 - ayurveda e 010 - naturopatia¹³;

- Publicação da Portaria Ministerial nº 702, de 21 de março de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na PNPIC: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo/crenoterapia¹⁴;
- Publicação da Portaria SAS nº 1.988, de 31 de dezembro de 2018, que atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e no SCNES. Os procedimentos e serviços especializados em PICS foram atualizados passando a vigorar os códigos para registro dos seguintes procedimentos: sessão de antroposofia aplicada à saúde, sessão de constelação familiar, sessão de apiterapia, sessão de aromaterapia, sessão de biodança, sessão de bioenergética, sessão de cromoterapia, sessão de dança circular, sessão de geoterapia, sessão de hipnoterapia, sessão de imposição de mãos, sessão de ozonioterapia aplicada à odontologia, sessão de terapia de florais, tratamento homeopático, tratamento fitoterápico, tratamento antroposófico, tratamento ayurvédico, sessão de termalismo e tratamento em medicina tradicional chinesa. Também foi atualizada a forma de registro dos estabelecimentos de saúde com oferta de PICS, no SCNES, sendo o código para serviço especializado 134 atualizado para o registro específico das seguintes PICS: 003 - outras práticas em medicina tradicional chinesa, 004 - práticas corpo-mente, 010 - práticas naturais, 011 - práticas manuais, 012 - práticas psicodinâmicas, 013 - ozonioterapia, 014 - aromaterapia e 015 - imposição de mãos¹⁵;
- A partir das ampliações e atualizações foi possível monitorar as práticas na APS, com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), os atendimentos individuais de abordagens clínicas das racionalidades em saúde, os procedimentos em PICS e as atividades coletivas por meio dos novos códigos em PICS disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP). Na média e alta complexidade (MAC), por

meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema Informação Hospitalar (SIH), são monitorados os procedimentos individuais e coletivos pelo código SIGTAP. Até 2015, o monitoramento era realizado com base no quantitativo de estabelecimentos de saúde (via SCNES) e nos procedimentos registrados (via SIA). A partir de 2016, um grande avanço obtido foi com a implantação nacional do SISAB, sendo possível monitorar os estabelecimentos e procedimentos da APS por este sistema, e os estabelecimentos e procedimentos da MAC via SCNES e SIA. A ampliação dos dados por meio do SISAB viabilizou dados de PICS que anteriormente estavam subnotificados de PICS. No contexto histórico de institucionalização e expansão das PICS enquanto política pública de saúde, 2015 a 2018 corresponde ao período de maior expansão dos serviços, no qual quase 16 mil estabelecimentos de saúde ofertaram PICS e 24 novas práticas foram incorporadas na PNPIC;

- Produção de relatórios técnicos de monitoramento e avaliação da oferta e implementação das PICS no SUS, por meio dos sistemas de informação em saúde. Dados para o ano de 2017 mostram que as PICS estavam presentes em 14.475 serviços de saúde do SUS, sendo 13.123 (90%) da APS, distribuídos em 3.994 municípios (74%) e em todas as capitais. Foram ofertados 1.416.607 atendimentos individuais, 25.206 atividades coletivas com 322.650 participantes e 148.152 procedimentos em PICS. Dados parciais para o ano de 2019 mostram que as PICS estavam presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 15.603 APS, distribuídos em 4.296 municípios (77%) – APS e média e alta complexidade – e em todas as capitais, com oferta de 693.650 atendimentos individuais, 104.531 atividades coletivas com 942.970 participantes e 628.239 procedimentos em PICS;

- Produção de relatórios de avaliação da oferta e implementação das PICS no SUS, por meio dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa teve três edições (ciclos) e os seus resultados refletem a expansão das PICS no Brasil. Os dados mostram que mais de 30% das equipes de saúde participantes do 3º ciclo do programa ofertam serviços de PICS aos usuários, um aumento considerável em

relação aos primeiros ciclos, em que 20% das equipes realizavam PICS. No 3º ciclo do programa, quase metade das equipes relataram utilizar recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e da Medicina Antroposófica, para a oferta do cuidado com o usuário. Estes bons resultados também apareceram no 1º e 2º ciclo. Outro ponto de destaque do 3º ciclo do PMAQ-AB foi a utilização de protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado, em que mais de 60% das equipes confirmaram que os instrumentos utilizados incluem PICS;

- Produção do vídeo instrutivo Registrando as PICS na estratégia e-SUS APS como objetivo de apoiar gestores e profissionais quanto ao correto registro das PICS no sistema de informação da atenção básica vigente^{iv}. Por meio de um passo-a-passo, foi descrito o preenchimento das fichas de Coleta de Dados Simplificados (CDS) e o registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

1.3 Comunicação da política

A comunicação é essencial para a consolidação das políticas públicas, e faz parte das diretrizes da PNPIC. A elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visa a promoção de ações de informação e divulgação das PICS, respeitando e levando em consideração as especificidades regionais e culturais do país, direcionando a informação aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde e para a população em geral. Considerando a necessidade de inclusão da PNPIC na agenda de atividades da comunicação social do SUS, foram elaboradas diversas estratégias descritas a seguir:

- Atualização e acompanhamento permanente do conteúdo informativo do portal das PICS no site do Ministério da Saúde;
- Construção de uma página da PNPIC no portal do Integra MS. O projeto foi motivado pelo apoio às ações de divulgação da PN-

iv Vídeo Registrando as PICS na estratégia e-SUS. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=NRc4iV22rsk>

PIC direcionado para os profissionais do Ministério da Saúde. O Integra MS é uma ferramenta estratégica de comunicação, governança e colaboração, que nasceu da necessidade de evolução da intranet do Ministério da Saúde, com a premissa de aprimorar as formas de comunicação interna com os servidores e colaboradores do órgão. Na página da PNPIC no Integra MS, são disponibilizadas as seguintes informações: apresentação da PNPIC (objetivos, diretrizes e desafios); o que são e quais são as PICS reconhecidas; conceituação das 29 práticas que compõe a PNPIC; composição e organização da CNPICS; materiais de apoio da Coordenação Nacional; cursos introdutórios, modalidade EaD, disponibilizados pelo MS na temática das PICS; links de interesse; saiba mais, com vídeos, informes e notícias sobre PICS; e os contatos da Coordenação Nacional;

- Divulgação de documentos técnicos, informes bimestrais, relatórios técnicos, notas de monitoramento e informes de evidências clínicas em PICS. No ano de 2018, foi elaborado e lançado o informe Integrando e Complementando. A primeira edição foi lançada em outubro de 2018 e a segunda em janeiro de 2019. O lançamento do informe ocorreu no contexto de divulgação das diversas PICS, com caracterização da prática, cursos relacionados, experiências exitosas na APS, eventos com participação e apoio da CNPICS, textos para reflexão e publicações e materiais de PICS. A primeira edição teve como destaque a prática de auriculoterapia¹⁶, considerando os processos de formação dos profissionais de saúde da APS, além de trazer eventos realizados e, também, de participação da CNPICS, relato de experiência na APS e publicações lançadas pela Coordenação Nacional em 2018, como o primeiro Glossário Temático em PICS e o Manual de Implantação de Serviços de PICS no SUS. Já a segunda edição trouxe informações sobre a prática de plantas medicinais e fitoterápicos¹⁷, o curso da Plataforma AVASUS correspondente à prática lançado em 2018 e que contou até janeiro de 2021 com mais de 20 mil participantes, relatos de experiência na APS, eventos com participação da coordenação e publicações da área;

- Lançamento do Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde¹⁸. Esta publicação foi elaborada conjuntamente pela CNPICS e Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE), por meio da terminologia da saúde, compondo um dos volumes da série institucional Glossário Temático. A publicação reúne os principais vocábulos e verbetes utilizados no campo de atuação dessa área técnica, contando com uma lista de termos equivalentes em espanhol e inglês. Eles foram organizados após pesquisa, identificação e análise em um corpus eletrônico de cada idioma, incluídas as propostas da equipe técnica considerando os correspondentes mais adequados nessas duas línguas atualmente. O objetivo é suprir a falta dessa terminologia especializada em obras institucionais de referência. Com essa terminologia traduzida, objetiva-se, principalmente, auxiliar os profissionais envolvidos com a tradução de documentos ou preparação de palestras para estrangeiros. O lançamento da publicação ocorreu no 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública (INTERCONGREPICS), com grande aceitação pelos profissionais de saúde, usuários do SUS e comunidade acadêmica. Pela repercussão positiva conquistada, já se encontra em revisão para acréscimo de termos e atualização de conceitos, com vistas à 2ª edição com o maior número possível de vocábulos e usos institucionais dessa linguagem especializada, bem como adequação deles às mudanças de normativos ocorridos na área temática;
- Divulgação do Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS⁹;
- Realização do I INTERCONGREPICS^v, nos dias 12 a 15 de março de 2018, na cidade do Rio de Janeiro. O evento contou com a participação de mais de 4 mil participantes, entre profissionais de saúde, terapeutas, praticantes tradicionais, pesquisadores, gestores brasileiros e estrangeiros, representando mais de 25 países, e a presença de alguns chefes de Estado. O Ministério da Saúde, por

v Materiais e palestras do INTERCONGREPICS estão disponíveis em <http://aps.saude.gov.br/congrecpics/#/>

meio da CNPICS, articulou e apoiou a participação das 27 referências estaduais em PICS e de 250 pesquisadores, dos quais oitenta eram referências internacionais na temática, e aprovou 900 trabalhos de pesquisa e relatos de experiência. O evento foi uma mostra importante dos doze anos da PNPIC no SUS, com diversos atores discutindo suas práticas, ações e políticas locais, muitos estudos realizados nos últimos anos na temática das PICS, comparado ao início da política nacional;

- Realização de lives visando elucidar as principais dúvidas de gestores e profissionais de saúde. A primeira live, realizada em 22 de novembro de 2018, teve como tema as Práticas Integrativas e Complementares no cuidado da saúde do homem, em comemoração ao novembro azul. Assim, a atividade contou com a participação da Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde. A segunda, que ocorreu em 6 de dezembro de 2018, focou no Manual de Implantação de Serviços de PICS no SUS que serve de base para nortear gestores e profissionais de saúde quanto à implantação das PICS. E a terceira aconteceu em 24 de janeiro de 2019, abordando o registro dos serviços de PICS nos sistemas na estratégia e-SUS AB, dúvida recorrente entre os gestores e os profissionais de saúde dos municípios que possuem as PICS ofertadas nos serviços de saúde da rede;
- Divulgação de vídeos institucionais de PICS.

2. Eixo: Pesquisa em PICS

A aproximação entre a gestão e a pesquisa favorece o julgamento sobre potenciais benefícios, riscos, custo-benefício, incertezas e aceitações de diferentes abordagens para determinado problema relevante. As evidências científicas têm papel importante em todos os campos da gestão, inclusive das PICS, devendo ser utilizadas de forma sistemática e transparente. A produção e sistematização das evidências científicas contribuem também para a tomada de decisão clínica, orientando a produção de protocolos, diretrizes e linhas de cuidado. Alinhados a isto, a CNPICS está produzindo

diversos documentos a fim de sistematizar as evidências em PICS para uma linguagem de fácil acesso para gestores, profissionais, usuários, acadêmicos e público em geral. Neste campo diversos progressos foram efetivados.

- A produção de um edital específico de PICS em 2013/2014, apoiando ao final da fase de seleção 27 projetos de pesquisa, com fomento no total de 2 milhões de reais;
- Apoio e colaboração na construção do portal Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS MTCI), sendo uma BVS temática especializada na área de MTCI, produzida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS), em parceria com 15 países da região das Américas^{vi};
- Apoio à iniciativa de criação do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn)^{vii}. Trata-se de uma rede colaborativa de pesquisadores de universidades e instituições de pesquisa de todo Brasil, no sentido de dar subsídio a gestores públicos, profissionais de saúde e população em geral com informações científicas qualificadas.

2.1 Sínteses rápidas de evidências

Sínteses rápidas de evidências em PICS foram elaboradas por meio de projeto estabelecido com parceiros internos (DECIT/SCTIE/MS), e externos (Fiocruz Brasília e BIREME). Esta metodologia consiste em uma síntese de evidências realizada de forma mais rápida do que uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde tradicional, eliminando ou simplificando etapas de sua elaboração. Esses produtos trazem uma síntese formal dos resultados e avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos para informar políticas de saúde. É útil para subsidiar a discussão em políticas de saúde, em várias etapas, com os seguintes objetivos: identificar tópicos prioritários para uma agenda de pesquisa; fornecer opções políticas para enfrentamento de um problema; e informar sobre barreiras

vi Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas - <https://mtci.bvsalud.org/pt/>

vii Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa - <https://cabsin.org.br/membros/>

e soluções na implementação de opções políticas. Até o momento foram produzidas as seguintes sínteses rápidas de evidências em PICS:

- Acupuntura e auriculoterapia no tratamento da dor aguda ou crônica em adultos e idosos¹⁹;
- Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos²⁰;
- Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de diabetes melito tipo 2 em adultos e idosos²¹;
- Acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica em adultos e idosos²²;
- Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos²³;
- Meditação/*mindfulness* no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos²⁴;
- Meditação/*mindfulness* para tratamento de doenças cardiovasculares em adultos e idosos²⁵;
- Meditação/*mindfulness* para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos²⁶;
- Yoga para o tratamento de dor crônica e aguda em adultos e idosos²⁷;
- Yoga no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos²⁸;
- Yoga para tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos²⁹;
- Yoga no controle do tabagismo em adultos e idosos³⁰.

2.2 Mapas de evidência de efetividade clínica

Como contribuição para facilitar o acesso às evidências disponíveis em PICS, a CNPICS solicitou à BIREME/OPAS/OMS mapas de evidências, com o objetivo de apoiar profissionais de saúde, tomadores de decisão e pesquisadores na construção de ações de saúde informadas por evidências. A BIREME, o CABSIn e a Rede MTCI Américas uniram esforços para sistematizar as evidências científicas em MTCI.

Os mapas de evidências apresentam, em uma matriz de intervenções e resultados, uma visão geral e uma síntese gráfica das evidências so-

bre intervenções de PICS para condições de saúde específicas. Os mapas são elaborados em um processo que envolve uma busca sistemática de documentos nas principais bases de dados, seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e subsequente caracterização. Abaixo, segue a lista dos mapas de evidências disponíveis até o momento^{viii}:

- Contribuições das medicinas tradicionais, complementares e integrativas no contexto da COVID-19 (*coronavirus disease*);
- Efetividade clínica da acupuntura;
- Efetividade clínica da prática de meditação;
- Efetividade clínica da prática do yoga;
- Efetividade clínica das plantas medicinais e fitoterapia para saúde mental e qualidade de vida;
- Efetividade clínica das plantas medicinais e fitoterapia para distúrbios metabólicos e fisiológicos;
- Efetividade clínica das plantas medicinais e fitoterapia para doenças crônicas e dor;
- Efetividade clínica da fitoterapia e plantas medicinais para cicatrização e doenças agudas;
- Aplicação clínica da ozonioterapia bucal;
- Efetividade clínica da shantala;
- Efetividade clínica da reflexologia;
- Efetividade clínica das práticas mente e corpo da medicina tradicional chinesa;
- Efetividade clínica da auriculoterapia;
- Efetividade clínica da ozonioterapia médica.

2.3 Informes de evidências clínicas

Utilizando como base de dados os mapas de evidência, para apoiar gestores na tomada de decisão, considerando os principais agravos e condições de saúde com maior demanda nos serviços de saúde, foram produzidos os seguintes informes: Obesidade e diabetes mellitus

viii Os mapas de evidência estão disponíveis em <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>

(nº 01/2020)³¹; Hipertensão e fatores de risco para doenças cardiovasculares (nº 02/2020)³²; Ansiedade e depressão (nº 03/2020)³³; Transtornos alimentares (nº 04/2020)³⁴; Insônia (nº 05/2020)³⁵; Saúde do trabalhador (nº 01/2021)³⁶; Atividade física (nº 02/2021)³⁷.

3. Eixo: Atenção à saúde

A atenção à saúde consiste em ações que envolvem o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de proteção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças e de promoção da saúde. É fundamental elaborar um enfoque adequado e integral de atenção à saúde que facilite o acesso às PICS de maneira segura, respeitosa e efetiva aos profissionais de saúde e, em especial, aos usuários do SUS. As PICS possibilitam a oferta de tecnologias leves e adequadas para todos os níveis de atenção – com ênfase na APS, além de privilegiar tecnologias leves e procedimentos estimulantes do potencial de recuperação do próprio sujeito. Baseiam-se em um modelo de atendimento que busca a manutenção da saúde de maneira integral e preventiva. Ressalta-se que as PICS possuem amplo espectro de atuação e abordagem para diversas condições e agravos, além de potencial de atuação na promoção da saúde, bem-estar e autocuidado.

Dados de monitoramento reforçam a ampla aplicação das PICS na atenção à saúde, sendo a APS o nível de atenção com maior inserção e oferta, o que converge com a seguinte diretriz da política: incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Os dados dos monitoramentos realizados pelo MS informam:

- Foram realizados 693.650 atendimentos individuais (Racionalidade em Saúde/Recurso Terapêutico) em PICS na APS, sendo a MTC a que apresentou o maior número de atendimentos (208.739), seguido pelas Plantas Medicinais e Fitoterapia (45.024);
- Nos anos de 2017, 2018 e 2019 (dados parciais) houve 3.099.961 atendimentos individuais em PICS na APS;

- Ao analisarmos o número de procedimentos (sessão de auriculoterapia, sessão cromoterapia, sessão de acupuntura, entre outros) ofertados na APS, observa-se um crescimento de 148.152 registros em 2017 para 628.239 em 2019 (dados parciais), ou seja um aumento de 324%;
- A auriculoterapia foi o procedimento de maior crescimento, com aumento de 40.818 para 423.774;
- Em 2019, as atividades coletivas somaram 104.531 registros com aumento de 314% comparado aos números de 2017;
- Consequentemente, o número de participantes envolvidos cresceu de 322.650, em 2017 para 942.970 em 2019;
- Em 2017, a prática mais ofertada foi Plantas Medicinais/Fitoterapia (49%), seguida das Práticas Corporais da MTC (34%). A partir de 2018, houve uma inversão no cenário, as Práticas Corporais da MTC tornaram-se a prática mais ofertada.

Diante do exposto, pode-se considerar que o resultado da ampliação das PICS na APS é fruto do grande esforço dos profissionais da rede de saúde, junto com a gestão, para a disponibilização e estruturação da oferta. O fortalecimento das PICS institucionalizadas pela PNPIC é essencial para sua consolidação no SUS. O registro das PICS de forma discriminada auxilia o acompanhamento de como as práticas estão integradas ao cuidado, sendo um fator diferencial para reconhecer as que têm sido ofertadas à população e a potência de seu caráter complementar em contribuição para a resolutividade da APS, subsidiando assim a tomada de decisões para o planejamento em saúde.

3.1 PICS em materiais técnicos e publicações do Ministério da Saúde

3.1.1 Atenção à saúde do trabalhador

As PICS constituem-se de abordagens terapêuticas que oferecem práticas e valores fundamentados na promoção da saúde, com o desenvolvimento de atividades coletivas que fomentam a solidariedade, a troca entre participantes e o fortalecimento da comunidade. Assim, as PICS

possuem grande potencial para a promoção da saúde, inclusive no contexto da saúde do trabalhador, por ser uma estratégia de cuidado e autocuidado que considera os determinantes sociais da saúde na construção do plano terapêutico. Dessa forma, a CNPICS contribuiu para a discussão do tema no Caderno de Atenção Básica da Saúde do Trabalhador³⁸.

3.1.2 Atividade física

As PICS são práticas que integram respiração e mente, e promovem uma maior consciência corporal e sensação de bem-estar a quem pratica. A integração entre corpo e mente proporcionada por essas práticas tem atuação na autoestima, autoconfiança e autocontrole. Integrar as diversas práticas corporais contempladas na PNPIC nos serviços de saúde amplia o arcabouço de oferta do SUS e proporciona aos usuários diversos benefícios, além dos resultados diretos obtidos com práticas convencionais de atividade física. Nesse contexto, a CNPICS participou com contribuições no processo de consulta pública do Guia de Atividade Física, que está sendo elaborado pela Coordenação-geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersectoriais.

3.1.3 Atenção à saúde do idoso

A atenção à saúde da pessoa idosa visa garantir o cuidado adequado, digno e respeitoso para este público-alvo, com foco em dois pilares: preservação da autonomia e independência funcional. Por se tratar de uma população que, em sua grande maioria, convive com agravos e condições crônicas, as PICS auxiliam na promoção de uma longevidade saudável, com melhoria na qualidade de vida e fomento à autonomia. Diante deste contexto, foi realizada uma articulação entre a CNPICS e a Coordenação Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa para elaboração de documento técnico contendo orientações de PICS para o cuidado de agravos recorrentes na saúde da pessoa idosa, como queda, hipertensão, diabetes, entre outros³⁹.

3.1.4 Arboviroses

Com o objetivo de ampliar as possibilidades e ofertas terapêuticas no manejo de sinais e sintomas nos casos de infecções pelo vírus da zika, dengue e chikungunya, a CNPICS contribuiu na elaboração dos protocolos de manejo clínico das arboviroses, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). Para elaboração das orientações foram consultadas revisões sistemáticas e mapas de evidência/efetividade clínica das PICS, com o objetivo de ampliar as possibilidades e ofertas terapêuticas, em relação ao tratamento convencional destas doenças, por meio de evidências científicas de alto grau metodológico.

Assim, foram realizadas contribuições nos seguintes documentos: Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico: Adulto e Criança (recurso eletrônico), organizado pelo Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; Manejo Clínico Relacionado às Infecções pelo Vírus Zika, elaborado pela Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública, Coordenação-Geral dos Programas de Controle da Malária e das Doenças Transmitidas pelo Aedes e Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, e Chikungunya: Manejo Clínico Conduzido pela Coordenação-Geral dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

3.1.5 Alimentação e nutrição

Considerando a transversalidade das PICS e a produção de evidências científicas para diversas condições clínicas, a CNPICS, a convite da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), do Ministério da Saúde, contribuiu em alguns materiais relacionados ao tratamento da pessoa com sobrepeso e obesidade. As contribuições feitas incorporaram o conteúdo dos seguintes materiais:

- Atenção à Saúde de Pessoas com Sobrepeso e Obesidade – Curso de Especialização – Abordagem Individual para Prevenção e Controle do Sobrepeso e da Obesidade na APS. Curso elaborado em parceria

da CGAN com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos⁴⁰. Este documento também foi submetido à consulta pública, e a CNPICS participou do processo enviando as suas contribuições e mobilizando o grupo de referências técnicas dos estados para participação.

3.1.6 Apoio ao cuidado dos trabalhadores em emergência pública

A sociedade contemporânea registra diversas situações de desastres, sejam relacionados ao meio ambiente, epidemias, pandemias, conflitos armados, insegurança alimentar e fome. Esses desastres possuem efeitos na saúde mental das populações atingidas, podendo agravar determinantes como a vulnerabilidade social, ambiental ou reduzida capacidade de enfrentamento dos riscos, doenças e agravos relacionados. As PICS podem contribuir para atenção psicossocial na urgência e emergência, bem como no tratamento do estresse pós-traumático, tanto para as vítimas como para os profissionais de saúde.

Em 2019, foi registrado o primeiro caso oficial de utilização de PICS no Brasil para o auxílio de vítimas e familiares em situações de desastre/catástrofe, logo após o rompimento da barragem em Brumadinho - MG. As ações foram realizadas pelo Núcleo Municipal de PICS (NUPIC) com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Foram ofertados diversos atendimentos de PICS aos trabalhadores que estavam na linha de frente do resgate das vítimas do acidente, assim como a familiares das vítimas residentes na região.

3.1.7 Atenção à saúde para o período de pandemia da COVID-19

Em 2020, a população mundial foi acometida por uma doença viral respiratória, denominada COVID-19, que acarretou diversas mudanças na

dinâmica social e na rotina da população, bem como na forma de organização e oferta dos serviços de saúde. É nesse contexto que as PICS também se configuram como importantes ferramentas de cuidado, por serem práticas de abordagem integral que consideram todas as dimensões do ser (físico, emocional, mental e social), aspectos que não devem ser negligenciados diante da complexidade do cenário imposto pela pandemia.

Desta forma, foi elaborada a Cartilha sobre o Uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – Orientações para o Cuidado e Autocuidado Durante e Após a Pandemia da COVID-19, como forma de apoio aos gestores e profissionais de saúde, relacionados às evidências científicas de algumas PICS, disponíveis para auxiliar no cuidado em saúde durante e após a pandemia. A cartilha está finalizada, sendo necessário realizar seu lançamento.

Estratégias de cuidado foram implementadas por estados e municípios a fim de minimizar os efeitos da pandemia e permitir a continuidade das ações em saúde, como o uso de ferramentas on-line. A realização de consultas virtuais foi uma prática adotada por diversos estados, com oferta direcionada para população em geral e profissionais de saúde, considerando a importância do cuidado e autocuidado destes atores por estarem na linha de frente da assistência.

Outra estratégia encontrada pelos profissionais de saúde para garantir a continuidade das atividades foi a elaboração de materiais, seja de caráter orientativo/educativo para auxiliar a população na realização das práticas de forma segura (videoaulas, podcast, cartilhas), seja de caráter formativo a fim de subsidiar profissionais de saúde com outras abordagens terapêuticas a serem implementadas no cuidado e autocuidado dos usuários e dos próprios profissionais de saúde (webpalestras, webconferências). A seguir, destacamos algumas ações realizadas pelos estados durante a pandemia: Distrito Federal (videoaulas sobre shantala, automassagem, tai chi e Medicina Antroposófica)^{ix}; Bahia (videoaulas sobre reiki, ayurveda, ozonioterapia, bioenergética, homeopatia e aromaterapia)^x; Espírito Santo (webpalestras sobre ayurveda, floral, tai

ix <http://www.saude.df.gov.br/praticas-integrativas-de-saude/>

x <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/acoeducativas-covid19/>

chi, reiki, yoga, meditação, arteterapia, acupuntura, auriculoterapia, do-in e homeopatia)^{xi}; Mato Grosso (videoaulas sobre fitoterapia, auriculoterapia e terapia floral)^{xii}; Minas Gerais (videoaulas sobre cromoterapia, yoga, shantala, qi gong, escalda pés, meditação guiada, horta domiciliar)^{xiii}; Pernambuco (videoaulas sobre yoga, reflexologia, qi gong, constelação, meditação, arteterapia, bioenergética, TCI, biodança, aromaterapia)^{xiv}; Cartilha de autocuidado^{xv}.

4. Eixo: Formação em PICS

O desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais no SUS, deve estar em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente. Sendo assim, o Ministério da Saúde, em consonância com as diretrizes da PNPIC para a sensibilização e educação permanente dos gestores, técnicos das coordenações estaduais e municipais e profissionais quanto às PICS, segue empreendendo esforços para elaboração de cursos introdutórios e de capacitação, nas modalidades à distância e semipresenciais, em convênio com universidades federais e instituições de ensino com expertise no campo das PICS.

4.1 Cursos introdutórios e de qualificação

Foram produzidos cursos na modalidade de educação a distância pela plataforma de ensino disponibilizada no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), disponibilizados para todos os profissionais de saúde, com mais de 150 mil participantes inscritos. Os cursos de PICS foram elaborados a partir das necessidades do SUS, e têm como objetivo qualificar a formação de profissionais e trabalhadores da saúde, sendo eles:

xi <https://www.youtube.com/playlist?list=PLZp10HnL0OWkYVnsPkAgxF71YyWORoBqa>

xii <https://www.youtube.com/c/TeleEducaMatoGrosso1/videos>

xiii <https://www.saude.mg.gov.br/pics>

xiv <https://www.youtube.com/c/RecifeIntegrativo/videos>

xv <https://recifeintegrativo.blogspot.com/p/cartilhas.html>

- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa (Carga horária: 80h)^{xvi};
- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa (Carga horária: 80h)^{xvii};
- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde (Carga horária: 80h)^{xviii};
- Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde (Carga horária: 60h)^{xix};
- Gestão de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS (Carga horária: 80h)^{xx};
- Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica – Módulo I (Carga horária: 100h)^{xxi};

É importante ressaltar o fato do procedimento coletivo de Práticas Corporais da MTC ter tido um aumento de 82% nos serviços da APS, entre os anos de 2017 (8.606), 2018 (42.109) e 2019 (48.646), totalizando 566.669 participantes nesta atividade. Associamos, em parte, o aumento da prática na APS à participação exponencial de profissionais de saúde entre os anos de 2017 e 2019, no Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa. Da mesma forma, associa-se à formação dos cursos de plantas medicinais e fitoterapia o grande quantitativo de atividades coletivas com esta temática ofertadas no território, em que 911.863 pessoas participaram desta atividade entre os anos de 2017 a 2018.

4.2 Curso de formação em auriculoterapia

Diversas edições do curso foram ofertadas para profissionais de saúde de nível superior da Atenção Básica, em parceria com a Universi-

xvi <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=79>

xvii <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=78>

xviii <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=24>

xix <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=149>

xx <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=151>

xxi <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=153>

dade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio de convênio firmado durante os anos de 2015 a 2017, e renovado para 2018 e 2019. Ao final das quatro edições, foram estabelecidos polos formadores em todas as regiões do Brasil, nos quais aproximadamente 10 mil profissionais de saúde da APS foram certificados. O procedimento de auriculoterapia na APS teve um aumento de 324%, entre os anos de 2017 e 2019 (dados parciais), sendo que o número de procedimentos ofertados cresceu de 148.152 registros em 2017 para 628.239 em 2019. Em parte, associamos também este aumento na rede da APS, à quantidade de profissionais formados para ofertarem esta prática nos serviços de saúde da rede. Essa experiência é relatada no Capítulo 13 deste livro.

4.3 Cursos introdutórios de PICS

Onze novos cursos na modalidade EaD foram elaborados para serem disponibilizados sem limites de vagas, sem restrição de público, na plataforma AVASUS. Cinco deles estão finalizados, aptos para lançamento, sendo as temáticas: meditação, yoga, aromaterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia.

4.4. Curso e formação em desenvolvimento

Encontram-se em elaboração o curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Aplicação em Feridas, destinado a profissionais de saúde de nível superior, e a Formação para Uso de Protocolos de Acupuntura para médicos da APS.

5. As evidências como caminho de consolidação da PNPIC

As pesquisas em PICS se propõem não só à ampliação do leque de opções terapêuticas nos sistemas de saúde, como também do olhar sistê-

mico sobre cuidado. Assim, o incentivo à pesquisa está entre as diretrizes da PNPIC, e vem constituindo uma das estratégias de fortalecimento dessas abordagens de cuidado desde 2006. A pesquisa é fundamental para o contínuo desenvolvimento do cuidado, das ações de atenção à saúde, assim como dos serviços e sistemas de saúde. Neste sentido, as pesquisas científicas passam a ter uma importância ainda maior para a gestão da PNPIC e a sua qualificação. O fortalecimento das pesquisas em PICS tem um papel fundamental para a avaliação da PNPIC no SUS e da gestão das PICS no país e no mundo, levando em consideração os eixos voltados para a validação das diversas PICS quanto à segurança, à eficácia e à qualidade; para a criação de protocolos de cuidados coletivos e individuais para orientação dos profissionais e usuários; e para a qualificação dos indicadores de PICS em Saúde Pública.

Considerando o objetivo da política de “contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso”, é necessário seguir avançando no campo da pesquisa. No entanto, a falta de evidência neste campo não é mais considerada como um dos grandes entraves, pois os produtos de sínteses de evidência têm demonstrado que a sistematização, organização e tradução destes conhecimentos são os principais desafios para uma ampla utilização das evidências como forma de subsidiar as tomadas de decisão clínicas ou de gestão no campo das PICS. Neste sentido, considera-se fundamental:

- Produzir novos mapas de evidências de efetividade clínica e sínteses rápidas de evidências em PICS de forma a subsidiar a tomada de decisão na clínica e na gestão;
- Produzir pesquisas sobre modelos de indicadores de saúde para as PICS;
- Produzir pesquisas sobre modelos exitosos de implementação das PICS em diferentes pontos da rede, como APS, saúde mental, serviços de reabilitação, outros serviços especializados, academias da saúde e hospitais;
- Produzir documentos técnicos e materiais relacionados ao uso das evidências científicas para os gestores e profissionais de saúde, nas seguintes temáticas e linhas de cuidados: obesidade, hiperten-

são arterial sistêmica, diabetes mellitus, ansiedade, depressão, dor, entre outras;

- Criar/apoiar núcleos de tradução do conhecimento para facilitar a disseminação de conhecimentos científicos produzidos no campo das PICS;
- Dialogar com a comunidade acadêmica internacional, por meio de elaboração de artigos científicos, para contextualizar o cenário atual das PICS no SUS e a conjuntura atual da PNPIC no Brasil;
- Fomentar editais de pesquisa que contemplem as PICS com foco no SUS.

Considerações finais

A PNPIC é resultado de um amplo movimento sanitário, no entanto, enquanto política de saúde pode ser considerada ainda relativamente jovem. Esta política segue subfinanciada desde sua criação e enfrenta grandes desafios, como o desconhecimento e o preconceito pelo modelo de cuidado pautado pela integralidade do indivíduo. Enquanto prática de cuidado, questiona o modelo convencional e propõe uma ampliação do olhar sobre o indivíduo e sobre o leque de opções e abordagens terapêuticas. Apesar destes desafios, as PICS vêm se consolidando como uma prática em expansão no SUS, com forte aderência na APS, e os esforços da gestão demonstram importantes avanços na implementação dessa política. Não há dúvidas sobre os ganhos para o cuidado em saúde a partir da sistematização das evidências científicas, demonstrando assim um potencial das PICS para dar conta de alguns gargalos e necessidades de Saúde Pública, como o cuidado voltado para pessoas com doenças crônicas, o cuidado em saúde mental, a dor crônica e a medicalização excessiva. As PICS contribuem ainda para uma mudança do modelo de cuidado, fortalecendo a promoção da saúde e o autocuidado apoiado. Estes aspectos tornam a implementação da PNPIC fundamental para a sustentabilidade do sistema de saúde a partir de práticas resolutivas e custo-efetivas.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS [internet]. Brasília (DF); 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 18 mar 2021]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>.
2. Unicef. Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata. 6-12 Sept 1978; USSR: WHO;1978.
3. World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. WHO traditional medicine strategy 2002-2005 [internet]. World Health Organization; 2002 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163>
4. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023 [internet]. World Health Organization; 2013 [acesso em 13 mar 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455>
5. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde [internet]. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 mar 1986; Brasília. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 1986. p. 21 [acesso em 3 fev 2020]. Disponível em: Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Julho de 2020 [acesso em 3 fev 2020]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União. 04 mar 2008; Seção 138:42.
8. Ministério da Saúde (BR). Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. PNPIC. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS [internet]. – Brasília (DF); 2018 [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética [internet]. – Brasília (DF); 2018 [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_saude_bioenergetica_1ed.pdf
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Diário Oficial da União. 13 jan 2017.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Neturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União. 28 mar 2017.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 633, de 28 de março de 2017. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Diário Oficial da União. 31 de mar 2017. Seção 1:98.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União. 22 mar 2018.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Ór-

- teses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Diário Oficial da União. 31 dez 2018. Seção 1:110.
16. Ministério da Saúde (BR). Auriculoterapia. Integrando e Complementando. Informativo bimestral da CNPICS [internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informes/Informativo_PICS_bimestral_1ed_08_2018.pdf
 17. Ministério da Saúde (BR). Plantas medicinais e fitoterápicos. Integrando e Complementando. Informativo bimestral da CNPICS [internet]. 2. ed. 2019 [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informes/Informativo_PICS_bimestral_2ed_01_2019.pdf
 18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde [internet]. Brasília (DF); 2018 [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf
 19. Oliveira CF, Mustapha RSD, Luquine Júnior CD, Silva LALB, Araújo BC, Melo RC, et al. Revisão rápida: acupuntura e auriculoterapia no tratamento da dor aguda ou crônica [internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2021]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118189/relatorio_rr_acupuntura_auriculoterapia_dor_aguda_cronica_adul_obu1wS7.pdf
 20. Melo RC, Araújo BC, Silva LALB, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Revisão rápida: acupuntura, auriculoterapia e acupressão no tratamento de obesidade e sobrepeso [internet]. 2020 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118193/relatorio_rr_acupuntura_obesidade.pdf
 21. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Revisão rápida: acupuntura e auriculoterapia no tratamento de diabete melito [internet]. 2020 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118191/relatorio_rr_acupuntura_diabete-melito-2.pdf
 22. Araújo BC, Silva LALB, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Revisão rápida: acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de

- hipertensão arterial [internet]. 2020 [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118190/relatorio_rr_acupuntura_auriculoterapia_hipertensao.pdf
23. Araújo BC, Silva LALB, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Revisão rápida: acupuntura e auriculoterapia no tratamento de ansiedade ou depressão [internet]. 2020 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118195/relatorio_rr_acupuntura-auriculoterapia_ansiedade-depressao.pdf
 24. Araújo BC, Silva LALB, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Revisão rápida: meditação/mindfulness no tratamento de obesidade e sobrepeso [internet]. 2020 [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118199/relatorio_rr_meditacao-mindfulness_obesidade.pdf
 25. Milhomens LM, Tesser TR, Ribeiro AAV, Araújo BC, Melo RC, Hirayama MS et al. Revisão rápida: meditação/mindfulness para tratamento de doenças cardiovasculares [internet]. 2019 [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118197/relatorio_rr_meditacao_cardiovasculares.pdf
 26. Araújo BC, Silva LALB, Melo RC, Hirayama MS, Toma TS, Barreto JOM. Revisão rápida: meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade e depressão [internet]. 2019 [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118196/relatorio_rr_meditacao_ansiedade_depressao.pdf
 27. Ribeiro AAV, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Yoga para o tratamento de dor crônica e aguda em adultos e idosos [internet]. Brasília: Fiocruz; 2019 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118203/relatorio_rr_yoga_dor.pdf
 28. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS, Barreto JOM. Yoga no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos: revisão rápida [internet]. Brasília: Fiocruz; 2020 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118204/relatorio_rr_yoga_obesidade.pdf
 29. Luquine CD Jr, Melo DS, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Yoga para tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos:

- resposta rápida. Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2019 [acesso em: 2020 Dez. 6]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118202/relatorio_rr_yoga_ansiedade_depressao.pdf
30. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS, Barreto JOM. Yoga no controle do tabagismo em adultos e idosos: resposta rápida [internet]. Brasília: Fiocruz; 2020 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117720/relatorio_rr_yoga_tabagismo_red_2020.pdf
 31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 01/2020. Obesidade e Diabetes Mellitus [internet]. [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_obesidade-e-DM.pdf
 32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 02/2020. Hipertensão e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares [internet]. [acesso em 16 nov 2020]. Disponível em http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_hipertensao-1.pdf
 33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde de Saúde da Família. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde n.º 03/2020. Depressão e ansiedade [internet]. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_depressao-e-ansiedade.pdf
 34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 04/2020. Transtornos alimentares [internet]. [acesso em 10 abr 2020]. Disponível em http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/informe_evidencias_transtornosalimentares.pdf
 35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Informe de evidência clínica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº

- 05/2020. Insônia [internet]. [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Informe_evidencia_empics_insonia_n5_2020.pdf
36. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento Saúde da Família. Informe de evidência clínica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 01/2021. Saúde do Trabalhador [internet]. [acesso em 20 jul 2021] Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Informe_evidencia_empics_saudedotrabalhador_n1_2021.pdf
37. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Informe de evidência clínica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 02/2021. Atividade física [internet]. [acesso em 20 jul 2021]. Disponível em http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/01/Informe_de_evidencias_em_pics_atividadefisica_2021.pdf
38. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [internet]. (Cadernos de Atenção Básica;41). [acesso em 20 jul 2021]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab_saude_do_trabalhador.pdf
39. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. [acesso em 20 jun 2021]. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf
40. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos [internet]. [acesso em 18 mar 2021]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_567_Sobrepeso_e_Obesidade_em_adultos.pdf

As práticas integrativas e complementares em saúde no SUSⁱ: reestruturação do cuidado ou fortalecimento do modelo assistencial?

Islândia M. Carvalho de Sousaⁱⁱ, Charles Dalcanale Tesserⁱⁱⁱ

Introdução

Os modelos de atenção à saúde (MAS) consistem na organização das ações para a intervenção em problemas de saúde em uma coletividade. Eles articulam recursos físicos, tecnológicos e humanos e, sobretudo, conhecimento especializado¹. Em grande parte dos países ocidentais os MAS têm sido pautados pela hegemonia da racionalidade biomédica, com foco na especialização, mesmo tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como prioritária¹⁻³. Propostas dentro do marco conceitual da promoção da saúde questionam essa hegemonia – que incentiva uma medicalização excessiva e a alta tecnologia – a partir do pressuposto de que questões sociais e de saúde não podem ser dissociadas.^{4,5} Tais propostas alertam para o perigo da excessiva medicalização de problemas sociais,⁴ associada em grande parte ao chamado “sofrimento difuso”, à depressão e outros transtornos mentais. Elas propõem ampliação das ações clínico-

i Parte dessa discussão foi publicada no artigo: Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1): e00150215. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>. ISSN 1678-4464.

ii Islândia M Carvalho Sousa (islandia.sousa@fiocruz.br) é enfermeira, doutora em Saúde Coletiva e professora dos programas de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fiocruz Pernambuco. Coordenadora do ObservaPICS.

iii Charles Dalcanale Tesser (charles.tesser@ufsc.br) é médico, doutor em Saúde Coletiva e professor do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e de departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

-sanitárias, de modo a vinculá-las a intervenções sociais, que demandam práticas de cuidado interdisciplinares colaborativas e ações intersetoriais, mantendo a biomedicina como referência básica de cuidado clínico.

Estratégias mais efetivas para lidar com problemas complexos, como transtornos mentais comuns, dores crônicas, alcoolismo, consumo de drogas, depressão e violência necessitam incorporar outros conhecimentos e recursos que ultrapassam a racionalidade da biomedicina. Constituem demandas que, para serem enfrentadas pelo sistema de saúde, requerem a inclusão de racionalidades que compreendam o processo de adoecimento e sua construção social.

No Brasil, o debate sobre MAS vem acompanhando o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a forte influência da biomedicina no cuidado em saúde tem gerado críticas.^{1,6} Mesmo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada na perspectiva de ampliar o cuidado ao incentivar o uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, incluindo ações de promoção da saúde, não foi suficiente para reestruturar os MAS.⁶

A implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) objetiva implantar essas práticas nos diferentes níveis de atenção, prioritariamente na APS. Cabe refletir como tem sido esta implantação, dado que ao contrário de outras políticas públicas, não existem recursos financeiros dedicados a ela, de modo que grande parte das ações e serviços dependem do teto bastante limitado da APS. Em síntese, a responsabilidade pela implantação incide financeiramente nos entes subnacionais, exceto alguns incentivos para implantação de ações e serviços que envolvem as plantas medicinais e fitoterapia, mediante política específica.

A proposta da PNPIC é efetivar práticas voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral.⁷ As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) teriam suas ações intervindo no processo de adoecimento, atrelado ao contexto e ao estilo de vida, fundamentadas em saberes e técnicas distintas da biomedicina.

Neste sentido, buscamos a partir de experiências teóricas e práticas analisar o potencial das PICS em reestruturar o cuidado em saúde nos MAS, examinar as repercussões de sua implantação no

SUS e se esses resultados podem contribuir para ampliar o cuidado. Para realizar esta análise, propomos uma abordagem de MAS e PICS, a partir da teoria da estruturação (TE) de Giddens⁸, considerando a relação que se estabelece entre ação, agente e estrutura. Para tal, fizemos a analogia do MAS como sendo a estrutura em Giddens⁹ que pode ser compreendida como algo que se constrói e se reconstrói continuamente, em tempo e lugar específicos. É estruturado pela ação dos agentes (usuários e profissionais), a partir de saberes, habilidades e conhecimentos acionados.

Enquanto estrutura, um modelo de atenção à saúde só existe na medida em que é constantemente atualizado através da ação. No caso em estudo, os MAS se realizam no sistema de saúde, por meio das atividades e do cuidado dos agentes. Existem enquanto estrutura que se produz e reproduz pela *práxis*, pelo modo como o cuidado ocorre, e manifestam-se principalmente nas ações, naquilo que é realizado de modo regular e institucionalizado.^{8,9} A ideia adaptada a partir da TE é que, embora os profissionais usem regras e recursos da biomedicina e estejam sujeitos aos protocolos da APS e do MAS no cuidado com os usuários, preocupados com a maior efetividade das suas ações, acabam por lançar mão de outros saberes, lógicas e técnicas de cuidado, incluindo outras racionalidades médicas.

A estrutura e os atores sociais: compreendendo a agência com as PICS

A TE busca superar a dualidade entre *ação* e *estrutura* (questão central para a teoria social),¹¹ enfatiza a reflexividade dos agentes e sua importância para realizar as ações. Nesta teoria, o foco se dá nas concepções do *fazer* e do *ser* humano, em que se supõe que a partir da reflexividade e das motivações dos agentes ocorre a reprodução e/ou mudança social, mesmo com as limitações e facilidades da estrutura. A ideia adaptada a partir da TE é que, embora os profissionais atuem dentro dos limites e da racionalidade do MAS, no cuida-

do com os usuários, preocupados com a maior efetividade de suas ações, constantemente de modo intencional ou não lançam mão de outros saberes e racionalidades não hegemônicas, neste caso, algumas PICS. Assim, analisou-se a oferta do cuidado com as PICS enquanto uma ação entre usuários e profissionais vis-à-vis a estrutura dos MAS, na terminologia da TE.

A virtude da teoria está em recuperar o sujeito como agente reflexivo, com a intenção de substituir a ideia de agente livre de origem utilitarista e o conceito de estrutura herdado das ciências naturais: “*Busca superar a dualidade entre o homem que faz a história ou a história que faz o homem.*”¹⁰

Os conceitos fundamentais da TE – agência, estrutura e agente – possuem relação recursiva, e são analisados em conjunto. A estrutura possui coerção-facilidade que depende da agência dos agentes envolvidos. Todos os agentes realizam reflexividade. Nesta estrutura, o poder é distribuído entre os agentes, mas o poder é componente da ação e pode ser mais ou menos ampliado consoante os recursos que o ator pode mobilizar⁸.

Ação ou agência refere-se a fazer, capacidade do indivíduo de criar uma diferença. A ação envolve poder, no sentido de capacidade transformadora. Refere-se a uma série de atos discretos combinados para um fluxo contínuo de conduta.⁸

A agência refere-se à *intervenção* em uma realidade potencialmente maleável¹¹, que envolve a cognição dos agentes, o que eles sabem (creem) acerca das circunstâncias de sua ação e da ação de outros, apoiados na produção e reprodução dessa ação, incluindo tanto o conhecimento tácito quanto o discursivamente disponível. O caráter habitual e estável da maior parte das atividades da vida social cotidiana e a preponderância de estilos e formas de conduta familiares são sustentados por um senso de segurança ontológica visto como rotinização.^{8,11}

A estrutura se refere ao conjunto de regras e recursos envolvidos, de modo cíclico, na produção e reprodução de sistemas sociais. Pode ser usada de um modo técnico e de um modo mais geral. A estrutura está repetidamente subentendida na reprodução de sistemas sociais e é fundamental para a teoria da estruturação. Se usada de um modo mais im-

preciso, faz-se referência às características institucionalizadas (propriedades estruturais) das sociedades. Ao mesmo tempo, as regras e os recursos esboçados na produção e na reprodução da ação social são os meios de reprodução do sistema (a dualidade de estrutura). A estrutura pode ser conceituada abstratamente como dois aspectos de regras: elementos normativos e códigos de significação.¹¹

Os recursos são de duas espécies: recursos impositivos, que derivam da coordenação da atividade dos agentes humanos, e recursos alocativos, que procedem do controle de produtos materiais ou de aspectos do mundo material.⁸

As categorias de coerção e facilitação também são importantes na TE. Elas aludem certas possibilidades de ação, ao mesmo tempo em que restringem ou negam outras. As coerções estruturais não operam independente dos motivos e razões dos agentes. A TE oferece um esquema conceitual que permite o entendimento de que os atores são criadores dos sistemas sociais, ao mesmo tempo em que são criados por eles: *“As sociedades humanas, ou os sistemas sociais, não existiriam, em absoluto, sem agência humana. Mas não se trata de que os agentes ou atores criam sistemas sociais: eles os reproduzem ou transformam, refazendo o que já está feito na continuidade da práxis (pag. 141).”*⁸ Práxis é compreendida como uma ação, como capacidade das circunstâncias envolta com reflexividade e agência humana.⁸

Assim, para esta análise, os MAS são compreendidos como a “estrutura” da TE,⁸⁻¹¹ tidos como algo que se constrói e se reconstrói continuamente pela ação dos agentes (usuários e profissionais), a partir de saberes, habilidades e conhecimentos acionados no fluxo da atividade cotidiana. Os MAS são implementados por meio do cuidado dos agentes, visto como *práxis*. Enquanto estrutura, se produz e reproduz pela *práxis*, no modo como o cuidado ocorre e se manifesta nas relações, naquilo que é realizado de modo regular e institucionalizado pelos agentes.⁸

A interpretação dos MAS, do cuidado e dos seus agentes à luz da TE está ilustrada na Figura 1, permitindo que se visualize a interdependência entre a estrutura (modelo de atenção à saúde), a ação (cuidado) e os agentes (usuários e profissionais).

Figura 1. Conceitos da Teoria da Estruturação adaptados à estruturação do cuidado.



Fonte: Elaboração própria, com base na Teoria da Estruturação de Giddens.⁸

O cuidado como construção social é recriado no diálogo, na comunicação e na relação de dependência entre profissional e usuário.¹² Os objetivos e meios de tratamento são reconstruídos no processo, no encontro, na copresença, mesmo considerando a assimetria de conhecimento entre ambos. Um cuidado efetivo é compreendido “*como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*”.¹³ Ele possui capacidade para reconciliar práticas assistenciais e experiências de vida, por meio da escuta e do *diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica* e outros saberes, permitindo sua reestruturação.¹²

Se implementadas com o seu aporte cosmológico e cultural, várias PICS tensionam os MAS, que tem a biomedicina como referência fundante, podendo transformá-los. Para isso, a ação-cuidado reposiciona o sentido do próprio cuidado no modelo. O cuidado (ação), mais do que um espaço de uso de diversas tecnologias biomédicas, é compreendido como lugar de troca de experiências, reconstrução de intersubjetividades,¹² de exercício aberto para outros saberes, visa ampliar os diversos sentidos do processo de adoecimento. Nesse processo, profissionais e usuários possuem a capacidade de ação, são agentes numa relação de interdependência. Os agentes, na medida em que –

na sua interação – reconstruem o cuidado, podem também reestruturar o modelo de atenção, e não apenas reproduzi-lo.

A TE permite dois tipos de análise, a institucional e a conduta estratégica, usadas neste estudo. Na análise da conduta estratégica a ênfase está nos modos como os atores sociais se apoiam nas propriedades estruturais para construir suas relações sociais.⁸ Essa análise coloca em suspensão as instituições como socialmente reproduzidas, *“concentra-se no modo pelo qual os atores sociais monitoram reflexivamente o que fazem.”*¹¹ Tem como princípio uma aproximação mais refinada da cognição dos agentes e suas motivações a partir de uma interpretação da dialética do controle. Esta análise inevitavelmente tem como premissa a dualidade da estrutura: as características estruturais de sistemas sociais não existem fora da ação e estão fatalmente envolvidas em sua produção e reprodução. A estrutura proporciona aos agentes o que precisam para produzir, como resultado, a própria estrutura.⁸

Deste modo, priorizamos duas dimensões de análise: **a) a estruturação do cuidado com as PICS**, dimensão que está conectada à capacidade dos agentes em reproduzir ou transformar a ação (como são definidos os problemas de saúde/doença, como tratar, como organizar as ações); à relação entre profissionais e usuários (como o cuidado é construído e como são definidos os meios e os fins do cuidado); a como são definidos os efeitos ou resultados do cuidado e seus limites; **b) a estruturação-repercussão do cuidado no MAS**, em que abordamos a inserção das PICS de modo mais aprofundado em artigo anterior¹⁴ que será revisitado neste capítulo, refletindo como a estrutura tem limitado a capacidade da agência dos profissionais, que terminam por reproduzir o modelo biomédico e, portanto, limitam a estruturação do cuidado.

Estruturação do cuidado com as PICS

Para realizar a análise partimos de bancos de dados qualitativos de estudos anteriores, nos quais entrevistamos profissionais e usuários, individualmente e em grupos focais (GF), de um centro de especialidades em

PICS (CE-PICS). O foco das entrevistas e do GF esteve centrado nos sentidos e significados do cuidado.

Os profissionais tiveram como estímulo para a mudança de sua prática a necessidade de compreender e cuidar dos usuários – a biomedicina para estes profissionais tornou-se insuficiente frente aos problemas cotidianos. A individualidade de cada caso, a necessidade de compreender o sofrimento e oferecer cuidado específicos, respeitando a autonomia, esteve presente nos discursos dos profissionais das PICS.

“Não tem um remédio pronto pra o diagnóstico pra cada doença. Como você vai tratar o indivíduo? Você tem de conhecer esse indivíduo, então mesmo que cheguem dez pessoas com o mesmo diagnóstico de asma... eu não vou prescrever o mesmo medicamento. Eu vou ter de conhecer cada uma delas pra saber qual é o remédio de cada uma delas, individualmente. Então é mais trabalhoso, é bem mais trabalhoso. Requer mais tempo, mais... mais escuta. Você tem de escutar o paciente, você tem de conhecer o paciente, então é um tratamento mais trabalhoso.” (profissional, CE-PICS, entrevista)

“Eu quando faço triagem, eu levo um tempo, depois que eu colho as informações todas, apresentando as práticas da casa, para ver qual se adapta melhor àquela situação... E eu vou explicar.... Já no acolhimento faço alguns exercícios de corpo e respiração pra eles terem realmente a noção de como vai ser o trabalho, porque no acolhimento eles decidem se querem ou não, se tem a ver ou não, é pra isso que se criou o acolhimento, pra eles conhecerem um pouco da prática, já que chegam sem muito conhecimento para escolher.” (profissional, CE-PICS, entrevista)

Os usuários, para terem acesso ao cuidado em PICS no CE-PICS, passavam muitas vezes por profissionais da APS que não compreendiam o que são PICS, mas sabiam que poderiam enviar os casos sem um diagnóstico médico definido.

O primeiro atendimento era qualificado como *acolhimento* ou *triagem*, que podia ser realizado por qualquer um dos profissionais escalados. Nesta ocasião, o profissional explicava os objetivos da unidade e de cada prática integrativa e complementar e avaliava as necessidades dos usuários e o agendamento. As necessidades do usuário eram reavaliadas, mesmo no

caso de vir com um diagnóstico. O acolhimento, visto como o início da relação/interação entre o profissional e o usuário, era um espaço de negociação e abertura para o diálogo entre as necessidades dos usuários e o que a unidade podia oferecer. Estes aspectos da negociação do cuidado, desde a triagem, foram referidos pelos usuários, que enfatizaram a importância do diálogo na construção do cuidado:

“O que existe nos médicos é o seguinte, há um muro, uma muralha entre o paciente e o médico e essa muralha eu acho que devia cair, devia o paciente ter mais acesso ao médico [sorriu] e o médico também mais acesso ao paciente, eu acho que isso facilitaria muito e é isso que tem nesta casa” (usuária, CE-PICS, grupo focal).

“Em outros lugares nós não temos isso. É como ela fala, mal você diz o que sente, eles já tá com a receita pronta pra lhe entregar e um remédio desse eu não tomo, nem compro. [todos riem]. Se ele não me ouviu, porque é que ele vai passar um remédio sem saber o que eu tô sentindo?” (usuária, CE-PICS, grupo focal).

O processo de adoecimento era visto pelos profissionais de modo integral, de modo que questões sociais nas quais não conseguiam intervir eram fatores limitantes para sua atuação e continuariam a desencadear dores e sofrimentos. Compreendiam que havia limites econômicos e sociais e que talvez o acolhimento e cuidado na CE pudesse ser um dos atrativos para permanecerem por mais tempo que o necessário para o tratamento:

“Outra coisa que eu observo também é os casos de dor nas costas, dor nos joelhos; são pessoas que moram nos altos e eles tem que subir escadarias, ladeiras, tem que carregar água. A gente trata, melhora a posição deles, mas a parte principal, o que está causando mesmo, desencadeando aquele processo de dor, continua e a gente não tem como ajudar (profissional, CE-PICS grupo focal).”

Então o que eu vejo na minha prática... São pessoas que vêm na maioria, de famílias com usuários de drogas em casa. Não tanto eles, às vezes os filhos, ou o marido, ou o pai. Pessoas com o nível de renda muito baixo, é

desempregado, com a alimentação também precária. Restrições até no lazer e tudo. Então, eles vêm com uma carga muito pesada, com uma autoestima muito baixa (profissional, CE-PIC, grupo focal)

Para os usuários, os aspectos referentes à estruturação do cuidado foram similares, referiram como positivo o acolhimento que recebiam desde a recepção, e por várias vezes referiam-se à unidade como “*casa*.” Eles tinham clareza sobre o sentido do cuidado nas PICS e porque o tinham escolhido. Era um tipo de cuidado que mudava o modo de “*ver a vida*”:

“Eu era muito sofrido... [o usuário chora]. Eu sou mole assim mesmo. Eu gosto de falar, eu gosto de mostrar o que eu era e o que eu sou. Eu era muito dolorido, muito... meio carrancudo, oprimido, sofrimento de dores. Essas coisas... E, depois que eu comecei a fazer esse trabalho, minha vida foi transformando cada dia melhor. Eu aprendi a ser mais humano comigo e com os outros” (usuário, CE-PICS, aposentado, grupo focal)

Uma das características que os fazia continuarem no tratamento com PICS era o modo como eram escutados e acompanhados. Outros aspectos abordados foram o tempo de consulta e a criação de laços com os profissionais e com outros usuários, alguns referiam “*que tinham construído outra família*”:

“A doutora faz consulta... atende só quatro pessoas, porque ela faz o acolhimento e é uma hora e meia ou quase duas com a pessoa conversando, porque desde que você nasceu até a idade atual. Tudo que passou, fica um prontuário imenso, cheio de páginas. E isso tudo faz bem porque você chora novamente e põe tudo pra fora, como o amigo falou, e assim, cria um laço de amizade muito lindo. Até a médica também começa a respirar, porque ela disse que também sente emoção, é uma coisa muito importante, é impressionante” (usuária, CE-PICS, grupo focal).

Há uma perspectiva de cuidado e interação na relação profissional-usuário que difere de outras experiências de cuidado, e esta interação é facilitada nas PICS porque uma das características destas práticas é conhecer

a pessoa antes da doença. Saber quem fala e de onde fala é fundamental no diagnóstico dos sistemas médicos complexos vitalistas. Assim, a estruturação do cuidado envolvia aspectos emocionais, mentais e sociais e, conseqüentemente, os seus resultados também interferiam nesses aspectos, tanto para os usuários como para os profissionais. O resultado a ser alcançado, tanto na homeopatia como nas outras PICS era o bem-estar emocional:

“Se a gente estiver fazendo um tratamento homeopático e o paciente disser que melhorou, mas que está mais nervoso, mais ansioso, pode notar que não está no caminho certo” (profissional, CE-PICS, entrevista).

“Um dos fatores também da corporificação e da homeopatia e de todos os outros tratamentos é uma busca do emocional, porque o emocional de todo mundo chega arrasado... Porque nós temos medo de morrer, medo de sair na rua, medo de tudo” (usuária, CE-PICS, doméstica, grupo focal)

Ao discutir os resultados os usuários se emocionaram ao mencionarem os efeitos, mas para eles era positivo lembrar suas histórias e compartilhar. Os resultados apresentados pelos usuários estavam mais relacionados à melhoria na autoestima, às conquistas no campo emocional. Aprender a “dizer não”, a “se cuidar”, “sou outra pessoa”, “se amar mais” foram falas frequentes, além da melhora na autonomia “consigo abrir a mão”, “já vou pra rua sem ter alguém” e a diminuição no uso de medicamentos:

Os exercícios substituem tanta droga que a gente usa que só faz prejudicar, no meu caso mesmo, há mais de vinte anos que eu... trinta anos que eu usava droga direto, e com essas práticas eu só uso a medicação, pouca medicação... pra quem usava na faixa de quinze, dezesseis comprimidos por dia, hoje eu só tô usando cinco, graças a Deus... Então a gente vê que tem lucro, nós temos lucro com isso aí certamente, e não é tão fácil assim, a gente vê que na maneira geral, no sistema de saúde nosso, é só droga, droga...” (usuária, CE-PICS, doméstica, grupo focal)

As principais desvantagens, apontadas pelos usuários, estavam relacionadas ao espaço físico, considerado pequeno com uma “demanda enor-

me”, que aumentava a fila de espera para realizar a triagem e limitava o atendimento na acupuntura, bem como o tempo para visualizar os efeitos das PICS:

“Porque ele só pode dar dez sessões por conta da multidão, que tem muita gente esperando, a gente não consegue receber o resultado que a gente quer receber, aí só tem aquele período, ele não pode, tem até vontade, mas não pode por conta de que tem gente que tá esperando, que tá esperando pra fazer” (usuária, CE-PICS, aposentada, entrevista)

“E não é tão rapidamente que você vai tomando consciência que aquilo é importante e vai lhe fazer bem, você tem que persistir, não é? É devagar. Não é assim à primeira vista, não é amor à primeira vista” (usuário, CE-PICS, aposentado, grupo focal)

Os profissionais tiveram dificuldades em apresentar as desvantagens do cuidado com as PICS. Para eles, a efetividade estava mais ligada ao processo de adoecimento (cronicidade) e à formação e experiência do profissional que poderia aumentar os riscos. As outras desvantagens estavam ligadas à infraestrutura da unidade, tais como falta de medicamentos, espaços inadequados, vínculos empregatícios precários e a ausência de investimentos nos profissionais:

“Tem essas limitações, quando você pega uma doença orgânica que você tem algum problema físico mais instalado, como um tumor” (profissional, CE-PICS, entrevista).

Os depoimentos sugerem que as PICS tendem a estruturar o cuidado de modo ao profissional considerar a reflexividade na relação entre profissional e usuário, permitindo uma ressignificação das experiências terapêuticas construídas e compartilhadas nesta relação. E considerar que cada indivíduo tem uma constituição e circunstâncias sociais próprias, o que determina tratamentos distintos, inclusive entre pessoas com diagnósticos similares.^{15,16} Os profissionais praticantes de PICS entrevistados nos grupos focais têm consciência de que estão lidando com o processo

de adoecimento, no qual o valor da experiência dos sujeitos é precioso e fundamental tanto quanto a avaliação química e biológica. O processo de adoecimento tem relação com emoções e a maneira como o indivíduo se relaciona com o contexto. Estes aspectos tornam os resultados dos cuidados com PICS e as evidências de seus efeitos de difícil verificação a partir do chamado padrão ouro de avaliação em saúde,¹⁵⁻¹⁸ o que tem gerado debates acirrados,¹⁶⁻¹⁸ sendo necessárias novas possibilidades de análises.

Outro aspecto que se torna evidente, dada a produção e registro insuficientes das PICS, é que essas experiências de cuidado ficam restritas àqueles serviços especializados em PICS, tendo repercutido pouco na mudança do MAS. A análise das repercussões no modelo assistencial mostra que a APS tem sido o espaço de maior oferta de PICS no SUS, entretanto, tem sido limitada e pouco estruturada. Sem orçamento específico e limitações na agenda nas unidades de saúde, a qual, de certo modo, limita a ação dos agentes, o cuidado com as PICS é limitado pela estrutura e os processos de trabalho da APS, organizados para outro tipo de ação-cuidado, tipicamente biomédico. Nos centros especializados em PICS um dos desafios está na comunicação com a rede de saúde, limitada tanto para receber como encaminhar usuários, além da dificuldade em manter a equipe com profissionais especializados em PICS. Cabe indagar qual tem sido a capacidade de agência dos atores sociais na oferta/cuidado dentro da estrutura, pergunta-se: tem sido possível reestruturar o modelo assistencial por meio das PICS?

Estruturação-repercussão do cuidado no MAS: modelos de inserção

Em 2016, havia a oferta de PICS em 56% dos municípios brasileiros; e na APS, em 54% deles; sendo que aproximadamente 78% da oferta de PICS no SUS estava na APS. Em 2018, os dados oficiais sugerem que as PICS estavam presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, distribuídos em 4.159 municípios (74%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais; e 14.508 (90%) sendo oferecidas na APS^{19,20}.

Deve ser registrado que isso não significa, a rigor, que há uma oferta institucionalizada e disponível ao cidadão em $\frac{3}{4}$ dos municípios, e sim que algum profissional do SUS desses locais registrou nos sistemas de informação oficiais que praticou alguma PICS²⁰. Ou seja, há uma grande superestimação da oferta institucionalizada, entendida como oferta assumida pelos serviços do SUS e seus gestores, mantida ao longo do tempo e disseminada minimamente (se na APS) ou com critérios equitativos para acesso dos usuários se em outros serviços. O tamanho dessa superestimação não nos parece possível dimensionar, principalmente se levarmos em conta que, mesmo institucionalizadas, as práticas de PICS podem conviver marginalmente nos serviços e mesmo nas práticas dos profissionais que as exercem, que na ESF são híbridas, pois também realizam o cuidado convencional. Deste modo, essa presença pode se dar em pequena escala em relação à soma das ações de cuidado, que isso signifique muito pouco em termos de uma oferta mais disseminada de outras possibilidades de cuidado (ainda que complementar) na ESF. Deve ser considerada, a esse respeito, a expansão da sensibilidade dos sistemas de informação, que a partir de 2017 foram modificados e passaram a permitir melhor registro das PICS. Com essas ressalvas, contudo, é provável que tenha havido alguma expansão dessas práticas no SUS e na APS, porém, menos do que esses números acima indicam. Isso foi corroborado por inquérito nacional realizado em 2015 e 2016 sobre PICS no SUS dirigido aos gestores municipais, que contactou por telefone 99% (5.520) dos municípios brasileiros, mas só obteve respostas de 29% deles (1.617), e mostrou que apenas 26,7% dos municípios ofertavam PICS, o que é convergente com os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).²¹

Mesmo antes da implantação da PNPIC era possível identificar ações de profissionais no desenvolvimento de PICS a partir de iniciativas voluntárias ou individuais, nos municípios aqui analisados^{iv}. Parte das experiências na APS e em serviços especializados em PICS nasceram pelo pioneirismo, esforço e trabalho voluntário de alguns profissionais, e se desenvolveram de maneiras distintas, desde a implantação de um serviço exclusivo

iv Parte revisitada de Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(1): e00150215. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>. ISSN 1678-4464

de PICS à criação de uma Política Municipal, iniciada por um conjunto de práticas específicas de modo ampliado. Cabe ressaltar que a capacidade de agência dos atores de buscar modificar a estrutura do cuidado estava presente nessas experiências de implantação. Todavia tal capacidade era limitada pela estrutura, neste caso, o modelo assistencial do SUS, voltado para a oferta de cuidado biomédico.

Foi possível identificar quatro tipos de inserção das PICS no MAS na rede do SUS, que se apresentam sozinhos (um único tipo) ou misturados nos municípios: tipo 1 – inserção na APS via profissionais das equipes da ESF; tipo 2 – inserção na APS via profissionais especialistas em alguma PICS de exercício exclusivo; tipo 3 – inserção das PICS via equipes de apoio a APS ou Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); tipo 4 – inserção das PICS em unidades especializadas, exclusivas de PICS ou mistas.

Tipo 1- Inserção das PICS na APS via equipe de Saúde da Família

Este tipo de inserção é comum nos serviços que oferecem PICS na APS (com ou sem ESF) de todos os municípios analisados. Ele está ligado às primeiras experiências de oferta de PICS nos SUS e deriva do comum protagonismo individual dos profissionais praticantes de algumas PICS. Neste tipo de inserção, as PICS são praticadas pelos mesmos profissionais que realizam o cuidado convencional dos usuários nas equipes de saúde da família. Isso faz com que elas possam estar presentes em vários serviços a partir do conhecimento especializado (formação) adquirido individualmente pelos profissionais (nos seus locais de trabalho), por conta própria, de maneira independente de iniciativas dos gestores ou de políticas indutoras. Porém, essa situação torna a presença das PICS dependente de iniciativas individuais e com pouca disseminação, pelo menos em curto prazo.

No caso de haver formação proporcionada pela gestão por meio de educação em serviço, a oferta das PICS será determinada pelas iniciativas institucionais, as quais necessariamente são restritas, dado que o profissional precisa manter-se na atividade profissional enquanto realiza a forma-

ção, o que restringe o tempo dedicado ao aprendizado. Neste modo de formação, dificilmente a profundidade da formação (e o conhecimento especializado resultante) será grande, a não ser que se proporcionem cursos de especialização no ambiente institucional. E isso é muito raro, até agora, no Brasil.

Uma iniciativa institucional de formação introdutória para os profissionais da ESF, por meio de educação permanente, em parceria com a universidade federal local e com servidores especialistas em PICS do próprio município (inclusive da APS) ocorre em Florianópolis. Trata-se de experiência que, a partir de 2010, têm permitido a expansão das PICS entre os profissionais da ESF²⁰ por meio de cursos oferecidos aos profissionais. Todavia, no país é inexistente ou incipiente a discussão acerca de uma política de formação específica em PICS para o SUS, de maneira que grande parte das iniciativas de formação é realizada por instituições privadas que não mantêm diálogo com o sistema público de saúde.^{14,20}

São diversas as iniciativas de profissionais da ESF que, por terem conhecimento especializado em alguma PICS, adquirido por conta própria, negociam localmente a possibilidade de a exercerem com seus usuários¹⁴, aumentando seus recursos de cuidado. Neste sentido, as PICS tendem a ser ofertadas neste tipo de inserção em três formas básicas de operacionalização no processo de trabalho na APS (tanto na ESF como fora dela). A primeira é a prática diluída no cuidado em meio aos demais recursos terapêuticos, sem necessitar de cenário próprio (local e horário, agenda específica) para sua realização. A segunda forma ocorre quando há um espaço (horário) reservado na agenda dos profissionais, em que algumas PICS são praticadas. Essa forma tende a duplicar os atendimentos, ao menos parcialmente, visto que comumente o profissional agenda retorno ou referência para si mesmo de um usuário que ele atendeu em outro momento no contexto da biomedicina, mimetizando um atendimento referenciado para si mesmo ou um retorno específico para uso ou continuidade do uso de PICS. O terceiro modo é um misto dos dois anteriores, com a PICS tanto diluída na rotina como “separada” do conjunto dos cuidados biomédicos.

Dependendo do modo de organização, o acesso dos usuários é diferente: quando as PICS estão diluídas, o acesso é simultâneo e igual ao acesso ao cuidado clínico biomédico em geral, e a oferta do uso das PICS será

dependente de iniciativa dos profissionais ou dos usuários, em comum acordo. No segundo modo, a oferta continua sendo simultânea com os outros cuidados, durante atendimentos comuns, mas a realização ou pelo menos a continuidade do tratamento é agendada para o dia específico de PICS. Neste caso, pode haver algum intervalo entre oferta e/ou início do tratamento e a sua continuidade, pois pode existir fila de espera neste dia para as PICS (a depender dos esquemas de agendamento dos serviços e da intensidade do uso de PICS). No terceiro caso, o acesso é uma mistura entre os dois anteriores. Estes três tipos de organização foram observados em Campinas, Florianópolis e São Paulo, mas isso provavelmente é disseminado no país.

Quanto ao perfil da demanda, esta será similar ao perfil dos atendimentos da ESF. Se o serviço estiver organizado e dimensionado para oferecer acesso fácil, como deve ser todo serviço de APS, o perfil de demanda para as PICS é de muitos casos inespecíficos, adoecimentos iniciais, quadros mal enquadráveis, sofrimentos não explicados,¹⁴ além de problemas psicossociais ou de “saúde mental”, osteomusculares e dores em geral, situações essas em que muitas PICS parecem ser potencialmente efetivas.¹⁴ Há outras situações em que podem ser usadas, por preferência do usuário ou como complemento ao tratamento biomédico. Este perfil de demanda para PICS, encontrado em estudos internacionais, mostra que dentro e fora dos sistemas de saúde¹⁴ há um perfil específico preferencial para essas práticas.

Neste tipo de inserção as PICS estão integradas à APS, tendo em vista que são praticadas pelos profissionais da ESF, também operadores do cuidado biomédico. Compartilham a mesma demanda geral da unidade, sendo sua integração maior ou menor no desenvolvimento do processo de trabalho, conforme o profissional híbrido usar mais ou menos PICS nas suas intervenções clínicas e terapêuticas, de acordo com o modo de organização de cada equipe da Saúde da Família (ou unidade de APS).

Todavia, como são poucos os profissionais com conhecimento especializado em PICS nos serviços de APS, o acesso costuma ser muito restrito. Tendo em vista que 56,2% dos brasileiros moram em domicílios cadastrados na ESF, o volume da demanda por assistência é muito grande, devido ao excesso de usuários adscritos às equipes de SF. A pressão maior é pelo cuidado biomédico, oficial e amplamente hegemônico no SUS, e costuma haver pouco volume proporcional de uso de PICS.

Tipo 2 – Inserção de PICS nas unidades de APS com especialistas de exercício exclusivo

Neste tipo, as PICS também são realizadas nos serviços de APS, principalmente unidades básicas tradicionais, por profissionais que exercem exclusivamente uma prática integrativa complementar ou mais, em geral sendo especialistas em algumas delas. Eles não participam do cuidado biomédico aos usuários. Neste caso, o acesso se dá de duas maneiras não mutuamente exclusivas: por encaminhamento de outro profissional ou por demanda espontânea. A organização da agenda desses profissionais é toda voltada para seus atendimentos com PICS, conforme as peculiaridades de cada uma. Os profissionais têm uma inserção cotidiana no serviço, o que lhes dá maior aproximação do universo cultural, existencial e psicossocial dos usuários que atendem (pelo menos, em relação aos profissionais de PICS que atendem em unidades especializadas).

O perfil da demanda atendida dependerá do tipo de PICS e da existência ou não de protocolos e ou prioridades estabelecidos formal ou informalmente, o que, se houver (casos de dores para acupuntura, problemas alérgicos e de saúde mental para homeopatia, por exemplo) tende a diferenciar o perfil da demanda atendida com as PICS da demanda geral do serviço de APS. Isso depende também do processo de trabalho e dos modos de cuidado em PICS. Mesmo não havendo protocolos rígidos, a maior parte da demanda desses praticantes de PICS costuma ser definida pela seleção de outros profissionais do cuidado biomédico geral ou especializado, e isso faz com que haja certa diferenciação e seleção de demanda em relação ao serviço de APS ou à equipe de SF em geral.

A integração das PICS com a APS, nesse caso, é bem menor e as PICS podem ser consideradas justapostas. Apesar de as PICS serem exercidas em uma unidade de APS ou ESF, isso não significa que o profissional ou as práticas estejam integrados no processo de trabalho da APS. Ao contrário, há tendência de se constituir um ambulatório de PICS dentro do prédio de um serviço de APS. É o caso dos profissionais

de práticas corporais presentes em São Paulo e Campinas, que funcionam mais como referência. Em Florianópolis, identificou-se um caso de homeopata que trabalha em Centro de Saúde (com equipes de SF) que faz somente homeopatia, em paralelo à rotina das equipes.

Também nesse caso, repete-se o problema de acesso e de pouca difusão da prática integrativa e complementar mencionada no Tipo 1: como tais profissionais são raros no SUS e raras as iniciativas de gestores municipais de os alocar junto a serviços de APS, a presença das PICS permanece restrita e o acesso pequeno e mal distribuído, pois só melhora nas unidades em que existem os praticantes alocados, com exceção de profissionais de práticas corporais integrativas que tenham o território como campo de intervenção, podendo atender demanda de mais de uma unidade básica de saúde, como é o caso de São Paulo, Campinas e Recife.

Este tipo de inserção padece ainda de um segundo problema: ele pressupõe o acréscimo de profissionais das PICS às equipes de APS. Isso é pouco viável ou sustentável na situação nacional da APS, em que há grande carência de profissionais qualificados para o cuidado generalista, de cunho biomédico. Este último é suposto geralmente como mínimo necessário na APS, ou ao menos é muito mais valorizado socialmente e cientificamente, sobretudo para adoecimentos mais graves¹⁴. Esta inserção gera também, ao pensar-se em maior disseminação de PICS, o problema de que a cada prática integrativa e complementar escolhida para ser oferecida na APS demanda um novo profissional (exclusivo), tornando dificilmente sustentável institucionalmente a proposta deste tipo de arranjo como modelo para expansão generalizada da presença de PICS inseridas na APS.

Este tipo de arranjo é relativamente comum em grandes cidades, onde é possível deslocar um profissional convencional (com competência em PICS) de sua atividade biomédica, autorizando-o a praticar apenas uma prática integrativa e complementar numa unidade de APS, bem como em locais em que houve concurso para especialistas em PICS, sendo estes locados na APS. Este tipo ocorre no Rio de Janeiro, São Paulo e Campinas.

Tipo 3 – Inserção da PICS via equipes de apoio à ESF ou via NASF

Neste tipo, as PICS são realizadas nos serviços de APS por profissionais exclusivos, das equipes de apoio matricial, que abrangem várias equipes de saúde da família. Como no tipo anterior, eles não participam do cuidado geral biomédico aos usuários. Neste caso, suas atividades, diferentemente do Tipo 2, muitas vezes são prioritariamente de atendimentos em grupos (não excluindo de todo, quando muito necessário, o atendimento individual, caso seja encaminhado pelo profissional da APS) e de educação permanente dos profissionais da atenção primária, incluindo discussão de casos e regulação (a que se tem chamado de matriciamento). Esse foi um modelo comumente seguido dentre as diretrizes federais para a atuação dos NASF e de equipes semelhantes, como o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI) em Recife. Ele estava expresso nas normativas federais que mudaram recentemente, tendo repercussão nos NASF e conseqüentemente nas PICS. Todavia, as normas não eram claras quanto ao modo de operação dos profissionais, visto que não eliminam o espaço para o cuidado individual referenciado, e a prioridade para atendimentos coletivos e matriciamentos depende da orientação dos gestores municipais, que podem decidir como organizar a atuação desses profissionais dos NASF ou equipes de apoio à APS. Há múltiplas realidades no país, desde as que efetivamente priorizam os atendimentos coletivos até as que não o fazem e priorizam atendimentos individuais referenciados (recaindo então no Tipo 2, com a diferença mínima que o profissional das PICS não é alocado na unidade de APS e sim na equipe de apoio ou do NASF).

Neste caso, o acesso se dá comumente por encaminhamento de um profissional da APS, sem acesso direto, a não ser que algum grupo de PICS orientado por profissionais do NASF ou equipe de apoio em PICS tenha essa característica de ser aberto ao acesso direto (como, por exemplo, grupos de yoga, meditação, lian gong, tai chi chuan, em Recife). A organização da agenda desses profissionais é, como regra geral, toda voltada para as PICS, supondo que não tenham outras competências profissionais, conforme as peculiaridades de cada prática integrativa e comple-

mentar. Por exemplo, um fisioterapeuta acupunturista pode ter parte de sua carga horária dedicada à acupuntura.

Nesse caso, os profissionais dessas equipes têm uma inserção cotidiana no território, o que lhes dá maior aproximação do universo cultural, existencial e psicossocial dos usuários que atendem (em relação a profissionais atuantes em prédios de serviços especializados). O perfil da demanda atendida é similar ao do Tipo 2 e dependerá da modalidade de PICS e da existência ou não de protocolos e ou prioridades estabelecidos formal ou informalmente. A integração com a atenção primária é parcial, de tipo matricial, pois o profissional de PICS funciona como retaguarda especializada e ou matriciadora, ficando o acesso restrito aos usuários que o profissional da APS elege para referenciar aos grupos ou ao atendimento individual com as PICS. Trata-se, aqui, de um modelo que parece ser estratégico para oferta de um serviço especializado, pelas virtudes de contato assíduo direto, presencial e personalizado com os profissionais da APS que referenciam e coordenam o cuidado, possibilitando a rotina de discussão de casos, regulação e educação permanente.

A formação desses profissionais de PICS das equipes de apoio é supostamente realizada previamente à sua inserção no SUS ou paralela a essa inserção. Sua entrada no SUS se dá como praticantes de PICS ou como profissionais convencionais, e se deslocam para a prática de PICS em municípios que o permitem. Este tipo de inserção preserva o problema da multiplicação potencialmente infinita de profissionais (exclusivos de PICS) nas equipes de apoio ou NASE, o que implica a seleção de alguns tipos de PICS a serem conduzidos por essas equipes.

O potencial de expansão das PICS no SUS desse tipo de inserção é razoável, talvez maior do que nos Tipos 1 e 2, tendo em vista que, enquanto referências matriciadoras, os praticantes podem ser retaguarda de diferentes equipes no mesmo território, viabilizando cuidado (em práticas coletivas) aos usuários referenciados por algumas equipes e simultaneamente alguma formação inicial, via educação permanente, dos profissionais generalistas da APS. Uma virtude deste tipo matricial de inserção é que permite a proliferação na APS de atividades grupais com PICS, ricas em aspectos promocionais da saúde e terapêuticos, e em maior diálogo com outros

profissionais da APS, diferente dos profissionais do Tipo 2. Além disso, as atividades são viabilizadas sem consumir tempo dos profissionais da APS, sobretudo da ESF, que, de regra, estão sobrecarregados com excesso de demanda para cuidado clínico individual. Então, essa seria uma estratégia de expansão razoável de atividades coletivas de cuidado, prevenção e promoção com PICS, uma vez que os profissionais das equipes de apoio e NASF podem circular por várias unidades de APS durante a semana. Todavia, um problema desse tipo de inserção como modelo a ser expandido é que ele é severamente limitado no que diz respeito ao atendimento individual com PICS e à integração na APS, pois ele sozinho implica uma grande precariedade de acesso ao cuidado individual com PICS, para o atendimento com PICS nesse tipo de inserção, funcionando sob referenciamento, como um serviço especializado. Além disso, se o profissional do NASF aproveitar o potencial de cuidado, promoção e difusão das atividades coletivas, terá o grosso de sua carga horária voltada para os atendimentos coletivos, restringindo fortemente o volume de atendimentos individuais com PICS. No entanto, o NASF até o momento tem sido suboperado como serviço de retaguarda especializada, na medida em que poderia ser mais aproveitado para otimizar a relação referência-contrarreferência, inclusive para dar maior efetividade à APS.²¹

Tipo 4 – Inserção da PICS em unidades especializadas

Neste tipo, as PICS são conduzidas em unidades especializadas praticadas por profissionais especializados (praticantes exclusivos), que podem inclusive não ser das profissões da saúde, uma vez que o regime de vinculação é geralmente por contrato específico. Em princípio, a formação e a prática especializada em tempo integral propiciam maior competência, o que pode ser útil em casos mais graves ou complexos clinicamente. Neste caso o acesso se dá por encaminhamento de outro profissional da APS ou especialista, ou por demanda espontânea (conforme as regras locais). A organização da agenda desses profissionais é voltada para seus atendimentos com PICS, conforme as peculiaridades de cada prática. É comum haver

longas filas e demora para início de atendimento, dado o reduzido número comumente observado desses profissionais, bem como da oferta destes serviços, como em Recife¹⁹ e João Pessoa²⁴. Os profissionais trabalham em serviços que, em geral, são de referência em PICS para os municípios ou para o estado. Nesse modo de inserção, o perfil da demanda atendida dependerá do tipo de PICS e dos encaminhamentos realizados (que podem ou não ter protocolos ou diretrizes de priorização para referência). Geralmente a vinculação dos usuários a estas unidades é grande, o que dificulta a alta.^{19,23,24} A oferta de PICS nestas unidades tende a ser mais diversificada, porém, sua inserção no SUS se dá como uma unidade especializada que, por ter uma oferta de serviços diferenciados, não é identificada como uma referência comum, não entra na rede de referência e contrarreferência para a APS, como é o caso de João Pessoa.²⁴

Este tipo de inserção de PICS no SUS padece de problemas semelhantes aos Tipos 2 e 3, quanto ao acesso e à sustentabilidade institucional de provisão de profissionais especialistas. Deve ser destacado que é neste ambiente especializado que se tem mais informações e evidências científicas sobre a potência da PICS, mas é um tipo de evidência orientada para doenças e não para as pessoas. Como tal, não serve de parâmetro para seleção de tipos de PICS a estarem presentes nos serviços, uma vez que isso implicaria em uma multiplicação de práticas tantas quantas forem as doenças a elas sensíveis. Outro problema desse tipo de inserção é que nele os usuários chegarão tardiamente, com menos chance de obterem benefício significativo do que se chegassem antes, em situações menos graves, por hipótese (coerente com o tipo de atuação da maior parte das PICS, notadamente as vitalistas, que agem sobre o potencial de autocura dos indivíduos).

A PICS nesse tipo de inserção tende a ser usada como complemento à biomedicina, dada a gravidade dos casos, inclusive pela grande proporção dos danos das intervenções biomédicas nos doentes mais graves, tratados em serviços especializados e hospitalares.

Todavia, deve ser considerado que a presença das PICS em unidades especializadas pode ser útil e vem sendo progressivamente crescente, principalmente em doenças crônicas (mais um motivo para

dificuldade da alta)²⁵. A gravidade dos casos, que merecem esforços adicionais especializados biomédicos, remete à indicação de esforços especializados de PICS, conforme o caso. Há proliferação de estudos a respeito do uso das PICS em adoecimentos mais graves, sobretudo na oncologia²⁶, cuja consideração está fora do escopo deste capítulo, e aponta para a necessidade de discutir o papel dos serviços especializados em PICS. No entanto, sua possibilidade de expansão parece ser relativamente reduzida no Brasil, dada a necessidade de investimentos em infraestrutura hospitalar e especializada biomédica no SUS, para sua expansão (que poderia já se dar em alguma medida incorporando várias PICS).

Considerações finais

A análise do processo de estruturação do cuidado possibilitou superar a relação linear e determinista entre o MAS (estrutura) e o cuidado. Tal perspectiva possibilita a reflexão acerca do potencial dos agentes (profissionais e usuários) em construir e reconstruir o cuidado no dia a dia. Profissionais e usuários foram abordados como agentes capazes de ressignificar e transformar a prática, abrindo novos caminhos de questionamento e ampliação dos limites do modelo biomédico inserido nos MAS.

No que se refere a estruturação-repercussão do cuidado no modelo assistencial, a inserção das PICS no SUS, em uma perspectiva ampla, não é plenamente contemplada em nenhum dos modos de inserção acima descritos. Também parece nítido que a crescente valorização social e acadêmica dessas práticas tem sido no sentido de que elas sejam acomodadas ao MAS. Os profissionais oferecem as PICS, mas estas estão atreladas às consultas e à rotina da APS, de modo a obedecerem a uma lógica que dificulta exercitar seu potencial na mudança do cuidado.

As PICS não têm sido vistas como dispositivos potentes para repensar o cuidado, seja na estruturação do cuidado, seja na organização da sua oferta/implantação. Não se sabe se isso se deve à escassez das PICS na APS (pequena dimensão e disseminação da sua inserção, marginal

nas atividades da ESF) ou se à conformação de sua incorporação lenta, parcial e residual, que os profissionais convencionais tendem a realizar dessas práticas (vide capítulo “Reflexões sobre a eficácia das PICS”). Provavelmente, ambas as razões estão associadas em uma combinação de proporções desconhecidas.

No que diz respeito à estruturação do cuidado com as PICS, alguns efeitos das PICS estão atrelados, por um lado, à ressignificação das práticas dos profissionais, no processo de escuta, acolhimento e cuidado e, por outro, à redefinição do adoecimento, tendo em vista a aceitação das narrativas e percepções dos usuários sobre seu sofrimento. Neste sentido, as evidências empíricas analisadas indicam a necessidade de compreender os componentes ou dimensões do cuidado, dimensões que dificilmente são consideradas nos estudos e pesquisas avaliativas; sobretudo quando são construídas a partir de definições restritas do que seja evidência terapêutica.

Assim, a vantagem de se construir referenciais de avaliação com foco na prática, vem da possibilidade de se enfatizar as microdimensões das relações entre profissionais e usuários, e seu potencial em gerar mudança no cuidado e possivelmente estruturação do MAS.

O modelo assistencial do SUS é limitado e torna-se mais reduzido ao manter seu foco na racionalidade biomédica (diagnóstico e controle de doenças, riscos e sintomas) e, conseqüentemente, na tentativa de controle do estilo de vida. Nenhuma racionalidade, disciplina, saber ou política, sozinha, é suficiente para dar conta da dinâmica do processo saúde/doença na vida humana. Daí a necessidade de diversos saberes e práticas e da perspectiva interdisciplinar, para contribuir em uma estruturação com maior potencial do cuidado em saúde.

Além disso, as evidências sugerem a necessidade de se incluir no modelo assistencial do SUS outras maneiras de realizar o cuidado, bem como de se definir e interpretar o processo saúde-doença com foco no usuário e no seu contexto. Assim, várias PICS constituem um campo fértil para tensionar a racionalidade hegemônica e buscar alternativas que possam colaborar com uma abordagem integral, alargando o referencial teórico e legitimando outros saberes.

Referências

1. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011;11-31.
2. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPAS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publ [internet]*. 2007; 21 (2-3): 73-84.
3. Saltman RS, Rico A, Boerma W, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: Open University Press; 2006.
4. Bodstein RCA, Teoria social e o campo da saúde coletiva In: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL, organizadores. Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 238 p.
5. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Beh*. 2010; 51: S67-79.
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciêns Saúde Col*. 2009; 14(3):783-94.
7. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Públ*. 2012; 28(11):2143-2154.
8. Giddens A. A constituição da sociedade. Cabral A, tradutor. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
9. Becker HS. Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
10. Bauman Z. Hermeneutics and modern social theory. In: Held D, David e Thompson, John B, organizadores. Social theory of modern societies: Anthony Giddens and his critics. New York:Cambridge University Press;1989. p.34-55.

11. Giddens A. Dualidade da estrutura, agência e estrutura. Oieras: Celta; 2000.
12. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2004; 8(14):73-92.
13. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Socied.* 2004; 13:16-29.
14. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(1): e00150215. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>.
15. Frank R. Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociol Health Illness.* 2002; 24(6): 796-819.
16. Lüdtke R, Rutten AL. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61(12):1197-204.
17. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet.* 2005; 366:726–32.
18. Fisher P. Homeopathy and The Lancet. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2006; 3(1): 145–7.
19. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1154-9.
20. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1793-1800.
21. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC de. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020 [acesso em 08 fev 2021]; 36(1): e00208818. 22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SvzNQ9FJXX64TxypvjXKJNn/?format=pdf&lang=pt>

22. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 11 fev 2021];42(supp1):174-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/?format=pdf&lang=pt>
23. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49): 261-272.
24. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (PB). Centro Equilíbrio do Ser completa dois anos de cuidado à população [internet]. [acesso em 02 nov 2021]. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/?s=Centro+Equil%C3%ADb rio+do+Ser+completa+dois+anos+de+cuidado+%C3%A0+popula%C3%A7%C3%A3o>
25. Levin JS, Jonas WB. *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole; 2001.
26. Siegel P, Barros NF. O que é a Oncologia Integrativa? *Cad. saúde colet.* 2013; 21(3):348-354.

Avaliação de Tecnologias em Saúde de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Marcus Tolentino Silvaⁱ, Taís Freire Galvãoⁱⁱ

Este capítulo contextualiza a Avaliação de Tecnologias em Saúde de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Visando maior operacionalidade, optou-se por estruturá-lo na resolução de cenários. É importante contar com uma equipe familiarizada com métodos científicos, principalmente epidemiologia e bioestatística, para a condução da análise. Espera-se que o este capítulo seja um instrumento inicial àqueles interessados em compreender as etapas essenciais do processo e que permita mais reflexões sobre o tópico. Ao final, fontes adicionais de informação foram elencadas para auxiliar aqueles que desejam aprofundar seu conhecimento metodológico.

Introdução

É possível que, para muitos interessados na leitura deste livro, a Avaliação de Tecnologias em Saúde seja vista com sentimentos dúbios no contexto das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Como se sabe, a discussão metodológica da Avaliação de Tecnologias em Saúde se concentra sobremaneira na apreciação de intervenções médicas “tradicionais”, com destaque aos medicamentos.¹ As evidências científicas ignoram, por vezes, os benefícios de intervenções que melhoram a história

i Marcus Tolentino Silva (marcusts@gmail.com) Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba

ii Taís Freire Galvão (taisgalvao@gmail.com) Professora Doutora da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Campinas

natural do paciente ou sua percepção holística, bem como os danos associados às tecnologias tradicionais, que são mais frequentes.

As experiências com incapacidades atribuídas a medicamentos moldaram as sociedades quanto à regulação de acesso.² Tais medidas evoluíram os conceitos de segurança (risco de eventos indesejáveis), eficácia (resolução do problema em contexto ideal) e eficiência (resolução do problema sem comprometer os recursos disponíveis). Devido ao setor regulado ser organizado, articulado e disposto financeiramente para atender às exigências dos setores públicos, a informação científica em saúde – elemento principal dos processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde – é norteadada por dados produzidos para esse fim. O setor farmacêutico ocupa posição de destaque nessa produção e concentra seu interesse comercial nas intervenções médicas tradicionais em detrimento a outras práticas. O contexto para realização das atividades avaliativas das evidências se baseia em produção de informação científica desigual ou escassa.

O desafio de avaliar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é maior devido a alguns fatores: (i) o processo de entrada no mercado é mais flexível do que a avaliação de medicamentos (que exige a condução de ensaios clínicos para seu registro); (ii) as pesquisas científicas costumam ter vieses devido a problemas no planejamento e na condução; (iii) as práticas integrativas usualmente provêm do conhecimento tradicional ou demandam baixa densidade tecnológica, o que resulta em pouco interesse comercial ou industrial, que fomentaria pesquisas robustas.

Sistemas de saúde evitam avaliar problemas com esse perfil, por outro lado, sabe-se que Práticas Integrativas e Complementares em Saúde confortam os pacientes, têm como base a ancestralidade dos povos e devem ser valorizadas.³ Partindo desse contexto, apresentaremos as principais nuances na avaliação dessas intervenções na perspectiva da Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Avaliação de Tecnologias em Saúde

Entende-se por Avaliação de Tecnologias em Saúde um processo contínuo de análise e síntese das consequências do emprego de tecnolo-

gias no cuidado das pessoas.⁴ Essas tecnologias incluem: medicamentos; materiais; equipamentos; procedimentos; sistemas organizacionais, educacionais e de suporte; e programas e protocolos assistenciais. Há momentos em que essas tecnologias são combinadas, o que se observa também nas Práticas Integrativas Complementares em Saúde. São consideradas as dimensões segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, eficiência, aspectos de equidade e impactos éticos, culturais e ambientais.

Em sistemas de saúde bem-organizados, como o Sistema Único de Saúde (SUS), existem instâncias de Avaliação de Tecnologias em Saúde para subsidiar as decisões de reembolso de tecnologias ou seus procedimentos associados.⁵ Consequentemente, os processos de síntese se concentram em problemas de gestão do sistema de saúde que se relacionam à incorporação de tecnologias médicas para facilitar a tomada de decisão. O objetivo principal do avaliador de tecnologias é informar para o gestor de saúde se essas práticas são seguras, eficazes e eficientes em comparação às estratégias já disponíveis no sistema de saúde. Essa tarefa visa minimizar os riscos desnecessários à população contemplada no sistema de saúde, propiciando a resolubilidade esperada pelos usuários (ou clientes), com foco em promover o uso racional de recursos.

A diversidade de dimensões e de tecnologias avaliadas favorece um contexto multidisciplinar.⁴ De acordo com a tecnologia e o escopo da avaliação, podem ser convidados para compor a equipe médicos, enfermeiros, biomédicos, dentistas, gestores, engenheiros clínicos, engenheiros biomédicos, farmacêuticos, pacientes, epidemiologistas, bioestatísticos, economistas, advogados, cientistas sociais, eticistas e bibliotecários. São preferidos os indivíduos com domínio em mais de um conhecimento especializado. O tamanho da equipe depende do seu propósito, dos recursos disponíveis e de outros fatores.

As pessoas envolvidas na avaliação devem ser livres de pressões de mercado e de governos. Idealmente, o avaliador deve ser isento de conflitos de interesse, de natureza comercial ou não. Essa preocupação é mais crítica em contextos em que os processos de avaliação de tecnologias em saúde são usados somente para justificar uma decisão de gestão já definida, a despeito do rigor metodológico e da qualidade da evidência disponível.⁶

A Avaliação de Tecnologias em Saúde na prática

Os usos da Avaliação de Tecnologias em Saúde variam conforme suas finalidades institucionais.⁴ Agências reguladoras (como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou a Agência Nacional de Saúde Suplementar) podem tratar da autorização de uso de um medicamento ou insumo. Sistemas de saúde (como o SUS) podem decidir quais tecnologias devem ser cobertas ou reembolsadas na sua oferta. Os médicos podem atestar se o uso de algumas intervenções está apropriado para as circunstâncias clínicas de um paciente em particular. Associações profissionais e de especialidades recorrem a esses estudos na formulação de diretrizes clínicas. Hospitais e serviços de saúde usam a avaliação de tecnologias nos processos de aquisição e gestão de uma tecnologia. Institutos de padronização (como o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia) a utilizam quando deliberam na definição de parâmetros de fabricação, uso e qualidade de tecnologias em saúde. Órgãos do governo (como o Ministério da Saúde) conduzem ou fomentam esse tipo de estudos na avaliação de programas de saúde pública. Legisladores e líderes políticos a utilizam quando tratam de pesquisa, desenvolvimento, inovação e pagamento de tecnologias em saúde. O setor produtivo a utiliza nos momentos de decisão sobre desenvolvimento ou nas atividades de marketing médico. Por fim, os investidores de capital de risco podem usá-la para decidir na aquisição ou desinvestimento de empresas de produtos de saúde.

A incorporação de tecnologias em sistemas de saúde é o estágio mais perceptível do ciclo de vida das tecnologias em saúde pela sociedade. A adoção de um fluxo claro para incorporação de tecnologias no SUS teve início em 2006, com a criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde.⁷ A partir de 2011 esse papel passou a ser desempenhado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), com definição de prazos e procedimentos, incluindo consulta pública e estabelecimento de seu colegiado. Tais processos introduziram de maneira mais contundente a Avaliação de Tecnologias em Saúde no discurso político.

Esse modelo brasileiro está em linha com o cenário internacional, com adaptações ao contexto de funcionamento do SUS.⁸ Em síntese, criou-se um processo administrativo para a incorporação, exclusão e

alteração de tecnologias em saúde pelo SUS com prazo de 180 dias para deliberação. Nesse tempo, está incluído o recebimento e a análise de informações científicas dos produtos – segurança, eficácia, custo-efetividade – assim como os debates em colegiado, apreciações públicas e recebimento de recursos. No caso de aprovação, há um prazo de 180 dias para sua efetivação. O plenário é constituído pelas seguintes representações: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; e Conselho Federal de Medicina.

A organização do elenco de tecnologias disponíveis e dos seus procedimentos associados está disponível em duas listas positivas de financiamento⁹: (i) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e (ii) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). Assim como é observado em cenários semelhantes, tais listas são tensionadas por pressões do mercado, por oportunidades políticas ou por ações judiciais.

Até o momento, no SUS, a Avaliação de Tecnologias em Saúde é utilizada prioritariamente como um mecanismo de resposta às pressões de mercado, tendo minimizado sua importância como ferramenta de priorização em saúde pública. Duas prováveis consequências se delineiam a partir dessa escolha institucional: (i) as instâncias de decisão atenderão de maneira acelerada à pressão organizada e setorizada, favorecida pelo capital; e (ii) as iniquidades em saúde serão perpetuadas, uma vez que a população vulnerável ou setores de menor interesse econômico têm limitações em articular suas prioridades.

Pressupostos da Avaliação de Tecnologias em Saúde

Métodos científicos sólidos ajudam o avaliador na atribuição de relações causais entre os efeitos em saúde observados e as tecnologias. Devido a isso, aprimorar-se em delineamentos epidemiológicos existentes é essencial à equipe envolvida na avaliação. Distinguir informações anedóticas, provenientes da experiência pessoal, das evidências científicas, é fundamental para um processo seguro de tomada de decisão, especialmente no nível populacional.

Em qualquer ciência, o acaso – também conhecido como erro aleatório – é um componente presente em todas as observações. Na área da saúde, existem quatro motivações para as tecnologias serem objeto de um método científico rigoroso:¹⁰

- i. História natural: trata-se da melhora espontânea de um organismo frente a um processo patológico.
- ii. Efeito Hawthorne: refere-se à melhora do desempenho quando indivíduos são observados/monitorados.
- iii. Regressão à média: é um fenômeno estatístico em que repetidas observações tendem a retornar a intervalos esperados.
- iv. Efeito placebo: é a prescrição de tratamentos inertes na esperança de algum benefício psicológico.

A evidência científica na área da saúde – contextualizada nesse texto pelas informações provenientes de métodos científicos sólidos – está organizada em dois blocos: primária e secundária.¹¹ A evidência primária se remete às aferições realizadas em bancada ou em campo, enquanto a secundária usa provas científicas já existentes para o desenvolvimento de um novo achado científico.

Seis princípios fundamentam uma melhor confiança na leitura inicial dos artigos e requerem uma boa compreensão dos delineamentos da pesquisa clínica:⁴

1. estudos que definem claramente população, intervenção, comparador e desfechos (sumarizados no acrônimo PICO) são superiores àqueles que não fazem essa atribuição;
2. estudos comparativos (ou seja, que contrastam a nova tecnologia com alguma já existente) são superiores aos que não fazem comparação;
3. estudos prospectivos são superiores aos retrospectivos;
4. estudos experimentais (randomizados) são superiores aos delineamentos observacionais (em que os grupos não foram formados pelo acaso);
5. estudos em que os participantes – médicos e/ou pacientes – não sabem os grupos em análise (cegamento) são superiores aos que não tiveram esse cuidado e;
6. estudos com grande tamanho de amostra são usualmente superiores aos pequenos.

Tais pressupostos fundamentam as evidências primárias e secundárias. Rotineiramente, as produções técnicas de Avaliação de Tecnologias em Saúde recorrem com maior frequência às revisões sistemáticas¹².

Etapas da Avaliação de Tecnologias em Saúde

As etapas de Avaliação de Tecnologias em Saúde incluem:⁴

- i. Identificar as tecnologias candidatas e estabelecer as prioritárias;
- ii. Especificar o problema a ser avaliado;
- iii. Determinar o cenário de avaliação;
- iv. Recuperar a evidência técnica e científica;
- v. Obter novos dados primários (se necessário);
- vi. Interpretar a evidência disponível;
- vii. Sintetizar a evidência;
- viii. Formular resultados e recomendações;
- ix. Disseminar os resultados;
- x. Monitorar o impacto.

A totalidade desses passos nem sempre é cumprida pelas instâncias de avaliação ou é realizada de maneira linear. O prazo disponível, a complexidade do problema e os recursos disponíveis são fatores que impactam na sua execução.

As três primeiras etapas normalmente são definidas e priorizadas pelo patrocinador da equipe envolvida na sua elaboração. Usualmente prioriza-se eficácia, segurança, eficiência e impacto orçamentário. Os exemplos que apresentaremos a seguir ilustram como as análises são usualmente constituídas.

As cinco etapas seguintes – recuperar a evidência técnica e científica, obter novos dados primários (fomentar ou conduzir pesquisas novas, se necessário), interpretar a evidência disponível, sintetizar a evidência e formular resultados e recomendações – são as mais trabalhosas do processo e são consideradas o núcleo principal das atividades de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Pressupõe-se que a equipe tenha familiaridade no manejo de fontes de informação para identificar a evidência científica pertinente, conheça delineamentos epidemiológicos para avaliar criticamente a validade das pesquisas disponíveis e disponha de boa escrita para comunicar adequadamente os achados.

É importante que, ao final, haja respostas claras à pergunta de interesse do gestor. Essas etapas serão ilustradas a seguir.

A penúltima etapa – disseminar resultados – é fundamental para minimizar a duplicidade de esforços. Os problemas sobre tecnologias em saúde são muito similares quanto às dimensões avaliadas (eficácia e segurança) e independem do contexto. Identificar avaliações prévias atuais de boa qualidade é um procedimento recomendável e que economiza tempo e recursos.

A última etapa – monitorar o impacto – depende da população-alvo e do objetivo primário do relatório. As decisões sobre tecnologias médicas também são motivadas por outros elementos conjecturais (política institucional, infraestrutura, disponibilidade de recursos humanos, pressões externas etc.). Apesar de competir com notícias falsas e conflitos de interesses, as atividades de Avaliação de Tecnologias em Saúde tendem a fortalecer a cultura do uso de evidência científica no processo de tomada de decisão, influenciando conceitos e linguagens adotadas por pessoas detentoras de poder decisório.

Cenários

Para ilustrar, apresentamos dois cenários hipotéticos de tecnologias contempladas em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Abaixo de cada cenário, as perguntas de pesquisa no formato PICO foram estruturadas para ilustrá-los claramente:

- Atividades artísticas criativas (arte, música, dança/movimento) para o tratamento do estresse.

P (população): pessoas com sintomas de estresse

I (intervenção): atividades artísticas criativas

C (comparador): ausência de atividades artísticas criativas

O (desfecho [*outcome*]): estresse, ansiedade

- Homeopatia para o tratamento da insônia.

P (população): pessoas com insônia

I (intervenção): homeopatia

C (comparador): placebo

O (desfecho [*outcome*]): horas de sono, período desperto, escala de insônia

Recuperar a evidência científica disponível

As evidências científicas estão disponíveis em formato de artigos científicos. Tais documentos são inspecionados por editores e revisores para atestar se os métodos utilizados para a obtenção dos achados são críveis. Depois de aceitos, os artigos são catalogados (indexados) em diferentes fontes de informação. Cada fonte de informação dispõe de um mecanismo de organização dos artigos nela indexados. Esse mecanismo é baseado na vinculação dos artigos a um vocabulário estruturado.¹¹ Entre os vocabulários disponíveis, destacam-se dois: *Medical Subject Headings* (MeSH, o vocabulário controlado do recurso de busca PubMed, desenvolvido e mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, uma tradução do MeSH realizada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, recurso de busca na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde). Na maioria dos casos, identificar os termos da tecnologia em análise e sua principal indicação já permite uma busca eficiente sobre o assunto.

A maior parte das bases de dados funciona com comandos que ajudam a aperfeiçoar as buscas. Os comandos “AND”, “OR” ou “NOT” são conhecidos por operadores booleanos. O comando “AND” é usado para interseção (conexão entre dois ou mais assuntos). O comando “OR” é usado para soma (qualquer um dos assuntos). O comando “NOT” é usado para exclusão (remoção de um assunto).

Várias bases de dados são úteis em Avaliação de Tecnologias em Saúde. Algumas englobam artigos de publicações de diversas áreas das ciências (não se limitando apenas às ciências biomédicas), enquanto outras são bastante específicas (enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia, entre outras). Existem também bases de dados especializadas em equipamentos (www.ecri.org), bem como análises econômicas (www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/).

Se, em uma avaliação, as buscas de estudos pertinentes são realizadas em uma única base, existe uma grande probabilidade de que nem todos os artigos da área sejam encontrados. Isso ocorre porque uma única fonte de informação não contempla toda a literatura pertinente. Dessa maneira, tradicionalmente, busca-se a evidência em múltiplas fontes. A escolha da fonte de informação depende da área, do tipo de tecnologia

e da disponibilidade de acesso. As fontes de busca mais abrangentes e úteis na avaliação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde incluem o Medline, acessível gratuitamente por meio do PubMed (www.pubmed.gov), Embase (www.embase.com) e Scopus (www.scopus.com). A Tabela 1 exemplifica o uso de vocabulários estruturados, os comandos *booleanos* e os resultados na principal fonte de informação utilizada.

Para fins exclusivamente didáticos, selecionou-se um ensaio clínico randomizado¹³ e uma revisão sistemática.¹⁴ O refinamento da busca permite trabalhar com uma quantidade plausível de resultados. Ainda assim, chegarão muitos registros que terão pouco interesse na avaliação.

Tabela 1. Exemplificação de estratégias de busca realizadas em 20/01/2021 na base Medline (via PubMed)

Cenário	Estratégia de busca ^a	Filtro ^b	Resultados
Atividades artísticas criativas para o tratamento do estresse	<i>(creative arts)</i> AND <i>stress</i>	Revisões sistemáticas	14
Homeopatia para o tratamento da insônia	<i>(homeopathy</i> OR <i>homoeopathy)</i> AND <i>insomnia</i>	Ensaio clínico randomizados	13

Notas: ^a conforme a disponibilidade de tempo e recursos, o número de termos (sinônimos) pode ser ampliado. ^b O PubMed e outras fontes de informação dispõem de filtros pré-configurados e personalizáveis disponíveis em www.pubmed.gov.

Interpretar e sintetizar a evidência disponível

Uma vez que foi selecionado o conjunto de estudos que melhor responde o problema de interesse, cabe ao parecerista analisar a validade dos achados encontrados e compreender seu significado. Assim, essa etapa é constituída por três processos concomitantes: avaliação da qualidade da informação, interpretação dos achados e julgamento sobre a confiança dos resultados.

A qualidade da informação se refere aos aspectos metodológicos da pesquisa¹⁵. O intuito é verificar se houve algum desvio de conduta, intencional ou não, que pode ter afetado os resultados apresentados. Como em

qualquer processo de avaliação, muitas interpretações são subjetivas e dependem do conhecimento prévio do avaliador sobre os delineamentos epidemiológicos e o contexto clínico. Um roteiro com as informações essenciais para essa avaliação facilita a leitura do artigo, diminui os erros mais comuns de interpretação, aumenta a qualidade da análise, detecta potenciais desvios ou carências de interpretação e evita o esquecimento de itens importantes.

A adoção de roteiros para analisar estudos traz algumas vantagens que ultrapassam sua função inicial: o uso produz uma visão geral da qualidade da evidência por meio de análises focalizadas em diversos aspectos relevantes de um estudo. Os pesquisadores também são beneficiados, pois o roteiro pode servir de orientação para o planejamento, execução e relato apropriado dos resultados da pesquisa, conferindo maior transparência e reprodutibilidade da evidência gerada. Nesse contexto, outra vantagem que emerge é o aumento da confiança dos consumidores da informação. Para ilustrar com os cenários deste capítulo, a Tabela 2 apresenta os critérios de avaliação crítica de ensaios clínicos randomizados¹⁶ e a Tabela 3 mostra os itens avaliados em revisões sistemáticas da literatura.¹⁷

Tabela 2. Avaliação crítica de ensaios clínicos randomizados

Itens de avaliação crítica ^a	Homeopatia para o tratamento da insônia ¹³
Geração da sequência aleatória	Adequada, uso de software específico
Ocultação da alocação	Adequada, independente do processo de recrutamento
Cegamento dos participantes e profissionais	Adequada, aparência idêntica da intervenção e placebo
Cegamento de avaliadores de desfecho	Adequada, ocorreu independente da alocação dos grupos
Desfechos incompletos	Baixo risco, já que houve relato por intenção de tratamento
Relato de desfecho seletivo	Baixo risco, os desfechos de interesse foram relatados
Outras fontes de viés	Pequeno tamanho de amostra

Notas: a Itens baseados na ferramenta de avaliação crítica de ensaios clínicos randomizados da Colaboração Cochrane.¹⁶

Tabela 3. Avaliação crítica de revisões sistemáticas

Itens de avaliação crítica ^a	Atividades artísticas criativas para o tratamento do estresse ¹⁴
Protocolo da revisão	Não foi especificado
Duplicação na extração de dados e seleção dos resultados	Não houve processo pareado na seleção dos artigos
Busca abrangente da literatura	Sim, seis bases foram consultadas assim como contato com especialistas
Status da publicação	Não foi critério para exclusão de artigos
Relação de estudos incluídos e excluídos	Apenas os estudos incluídos foram relacionados
Descrição dos estudos incluídos	Os estudos incluídos foram descritos adequadamente
Qualidade dos estudos incluídos	Não foi mensurada. Os estudos foram categorizados quanto ao delineamento
Métodos para agrupar os resultados	Os resultados não foram agrupados
Viés de publicação	O viés de publicação foi ignorado
Conflitos de interesse	Os autores declararam ausência de conflitos de interesse

Notas: ^a Itens baseados na ferramenta *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR)*.¹⁷

Concomitantemente à avaliação crítica, os resultados dos artigos selecionados devem ser interpretados quanto a sua relevância frente a intervenções já disponíveis. Na maior parte das vezes, trabalha-se com medidas de associação, apreciação dos intervalos de confiança e julgamento dos testes estatísticos.

As principais medidas de associação incluem risco relativo, razão de chances e diferença de médias.¹⁸ Para comparar a incidência nos dois grupos, calcula-se o risco relativo (RR), ou razão de risco, obtido pela divisão da incidência (número de pessoas com evento dividido pelo total de pessoas avaliadas) de um grupo pela incidência do outro grupo (geralmente o grupo não tratado ou não exposto), a fim de se descobrir o quanto a exposição ou a

intervenção adicionam de risco em relação à comparação. A razão de chances (*odds ratio*, OR) é a medida de associação da chance (número pessoas com o evento dividido pelo número de pessoas sem o evento), calculada pela divisão da chance de um grupo pela chance do outro grupo. O RR e o OR se aplicam a desfechos dicotômicos, do tipo sim/não. Para desfechos contínuos, a medida de efeito é a média ou a mediana, e de associação, a diferença de médias – ou seja, a subtração da média de um grupo pela média do outro – ou coeficiente de regressão, calculado por técnicas estatísticas.

Além de apresentar a medida de associação, comparando os eventos entre os grupos, deve-se identificar se essa diferença é estatisticamente significativa, ou se seria devido ao acaso. Essa informação é proporcionada pelo cálculo do intervalo de confiança (IC) e valor p .¹⁸ O IC é uma medida de incerteza calculada a partir do resultado amostral, que busca estimar o verdadeiro valor populacional (parâmetro). Geralmente o IC é definido em 95%, indicando a frequência do IC que inclui o valor real desconhecido. Desta forma, quanto mais amplo o IC, maior é a incerteza sobre o valor verdadeiro. O tamanho amostral é um denominador no cálculo do IC, então, amostras grandes terão intervalos mais estreitos (precisos), enquanto amostras pequenas levarão a intervalos largos e imprecisos. O IC é calculado por fórmulas estatísticas que variam conforme o tipo de variável e o delineamento usado na pesquisa. O valor p indica a probabilidade de o resultado ser devido ao acaso. Convencionou-se que um valor $p < 0,05$ é estatisticamente significativo (nível de significância de 5%), indicando que se aceita uma probabilidade menor que 1 em 20 (0,05 ou 5%) de que o resultado observado é fruto do acaso e não do efeito do que está sendo testado. Há muitos questionamentos sobre a utilização de valor $p < 0,05$ como a verdade científica e seu papel na busca por resultados com significância estatística. O valor p é o resultado de um teste de hipóteses, que é obtido por testes estatísticos. Usualmente, os testes estatísticos avaliam se o comportamento da variável é semelhante entre os grupos em comparação. Assim, o teste estatístico a ser escolhido depende do tipo de variável e do delineamento empregado. Os testes comparam se as proporções, médias, medianas ou outras medidas são iguais entre os grupos em comparação.

Há diferentes instrumentos que contribuem no processo de apreciação crítica, dependendo do delineamento da pesquisa.^{15,19} A Tabela 4 exemplifica o processo de interpretação dos resultados dos artigos selecionados para os cenários de interesse.

Tabela 4. Interpretação dos resultados encontrados nos artigos selecionados

Cenário	Desfecho de interesse	Interpretação
Homeopatia para o tratamento da insônia ¹³	Melhora da qualidade do sono e diminuição da gravidade da insônia	Após três meses, os pacientes randomizados para o grupo homeopatia reduziram os escores de gravidade de insônia (diferença média 3,2; intervalo de confiança [IC] 95% 0,7 a 5,7; valor p = 0,014), as horas passadas na cama (diferença média -0,5; IC 95% -0,8 a -0,2; valor p = 0,001), tempo total de sono em horas (diferença média -0,6; IC 95% -0,9 a -0,3; valor p < 0,001) e eficiência do sono (diferença média -6,8; IC 95% -9,8 a -3,9; valor p < 0,001).
Atividades artísticas criativas para o tratamento do estresse ¹⁴	Diminuição dos desconfortos relacionados ao estresse	Intervenções artísticas: 11 estudos, com 465 participantes, que apontam redução do estresse e ansiedade.
		Intervenções musicais: 20 estudos, com 1.241 participantes, que sugerem redução do estresse e ansiedade.
		Intervenções de dança: 6 estudos, com 430 participantes, que encontraram redução do estresse e ansiedade.

Uma vez concluída a avaliação crítica do estudo e a síntese dos resultados encontrados, sugere-se julgamento sobre a confiança dos resultados. Esse julgamento é ponderado pela **qualidade da evidência**, que diz respeito ao grau de confiança que se pode ter em uma determinada estimativa de efeito. Ou seja, se uma evidência é de alta qualidade, é improvável que novas pesquisas produzam mudanças substanciais na estimativa de efeito. Por outro lado, se uma evidência

é muito baixa, futuros estudos com delineamentos mais apropriados poderão confirmar ou refutar os efeitos observados.²⁰

O **delineamento dos estudos** é o primeiro aspecto a ser considerado para qualificar as evidências. Inicialmente, evidências provenientes de estudos randomizados são consideradas como de alta qualidade, de estudos observacionais como de baixa qualidade e de séries/relatos de casos como de muito baixa qualidade. Os demais aspectos usados para rebaixar ou para elevar a qualidade da evidência são descritos a seguir.²⁰

A qualidade da evidência pode ser rebaixada se houver limitações metodológicas no delineamento e na condução dos estudos, sugerindo alta probabilidade de viés. Essa aferição é feita na avaliação crítica dos estudos selecionados.

A presença de heterogeneidade diminui a qualidade da evidência. A heterogeneidade é observada quando os estudos obtêm estimativas de efeito que diferem muito entre si. Esse fato pode ocorrer quando os resultados mudam conforme a população, a intervenção ou o desfecho. A heterogeneidade também pode ocorrer devido a viés nas estimativas de parte dos estudos ou apenas pelo acaso. Quando há heterogeneidade, é fundamental que se procure identificar suas causas mais prováveis.

A presença de evidência indireta rebaixa a qualidade da evidência. Este fato ocorre quando a questão abordada não é respondida diretamente pelos estudos disponíveis, seja por diferenças na população, nas intervenções, comparadores ou nos desfechos.

A presença de imprecisão rebaixa a qualidade da evidência. A imprecisão está presente quando os intervalos de confiança são largos. Normalmente, esse fenômeno ocorre quando existe um pequeno número de eventos clínicos e/ou o tamanho da amostra está inadequado.

A presença de viés de publicação também rebaixa a qualidade da evidência. A disponibilidade exclusivamente de estudos pequenos é indício de maior risco de viés de publicação. Outro sinal é quando estudos de maior porte mostram pouco ou nenhum efeito, enquanto estudos pequenos mostram benefícios acentuados. Idealmente, em revisões sistemáticas, esse risco de viés é investigado por análise qualitativa ou mediante aplicação de testes estatísticos.

A qualidade da evidência é elevada quando a magnitude do efeito for muito grande (risco relativo > 2 ou < 0,5), o risco de viés por problemas metodológicos for baixo e o papel dos confundidores for implausível. Ela também é elevada quando existe algum fator de confundimento que pode estar diminuindo o efeito da intervenção. Por último, eleva-se a qualidade quando existe gradiente de dose-resposta.

A Tabela 5 exemplifica o processo de julgamento sobre a confiança dos resultados para os exemplos selecionados.

Tabela 5. Julgamento sobre a confiança nos resultados dos cenários²⁰

Cenário	Delimitação	Risco de viés	Heterogeneidade	Evidência indireta	Imprecisão	Viés de publicação	Julgamento final
Homeopatia para o tratamento da insônia ¹³	Baixo risco	Baixo risco	Alto risco ^a	Baixo risco	Alto risco ^b	Não aplicável	Moderada ⊕⊕⊕○
Atividades artísticas criativas para o tratamento do estresse ¹⁴	Alto risco ^c	Alto risco ^d	Alto risco ^e	Baixo risco	Alto risco ^e	Baixo risco	Muito baixa ⊕○○○

Notas: ^a Diversas formulações homeopáticas foram avaliadas no estudo *Natrum muriaticum*, *Nux vomica*, *Calcarea carbonicum*, *Lycopodium clavatum*, *Mercurius solubilis*, *Phosphorus*, *Sulphur*, *Pulsatilla pratensis*, *Sepia succus* e *Thuja occidentalis*; ^b estudo com pequeno tamanho de amostra (n = 60); ^c Foram incluídos estudos observacionais e randomizados; ^d Não houve avaliação crítica dos estudos incluídos; ^e Não há consistência de resultados entre os estudos incluídos; ^f Pequeno tamanho da amostra dos ensaios clínicos randomizados incluídos.

Formulação de recomendações

A recomendação reflete o balanço entre os efeitos desejáveis e indesejáveis de uma intervenção em saúde. Se os efeitos benéficos claramente superam os efeitos indesejáveis, com boa e fundamentada qualidade de evidência, a recomendação será a favor da tecnologia. Entende-se que é

possível que a maior parte da população-alvo pode ser beneficiada com o uso da tecnologia em investigação.

Se os efeitos deletérios claramente superam os efeitos benéficos, a recomendação será contra a intervenção. Entende-se que é provável que os riscos associados ao uso da tecnologia não superam os seus benefícios.

Quando há menos clareza sobre a relação entre efeitos desejáveis e indesejáveis, a recomendação será incerta. Entende-se que a evidência disponível não permite distinguir se o acesso à tecnologia em estudo promove mais dano ou benefício à população-alvo.

Além das informações destacadas nos estudos encontrados, outros parâmetros de desempenho da tecnologia em estudo precisam ser ponderados. É recomendável que ambos os efeitos (desejáveis e indesejáveis) sejam avaliados conforme as características da situação a que se propõe o uso da tecnologia, incluindo os de curto, médio e longo prazo.

Considerações finais

Neste capítulo, introduziram-se as principais estratégias usadas na avaliação de tecnologias em saúde, mediante ilustração de duas intervenções de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Essas intervenções usualmente apresentam baixo risco de reações adversas e podem propiciar conforto para os pacientes, respeitando o ritmo natural dos processos. Observa-se elevada heterogeneidade no desempenho dessas intervenções em termos de eficácia e excesso de indicações que, por vezes, mostra-se incontrolável pelos sistemas de saúde. Outro desafio consiste em estimar o impacto clínico na qualidade da atenção prestada na introdução de uma nova Prática Integrativa e Complementar em Saúde. O uso racional de recursos e tecnologias deve preponderar em tais situações.

Fontes adicionais de informação

- Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/tsc_22_final.pdf

- Avaliação de Tecnologias e Inovação em Saúde no SUS: Desafios e Propostas para a Gestão: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/ats_inova_saude_capa_miolo_errata.pdf
- Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf
- Curso online e gratuito Revisão Sistemática e Meta-análise: www.coursera.org/learn/revisao-sistemática
- Curso online e gratuito Saúde Baseada em Evidências: www.coursera.org/learn/sbe
- HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment: <https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10103.html>
- Número temático de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Boletim do Instituto de Saúde: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v14_2.pdf
- Série de artigos sobre avaliação econômica: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100023>
- Série de artigos sobre revisão sistemática: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>

Referências

1. Oortwijn W, Jansen M, Baltussen R. Use of Evidence-Informed Deliberative Processes by Health Technology Assessment Agencies Around the Globe. *Int J Health Policy Manag.* 2020;9(1):27-33.
2. Ridings JE. The thalidomide disaster, lessons from the past. *Methods Mol Biol.* 2013;947:575-86.
3. Contreras-Yáñez I, Cabrera-Vanegas Á, Robledo-Torres A, Cáceres-Giles C, Valverde-Hernández S, Padilla-Ortiz D, et al. Association of significant risk perception with the use of complementary and alternative medicine: A cross-sectional study in Hispanic patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237504.

4. Goodman CS. HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment. Falls Church: The Lewin Group; 2004.
5. Silva EN, Silva MT, Elias FTS. Sistemas de saúde e avaliação de tecnologias em saúde. In: Nita ME, Secoli SR, Nobre MRC, Ono SK, Campino ACC, Sarti FM, et al., editors. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Frybourg S, Remuzat C, Kornfeld Å, Toumi M. Conflict of interest in Health Technology Assessment decisions: case law in France and impact on reimbursement decisions. *J Mark Access Health Policy*. 2015;3(1):25682.
7. Novaes HMD, Elias FTS. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(1):s7-s16.
8. Silva HP, Petramale CA, Elias FT. Advances and challenges to the Brazilian policy of health technology management. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):83-90.
9. Caetano R, Silva RMD, Pedro EM, Oliveira IAG, Biz AN, Santana P. Incorporation of new medicines by the National Commission for Incorporation of Technologies, 2012 to June 2016. *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2513-25.
10. Fletcher RH, Fletcher SW, G.S. F. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
11. Pereira MG, Galvão TF. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23:369-71.
12. Silva MT. Avaliação de tecnologias em saúde: diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2013;14(2):159-64.
13. Michael J, Singh S, Sadhukhan S, Nath A, Kundu N, Magotra N, et al. Efficacy of individualized homeopathic treatment of insomnia: Double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Complement Ther Med*. 2019;43:53-9.

14. Martin L, Oepen R, Bauer K, Nottensteiner A, Mergheim K, Gruber H, et al. Creative Arts Interventions for Stress Management and Prevention-A Systematic Review. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(2).
15. Pereira MG, Galvão TF. Extração, avaliação da qualidade e síntese dos dados para revisão sistemática. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23:577-8.
16. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343.
17. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
18. Pereira MG, Galvão TF, Silva MT. Saúde baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016.
19. Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(1):173-4.
20. Galvão TF. Sistema GRADE na avaliação da qualidade da evidência e no desenvolvimento de recomendações. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. *Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 293-309. (Temas em Saúde Coletiva; 22).

Reflexões sobre avaliação da eficácia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Charles Dalcanale Tesserⁱ, Islândia M. Carvalho de Sousaⁱⁱ

Introdução

Para abordar a avaliação da eficácia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), etiqueta institucional brasileira que engloba saberes e práticas alheios à medicina convencional (*mainstream medicine*)¹, devemos considerar o contexto histórico, social, cultural e político da biomedicina e sua avaliação de eficácia. Não se trata de considerar o contexto sociopolítico “externo à ciência” (biomédica), mas de desviar da perspectiva que a vê delimitada por um “núcleo conceitual” (investigações, teorias, métodos e seus resultados) independente de aspectos culturais, históricos, sociais e políticos. Tal delimitação é fictícia, pois a atividade científica é permanentemente atravessada por aspectos “contextuais”², embora seu discurso geralmente o negue e seu linguajar técnico o esconda.

A avaliação das PICS tem sido centrada na medicina baseada em evidências (MBE). O benefício disso parece ser o que vem sucedendo com a chamada “saúde integrativa”: algum enriquecimento teórico e melhoria marginal das práticas convencionais, com incorporação lenta e parcial de técnicas de algumas PICS, usadas complementarmente aos fármacos; e

i Charles Dalcanale Tesser (charles.tesser@ufsc.br) é médico, doutor em Saúde Coletiva e professor do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

ii Islândia M. Carvalho Sousa (islandia.sousa@fiocruz.br) é enfermeira, doutora em Saúde Coletiva e professora dos programas de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fiocruz Pernambuco. É coordenadora do ObservaPICS.

afastamento de aspectos relevantes dos saberes, valores e práticas originárias de várias PICS. Um exemplo de incorporação parcial é o da acupuntura, que gerou uma especialidade médica no Brasil, outro é *mindfulness* (técnicas extraídas das meditações budistas). Ambos os exemplos são enriquecedores das pesquisas, dos saberes científicos e profissionais e de suas práticas de cuidado, todavia, isso é pouco se comparado ao potencial de contribuições dos saberes, valores e técnicas originários desses exemplos.

Consideramos fértil valorizar aspectos cosmológicos, valores culturais e sociais e práticas originárias das PICS como forma de enriquecer e transformar a sociedade/cultura moderna e ampliar os cuidados autônomos e clínicos de saúde, em vez de somente adaptá-las ao contexto socio-cultural e institucional biomedicalizado³. Nesse sentido, refletimos sobre métodos de avaliar as técnicas de cuidado em PICS, em busca da suficiência de sua eficácia e segurança, e que simultaneamente estejam alinhados a modos mais solidários e sustentáveis de vida social. Ambas as dimensões (técnicas de cuidado e modos de viver) devem andar em sinergia para a mesma direção. Para isso, é necessário abordar a biomedicina e sua institucionalização, seus modos de avaliação de eficácia de cuidados clínicos (como a MBE) em conexão com aspectos sociais, culturais e econômicos.

Biomedicina, institucionalização e PICS

As profissões, como a medicina, definem-se como grupos ocupacionais com capacidade para o controle e monopólio sobre o mercado de produtos e serviços específicos e a organização do seu próprio trabalho. Isso ocorre no processo histórico de obtenção de status e prestígio por determinadas ocupações, perspectiva que envolve o conceito weberiano de fechamento social do mercado⁴⁻⁹. Nessa abordagem, as profissões são ocupações que atingiram o fechamento social do mercado com base em monopólios legais, legitimados pelos Estados por meio de autorregulação e licenciamento.

Parkin¹⁰ distingue dois tipos de fechamento social: a usurpação (melhoramento da posição de um grupo subordinado à custa de outro dominante); e a exclusão (subordinação dos considerados inferiores). Este se-

gundo tipo caracteriza a medicina e as profissões da saúde, com fechamento excludente via credenciamento pelo Estado. Para Tavares¹¹, há também processos secundários de usurpação, derivados da formação de mercados informais ou ilícitos na margem dos regulados profissionalmente, o que seria o caso das PICS no último terço do século XX.

A abordagem funcionalista e de senso comum explica a substituição do pluralismo dos cuidados clínicos em saúde pela criação de monopólios ocupacionais (profissionalização) como decorrente da revolução industrial, da emergência da cidadania e da maior capacidade de resposta da biomedicina. Essa tese, entretanto, não se sustentou à luz dos estudos históricos^{6,12,13}. Os arranjos legais de oficialização e privilégios para os médicos surgiram em países como a Inglaterra e os Estados Unidos antes da revolução pasteuriana, farmacológica, e de outros avanços diagnósticos e terapêuticos, que só apareceram no século XX⁸.

Outras razões citadas para a posição privilegiada da profissão médica são a sanção positiva do Estado, fonte principal de poder e autoridade na sociedade; o apoio de elites estratégicas^{7,14}; e o apoio dos leigos, visto que houve forte adesão dos operários à biomedicina a partir do final do século XIX. As péssimas condições de trabalho e os frequentes e graves acidentes de trabalho fizeram a biomedicina ser percebida, na virada do século, como de maior eficácia. Essa relação com o tempo é decisiva para entender o aumento da demanda popular pelo tratamento biomédico¹⁵. A vida urbana foi se tornando incompatível com os cuidados tradicionais, cujas terapêuticas implicavam em maior respeito pelos ritmos biológicos do corpo. Tais práticas foram perdendo poder simbólico para a biomedicina, uma “medicina de urgência”¹⁶ (p. 1025).

Após adotar, por um longo período, a exclusão dos concorrentes, nas décadas de 1980 e 1990, os médicos passaram a utilizar uma abordagem de aproximação com as PICS, chamando-as “complementares”. Desenvolve-se, assim, uma estratégia de incorporação, minimizando a ameaça de usurpação desse mercado crescente por um duplo processo. De um lado, o apoio médico para a profissionalização das PICS foi condicionado ao forte conteúdo biomédico nas formações dos praticantes das PICS regulamentadas, à adoção do médico como responsável pela gestão dos doentes e

à aceitação de regulação profissional copiada da biomedicina⁵. Por outro lado, atenuou-se o perigo de usurpação desse mercado com o aumento do uso de PICS pelos médicos e demais profissionais da saúde para um leque restrito de patologias¹⁷.

Do nascimento da clínica à medicina baseada em evidências

No século XVIII, nasce a clínica, com o olhar médico e sua linguagem, tornando visíveis as doenças. Os médicos tentaram dar à clínica um estatuto científico na lógica das ciências naturais (física e química). Este enquadramento da clínica em parâmetros científicos limitados gerou mudança significativa, de uma medicina dos sintomas para uma medicina dos órgãos e lesões. Foi instaurada, então, a hegemonia do método anatomoclínico e do positivismo¹⁸, este último até hoje não atualizado frente aos avanços na própria ciência¹⁹.

A anatomopatologia consolidou uma concepção ontológica de doença vista como lesão, como se ela existisse independente do doente e de sua vida. No final do século XIX, essa concepção foi reforçada pela causalidade atribuída aos germes²⁰. A busca de objetivação visual das lesões/alterações patológicas corporais continuou com a genética (outra sede de causas), a biologia molecular e as tecnologias de investigação do interior do corpo vivo. As doenças (patologias) referem-se a uma restrita e limitada parte dos adoecimentos, sendo essas construções teóricas baseadas em selecionados componentes que estão longe de descrever a realidade tal qual ela é. Todavia, a legitimação social/científica e o poder cultural da biomedicina fazem parecer que as doenças são seres reais, independentes e objetivos, como se tivessem uma história natural dentro dos corpos que são seus portadores.

A biomedicina é reducionista, biologicista e tende, na prática, a um tipo de monoterapia: o uso de fármacos. Isso gera a circunscrição da procura da doença ao interior do corpo individual e a transforma-

ção desse corpo num “campo de batalha”: a revolução pasteuriana e o sucesso das vacinas e dos antibióticos geraram uma obsessão com a identificação do “inimigo” e a descoberta de um princípio ativo químico para derrotá-lo²¹. Por exemplo, as vacinas são estratégias relevantes para manejo de algumas doenças, mas insuficientes frente a mudanças sociais complexas e desigualdades sociais crescentes. A teoria microbiana impulsionou a intervenção na ordem social, mas não em direção de reduzir as desigualdades e iniquidades. Objetivando a saúde da coletividade, a biomedicina ganhou poder regulatório da vida individual e coletiva, atribuído pelo Estado, tornando-se uma medicina da força de trabalho, direcionada para o “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho”²² (p. 97).

Além disso, o caráter de padronização das terapêuticas, que passaram a ser dirigidas ao tratamento das doenças²³, faz com que “a validação e estabelecimento das verdades [científicas sobre os tratamentos] vão migrando do dia a dia dos tratamentos e evoluções dos doentes reais, das casuísticas dos médicos, progressivamente para [...] os ensaios clínicos controlados”²⁴, induzindo a uma visão de que os tratamentos são universais. A ascensão da MBE é coerente com tal processo, e os clínicos veem cada vez mais os doentes como homogêneos²⁵. Isso reforçou o reducionismo da abordagem biomédica, as comuns situações de desencontro relacional, a tolerância profissional excessiva para com os efeitos adversos, a abordagem impessoal e a iatrogenia, motivos da procura das PICS nas últimas décadas^{1,26}.

A medicina hospitalar e, depois, a MBE induziram o centramento do cuidado nas patologias, dificultando abordar a complexidade da pessoa e seu adoecer (multidimensionalidade biopsicossocial-espiritual)²⁷. A MBE usa as definições de doença, síndromes ou sintomas fornecidos pela clínica como critérios de inclusão a homogeneizar os grupos comparados nos ensaios clínicos e, como desfechos, seus marcadores biológicos e instrumentos padronizados de mensuração de sintomas ou qualidade de vida²⁸. A centralidade nas doenças/sintomas parece ser um dos óbices filosóficos e epistemológicos à abordagem avaliativa das PICS e também à melhoria dos cuidados convencionais.

Biomedicina, cultura, tecnologia, indústria, MBE

Nossa hipótese é de que a industrialização da produção de insumos (para diagnose e terapêutica) e do conhecimento biomédico²⁹ hipertrofiaram na biomedicina e sua avaliação de eficácia características de suas raízes positivistas-empiristas que são atreladas a fatores culturais, econômicos e políticos. Esses fatores devem ser considerados porque incidem sobre os modos de avaliação de eficácia dos cuidados e das PICS, ou seja, há mais que rigor metodológico e busca de eficácia nas metodologias da MBE. Há um compromisso implícito com uma determinada visão filosófica associada a uma conformação cultural, social e de agentes político-econômicos. Uma discussão sobre avaliação que esteja comprometida com a melhoria social e o desenvolvimento científico é uma oportunidade para rever pressupostos, valores e suas consequências na prática, devendo estar aberta a críticas ao *status quo*³⁰. Assim, para avaliação de práticas e saberes de cuidado (clínico e autônomo) distintas das biomédicas, parece necessário elucidar esses compromissos, afastar a validação de técnicas de cuidado de amarras socioculturais específicas e construir uma abordagem que contemple a diversidade, a complexidade e a alteridade de muitas PICS.

Quando a MBE foi desenvolvida, na década de 1990, foi saudada como um avanço de cientificização da medicina no aproveitamento do saber científico para melhorar o cuidado. Ocorre que ela não foi só isso. A MBE também gerou uma abordagem de legitimação de técnicas e cuidados que disputou e ganhou autoridade^{31,32}, estabelecendo padrões metodológicos credenciadores de melhores práticas terapêuticas baseadas em ensaios clínicos e suas revisões.

A análise da MBE realizada por Pignarre³³ considera os ensaios clínicos randomizados como dispositivos de construção dos medicamentos no mercado. Uma das funções da MBE é a de comparar tratamentos, o que tem interesse científico e clínico, mas também carrega disputas mercadológicas bilionárias. Isso é intensificado pelo processo de criação artificial de doenças e situações de alto risco tratados como doenças, ampliação de sua prevalência e gravidade (via alterações de critérios diagnósticos), sua propaganda e comercialização para impulsionar diagnósticos e consequente maior uso de fármacos, o que é chamado *disease mongering* (propagação

de doenças)³⁴. A MBE, embora tenha méritos (como escrutinar condutas terapêuticas mantidas com base apenas na autoridade e sistematizar estudos clínicos via revisões e metanálises), funciona intensificando a tendência mercadológica de padronização dos cuidados.

Além disso, a MBE alargou o processo de afastamento dos clínicos em relação às pessoas devido a seu efeito adverso de redução da capacidade epistemológica dos profissionais de particularizar o diagnóstico e o tratamento, embora seu discurso nunca tenha subvalorizado essa capacidade. Pode-se considerar que ela colocou a cereja no bolo do processo de absorção da biomedicina pela lógica industrial de produção de cuidado massificado. Nesse sentido, um compromisso sociocultural biomédico é a adesão irrestrita e acrítica à tecnologia – entendida, genérica e simplificada, como aplicação repetitiva de técnicas científicas (geralmente das ciências naturais, via dispositivos industrializados) a problemas práticos, mas também como um modo de ser, um aspecto cultural da sociedade moderna³⁵. A importância da tecnologia na sociedade moderna e na biomedicina deriva, em parte, desse aspecto de produção maquinal em grande escala (industrialização) para uso massivo. A difusão ampla do uso de equipamentos e insumos industrializados na clínica biomédica e em sua construção do conhecimento introduziu, na cultura geral e na subcultura médica, uma lógica (e uma dependência) da indústria, que se amalgamou com e conformou o imaginário da biomedicina e da cura contemporânea, incluindo a avaliação da eficácia dos cuidados. No entanto, não precisamos manter esse compromisso ao pensar na avaliação da eficácia ou efetividade das PICS.

Cuidado, controle, protagonismo, beligerância, impérios

Outro aspecto importante da biomedicina e da MBE é sua adesão tendencial ao controle unilateral das práticas médicas, das doenças, dos riscos, da morte. Na biomedicina, o doente é paciente, a doença é o inimigo e o protagonismo da cura é projetado em um único lado da díade profissional-doente: na competência profissional e na eficácia das tecnologias bio-

médicas. Embora, em teoria, qualquer profissional saiba que a cura envolve uma atividade autóctone do doente em interação com o tratamento, isso é comumente esquecido durante a clínica e, depois, praticamente ignorado na avaliação da eficácia. A avaliação de eficácia na MBE visa identificar o protagonismo/eficácia unilateral de uma intervenção reproduzível para a mesma doença/síndrome/sintoma.

Podemos especular que o protótipo da ação clínica biomédica é a situação extrema da morte evitável no hospital, que supõe que as capacidades de autocura fracassaram momentaneamente, restando ao médico e suas terapêuticas o trabalho de controlar ou eliminar a doença, manter a vida (física), estabilizar o doente e devolvê-lo para fora do hospital, com órteses e próteses químicas ingeridas diariamente por algum tempo ou de forma vitalícia. Todavia, a generalização dessa abordagem para toda a clínica tem graves consequências na mentalidade e na cultura médica e da sociedade.

Uma situação que parece merecer avaliação distinta ocorre quando a “filosofia” ou o *modus operandi* de uma abordagem clínica (como as de várias PICS e racionalidades médicas vitalistas – RM³⁶) não é o controle/eliminação unilateral das doenças/sintomas protagonizado pelo(s) terapeuta(s) e suas intervenções. Se o protagonismo e a potência curativa não estão unilateralmente atribuídos à intervenção do curador, mas sim à díade curador-doente, estando mais no doente do que no terapeuta, e sendo esperado do tratamento estímulo aos poderes de recuperação/reequilíbrio do doente e negociações com fatores internos e externos ao mesmo sem visar controle, então os modos de avaliação da eficácia deveriam levar em conta essa diferente configuração de protagonismos, técnicas e tipos de intervenção.

Isso não parece estar em discussão no movimento de integração das PICS via MBE (salvo exceções louváveis na literatura). A biomedicina pouco se dedicou a esse potencial de protagonismo, agência e poder do doente, que pode estar apenas enfraquecido provisoriamente, a ponto de gerar demanda por cuidado clínico profissional, mas pode ser reativado/estimulado. O vitalismo de várias PICS e RM sugere que elas podem atuar nessa direção (embora não se possa esperar que isso ocorra sempre ou automaticamente³⁷), e isso deveria ser considerado em avaliações de sua eficácia, abordando seu impacto na agência e protagonismo mais ou menos consciente da pessoa.

Há, na cultura moderna e na biomedicina, uma visão que concebe uma cisão ontológica ilusória, mas percebida como real e natural, entre o mundo natural, em que estão as doenças, e o mundo social, em que a agência humana ocorre. Cria-se, assim, uma separação entre sociedade e natureza, que fica (incluído o corpo humano e suas doenças) completamente disponível para a exploração científica e, depois, para intervenções tecnológicas justificadas por uma suposta escassez generalizada (de bens, de recursos, de saúde) ou uma insaciabilidade infinita dos desejos humanos. No mesmo sentido, parece que se tornou quase absoluta a ideia de que a ação humana “desarmada” em sua interação com o mundo natural-social (inclusive nos adoecimentos) é desprezível frente ao poder da tecnologia. Isso dificulta que o protagonismo e o poder autóctone dos doentes “desarmados” possam ser incluídos nas metodologias clínicas e avaliativas.

A atitude controladora no cuidado à saúde da biomedicina é semelhante à dos Estados quanto a seu espírito bélico. Harari³⁸ ilustra com exemplos a conexão da ciência com os impérios, afirmando que os empreendimentos imperiais na época da colonização europeia do mundo e ainda hoje não se distinguem de empreendimentos científicos e vice-versa. Há outro parceiro nessa articulação: o dinheiro (ou capital). A repetibilidade maquinal dos processos laboratoriais das ciências naturais se uniu ao ganho em grande escala para a indústria, produzindo máquinas (armas) e produtos que se espalharam pelas cidades e campos, até os últimos rincões do planeta, via capitalismo e imperialismo. Deve-se notar que, como mostra Latour^{2,39}, a universalidade da ciência moderna é local, não resiste a um mínimo distanciamento das redes sociotécnicas que saíram dos laboratórios científicos e se estabilizaram/padronizaram em instrumentos/máquinas produzidas em grandes laboratórios monótonos chamados indústrias.

A necessidade de controle, padronização das práticas e massificação industrializada de cuidados clínicos é apenas parcialmente científicaⁱⁱⁱ, mas ela é fundamental e necessária para a reprodução da indústria relacionada

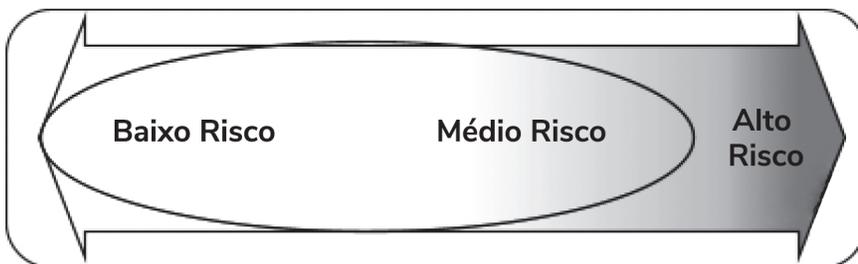
iii Essa afirmação é aceitável se aderimos a uma visão de ciência e causalidade positivista empirista Humeana, mas essa não é a única possível nem provavelmente a melhor para uso clínico, porém, é a dominante na biomedicina.

à saúde-doença. Por sua vez, o belicismo tem também paralelos na cultura econômica da busca do desenvolvimento e do progresso eternos, que supõe o paradigma da escassez, do qual trataremos mais a diante.

Assim, a biomedicina e suas técnicas de avaliação de eficácia clínica carregam uma atitude beligerante, uma perspectiva que hipervaloriza o controle unilateral, em sinergia simbólica com o poder militar dos Estados e impérios industriais-comerciais. O hospital, uma instituição quase totalitária e altamente autoritária, inspirado na hierarquia e na disciplina militar desde seu nascedouro²³, é uma fonte cultural do “estado de espírito” bélico. Ele é de particular relevância, porque ali são iniciados e socializados na profissão os médicos e outros profissionais da saúde, absorvendo automatismos de guerra: obsessão pelo controle, autoritarismo, beligerância⁴⁰.

Discutindo os ensaios clínicos, Pignarre³³ mostra como a biomedicina explicita no linguajar sua mentalidade bélica, talvez por ser o campo principal de seleção das “armas” para a guerra contra as doenças. O autor comenta que o medicamento “envolve um marcador, um arrombador que age como um escalpelo sobre o corpo do doente” (p. 39), no entanto, na clínica generalista da atenção primária à saúde e nos ambientes clínicos ambulatoriais de acesso direto pela população há um amplo espectro de gravidade dos adoecimentos. Na maioria dos casos, a gravidade é pequena, há um conjunto de médio risco e uma pequeníssima minoria de casos graves, ou seja, de alto risco. A Figura 1 ilustra esse espectro.

Figura 1. Espectro de gravidade na atenção primária à saúde (APS)



Não parece adequada uma postura bélica controladora nas situações de baixo e médio risco, ou seja, na maioria das atividades clínicas da APS e da clínica ambulatorial. Melhor seria uma postura de negociação e mediação junto ao doente, seus sintomas e situações de vida, para um reequilíbrio fortalecedor de seu potencial de autocura e protagonismo. Nas doenças crônicas, isso também parece verdadeiro: sustentabilidade, empoderamento, mediação e negociação dos modos de viver, trabalhar, se relacionar consigo, com os outros e com mundo deveriam ser as imagens e metáforas dirigentes da abordagem clínica, ao contrário da identificação do inimigo (doença, fatores de risco), sua eliminação ou controle. Isso pode ter desdobramento na avaliação da eficácia das abordagens ou intervenções. Não temos aqui condições de desenvolver essa ideia, mas pensamos que essa adequação exige mudança: se, na clínica, deve haver transição de um paradigma de guerra, protagonismo e controle unilaterais para um paradigma de negociação/participação/protagonismo multilateral, deve haver um correlato equivalente nos métodos de avaliação da eficácia dos cuidados.

Pignarre³³ destaca outro ponto relevante para a avaliação das terapêuticas: o efeito placebo ilustra a “diversidade dos modos de cura impedindo ao mesmo tempo cultivá-los como saberes múltiplos, [...] saberes sobre esses doentes, pois desloca nosso olhar [para] uma espécie de ângulo morto” (p. 47). Esse ângulo deriva de dois usos comuns do efeito placebo. O primeiro é como comparador nos ensaios clínicos, cuja função é mostrar a superioridade do fármaco. O segundo é seu uso como acusação: o efeito placebo explicaria a eficácia percebida por terapeutas e doentes no uso de PICS, denotando certa charlatanice ou ilusão de eficácia dessas práticas⁴². Esses usos se desdobram em desvalorização da potência do placebo na clínica e sua pouca investigação científica – um tipo de autocura sem efeitos adversos graves e baixo custo que deveria interessar. A agência, o protagonismo e a potência do doente (mesmo inconscientes) não devem ser desprezados pela pesquisa clínica e as avaliações de eficácia. A exploração dessa seara, mais discutida por cientistas sociais e antropólogos da saúde-doença, pode revelar fontes de abundância, ao contrário da percepção de escassez que assola a modernidade e a clínica.

Sobre escassez e ideias para avaliação do cuidado

Há uma ideia moderna de que a humanidade sempre viveu em um mundo de escassez⁴³. A dificuldade de se obter o mínimo para uma boa vida seria uma prova disso. Clastres⁴⁴ pergunta, a respeito das sociedades ditas primitivas:

Assegura[m] ela[s] convenientemente a satisfação das necessidades materiais do grupo? Eis aí a verdadeira questão que se deve colocar a propósito da economia primitiva. A isto, a antropologia econômica “clássica” responde pela ideia da economia de subsistência: a economia primitiva é uma economia de subsistência porque mal consegue, com grande dificuldade, assegurar a subsistência da sociedade. Seu sistema econômico permite aos primitivos, ao preço de um labor incessante, não morrer de fome ou de frio. A economia primitiva é uma economia de sobrevivência porque seu subdesenvolvimento técnico lhe impede irremediavelmente a produção de excedente e a constituição de estoques que garantiriam pelo menos o futuro imediato do grupo. Tal é, em sua pouco gloriosa convergência com a certeza mais grosseira do senso comum, a imagem do homem primitivo veiculada pelos “cientistas”: o selvagem esmagado por seu ambiente ecológico, a todo momento espreitado pela fome, assediado pela angústia permanente de obter para os seus os meios de não perecer. Em suma, a economia primitiva é uma economia de subsistência porque é uma economia da miséria.^{44(p. 123)}

Todavia, antropólogos provaram, com múltiplos estudos empíricos e evidências, que não foi assim. A escassez e a pobreza não são naturais e não existiram sempre, ao contrário, Sahlins⁴⁵ mostra com abundância de dados empíricos que várias sociedades “primitivas” ainda existentes no século XX eram sociedades de abundância, de pouco trabalho e muito lazer, adaptadas aos seus contextos ecológicos e culturais: “A pobreza não é uma certa relação de bens, nem simples relação entre meios e fins; acima de tudo, é relação entre pessoas. A pobreza é um estatuto social, invenção da civilização [ocidental]”^{45(p. 27)}.

Podemos considerar que é nossa a invenção cultural/social de que há escassez de saúde, a exigir desenvolvimento contínuo e interminável de tecnologias curativas/preventivas. A necessidade de “desenvolvimento” deriva do dogma “da falta e da queda, da insaciabilidade infinita do desejo humano perante os meios materiais finitos de satisfazê-lo”^{46(p. 10)}, mas esse dogma é desnecessário.

Baste-nos o objetivo da suficiência. Contra a teologia da necessidade, uma pragmática da suficiência. Contra a aceleração do crescimento, a aceleração das transferências de riqueza, ou circulação livre das diferenças; contra a teoria economicista do desenvolvimento necessário, a cosmo-pragmática da ação suficiente [...]. Contra o mundo do “tudo é necessário, nada é suficiente”, e a favor de um mundo onde “muito pouco é necessário, quase tudo é suficiente”^{46(p. 10)}.

O etnocentrismo com que olhamos para nós mesmos e para as sociedades e práticas diferentes das nossas, incluindo o cuidado à saúde (muitas PICS), dificulta uma avaliação não comprometida com o ideário mercadológico, bélico, industrial e desenvolvimentista.

Isso aponta o desafio de avaliar a eficácia das PICS fora da teologia da guerra, da necessidade, do desenvolvimento, do mercado e da luta contra uma suposta necessidade insaciável de cura. Não há por que assumirmos características sociais do *status quo*, aceitarmos os valores culturais e as orientações filosóficas subjacentes às metodologias e critérios epistemológicos vigentes na MBE como balizadores da avaliação. A MBE e sua atual hierarquia de evidências é, sem dúvida, uma possibilidade e uma estratégia de pesquisa, tem certa validade e certa utilidade, mas provavelmente não é a mais adequada para todos os problemas nem todas as abordagens clínicas, o que permite outros exercícios reflexivos.

Parodiando o trecho anteriormente citado de Clastres⁴⁴: Uma terapia estranha ou um sistema médico tradicional assegura convenientemente a satisfação das necessidades de saúde do grupo? Eis aí a verdadeira questão que se deve colocar a propósito das medicinas tradicionais e das PICS. A MBE responde pela ideia do efeito placebo. As medicinas tradicionais (e as PICS) são terapias do efeito placebo, porque mal conseguem assegurar

uma ressignificação simbólica dos adoecimentos que mobilize a fisiologia para a cura. Seu sistema terapêutico permite aos primitivos ou pré-moder- nos, ao preço de uma ritualística incessante, por vezes não morrer ou sofrer na angústia ou na anomia do desconhecido da doença. As medicinas tradi- cionais ou as PICS são cuidados clínicos ritualísticos e simbólicos porque seu subdesenvolvimento técnico e científico lhes impede a produção de eficácia específica derivada da descoberta/aplicação de intervenções materiais na ordem biológica que garantiriam algum grau de prevenção e cura das do- enças nas pessoas e grupos. Tal é, em sua pouco gloriosa convergência com a certeza mais grosseira do senso comum, a imagem dos curadores pré-mo- dernos que tem sido veiculada pelos “cientistas”: o selvagem está esmagado por seu ambiente ecológico, a todo momento espreitado pela doença, asse- diado pela angústia permanente de obter para os seus os meios de curar ou de não morrer. Em suma, a medicina tradicional e as PICS são medicinas pre- cárias porque são medicinas apenas do efeito placebo.

Se não conseguirmos sair dessa perspectiva etnocêntrica e precon- ceituosa ao discutirmos a avaliação de eficácia das PICS, apenas reprodu- ziremos as formas de incorporação controlada delas, já em andamento. Há que ter alguma capacidade de autocrítica da nossa própria sociedade, cul- tura e métodos.

Lizot⁴⁷ afirma:

As sociedades industriais são movidas pela ideologia do desenvol- vimento (tecnológico, econômico, demográfico); as pessoas tra- balham lá por um salário que visa atender a um número cada vez maior de necessidades criadas e mantidas artificialmente; a econo- mia e o trabalho são tão importantes que dominam todas as outras atividades.^{47(p. 137-8)}.

Parodiando Lizot⁴⁷: Os sistemas de saúde das sociedades industriais são movidos pela ideologia do desenvolvimento (tecnocientífico); as ati- vidades clínico-sanitárias devem atender a um número cada vez maior de necessidades criadas e mantidas artificialmente; a economia e o trabalho são tão importantes que dominam todas as outras atividades, inclusive o cuidado à saúde, que se curva perante eles.

Em relação a várias PICS e RM vitalistas, parece óbvio que práticas, saberes e técnicas de cura desenvolvidas em sociedades diferentes (considerando que pelo menos parte das PICS assim podem ser caracterizadas) vão parecer insatisfatórias, especialmente quanto a responderem a requisitos técnicos, epistemológicos, culturais e temporais das sociedades industrializadas. Nota-se que esses requisitos não são apenas epistemológicos e de resultados (eficácia), os mais aceitos na ciência. Eles (incluindo os metodológicos e epistemológicos) estão recheados de valores e forças sociais, culturais e políticas, mais ou menos influentes, conforme os atores envolvidos.

A sociedade urbana ocidental é também uma cultura⁴⁸, recheada de ideologia da escassez, da guerra, da vigilância e do controle violento. Nessa cultura, a posição política dos agentes sociais e dos seus saberes e as relações entre si e com as exigências científicas e éticas varia bastante. Há muita tolerância a certas práticas realizadas por determinados agentes e pouca para outros. São exemplos a solicitação de exames de imagem para lombalgias descomplicadas⁴⁹ e a persistência de recomendação de rastreamento por mamografia para câncer de mama^{50,51}. No outro extremo, técnicas estranhas devem passar por estrita provação via MBE, até que sejam domesticadas para uma lenta incorporação parcial. Mesmo quando algumas PICS já foram transformadas, adaptadas e incorporadas (aprovadas nos ensaios clínicos e revisões), há problemas de manipulação das evidências. A acupuntura, por exemplo, foi excluída das diretrizes para dor lombar do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), em 2016, reiteradas em 2018^{52,53}.

Procedimentos e tratamentos convencionais novos que vêm com a mística da tecnologia científica e da MBE são aprovados e disseminados – veja-se o exemplo do uso de estatinas em prevenção primária⁵⁴. A sociedade ocidental capitalista é também uma cultura com toda uma mitologia, cosmologia e ritualística⁵⁵, inclusive na saúde e na medicina. Isso envolve relações de utilização, consumo e troca de serviços e produtos: os insumos das ações clínicas e sanitárias geralmente são (e culturalmente “devem” ser) fabricados e comercializados industrialmente. Os doentes devem ser seus usuários ou compradores, porém, essa ritualística não é

considerada como tal; ou, em outras palavras, é naturalizada (nas sociedades etnocêntricas, e quase todas o são) como forma natural e ótima de organizar a vida e o cuidado clínico. Isso não precisa determinar as formas de avaliação de eficácia dos cuidados com PICS.

Etnocídio, epistemicídio e PICS

Outro problema cultural e político, mas também epistemológico, é que a biomedicina não consegue reconhecer fora dela conhecimento especializado que seja digno de crédito. Nesse sentido, há uma equivalência entre o que os antropólogos e Clastres⁴⁴ chamam de “etnocídio”, e o que Boaventura Santos chama de “epistemicídio”⁵⁶. Em vez de eliminação sumária (versão pessimista que gerou e gera ainda genocídios vários), há uma versão otimista de conversão dos selvagens e primitivos: a aculturação ou incorporação. Não são eliminadas as pessoas, “apenas” seu modo de viver, caracterizando um etnocídio.

No cuidado clínico à saúde-doença, isso equivale a uma apropriação de partes e de técnicas ou insumos das PICS pela medicina agora “integrativa”. A incorporação converte partes de PICS e RM vitalistas em procedimentos/técnicas padronizados associados aos convencionais, manejados pelos mesmos atores sociais ou semelhantes, sob o signo da MBE, com alguma melhoria nas profissões da saúde e avanços no saber científico. Mas a transformação e incorporação lenta e marginal de técnicas de algumas PICS é um etnocídio/epistemicídio, em que fragmentos delas são convertidos à cultura das práticas já institucionalizadas, subutilizando o potencial de mudança positiva inscrito em suas diferenças, não só desvalorizadas como tendencialmente abolidas.

Os saberes nativos de várias PICS e RM são tratados como uma mistura de credence, ilusão, erro e empirismo assistemático, não merecedor de crédito nem investigação sobre haver razão subjacente aos seus métodos, técnicas e cosmologias associada a uma forma de viver e ou cuidar/curar empiricamente apreciável. Por exemplo, o saber/técnica, acumulado em 200 anos por médicos homeopatas, tem sido subvalorizado na MBE. Na clí-

nica homeopática clássica, pessoas com mesmas patologias podem receber medicamentos distintos, pois o tratamento é dirigido à pessoa doente e não à doença biomedicamente diagnosticada. A terapêutica, na pesquisa, deve ser semelhante a seu uso clínico, entretanto, a maioria dos ensaios clínicos e das revisões sobre eficácia da homeopatia testam medicamentos homeopáticos usados para doenças^{57,58}. O teste não é “da homeopatia”, mas do uso biomédico de medicamentos homeopáticos, o que indica haver desprezo etnocida pela RM homeopática. Já citamos a incorporação “exitosa” colonizada da acupuntura. Muitos saberes e práticas da medicina chinesa tradicional foram desvalorizados, sendo mais incorporada no ocidente a acupuntura, o que foi bom para a biomedicina, ainda que seja pobre do ponto de vista do potencial inovativo que a RM chinesa clássica oferece⁵⁹.

Como vimos, o efeito placebo está envolvido na legitimação social e institucional de várias PICS. A standardização dos tratamentos para doenças/sintomas e sua “aprovação” (avaliação de eficácia e segurança) pela MBE não é só um pilar científico de validação social, é também um mecanismo de aprovação da comercialização em grande escala de um tratamento, uma regulação mercadológica e uma “proteção” da sociedade contra a ambição desmedida das indústrias farmacêuticas. A aleatorização nos ensaios clínicos supõe que as singularidades das pessoas estão distribuídas do mesmo modo nos grupos estudados, para que o ensaio revele se há eficácia específica da terapêutica testada (acima da eficácia do efeito placebo, chamada inespecífica). Essa avaliação de eficácia de uma só causa (de melhora) deve ser relativizada ao considerarmos a complexidade da saúde-doença, mas permite a massificação dos tratamentos.

Por que precisamos de tratamentos industrializados em massa? Por que precisamos de um mercado industrial na saúde-doença e mecanismos de regulação colocando limites e regrido a concorrência? Por um lado, pelos perigosos efeitos adversos e iatrogenias dos fármacos, mas podemos pensar que, eliminada a busca pelo lucro, ficará mais tranquilo avaliar se os cuidados clínicos são suficientemente seguros e eficazes⁶⁰. A redução drástica ou eliminação dos conflitos de interesse ajudariam sobremaneira, uma vez que tais conflitos sabidamente enviesam os resultados⁶¹, quando não produzem crimes⁶². Se a indústria farmacêutica domina o cenário social e o imaginário cultural, com promessas de curas industrializadas para doen-

ças/sintomas, e se as instituições de saúde e seus profissionais aderem a essa promessa, outras perspectivas de cuidado ficam impensáveis. A MBE, sob esse ponto de vista, é um mediador comercial/metodológico incontornável.

Se considerarmos que a saúde não é escassa, mas é ameaçada pela desigualdade e iniquidade sociais violentas, que os recursos são abundantes e que devem ser distribuídos, podemos pensar em múltiplas técnicas de cuidado autônomo e clínico a serem avaliadas e aceitas se consideradas suficientemente seguras e eficazes, em um clima de avaliação menos tenso e bélico. Não haveria expectativas de curas milagrosas, promessas enganosas e impérios em disputa, apenas cientistas, terapeutas, gestores e população decidindo sobre como cuidar bem o suficiente.

Essa mudança radical priorizaria, talvez, a avaliação e a disponibilização de saberes e técnicas de cuidado autônomas, campo que a biomedicina explora menos. Associado a este foco, haveria esforços e pesquisas de educação e reorganização social e cultural para reduzir a medicalização⁶³ e ampliar a competência culturalmente apoiada das pessoas. Em paralelo e sinergicamente, as sociedades poderiam conviver forma mais sustentável com a “natureza,” e as populações poderiam viver com melhores condições de moradia, alimentação e trabalho. Quanto menor a hierarquia social e maiores a igualdade socioeconômica e o apoio/coesão social, melhores os resultados em saúde e qualidade de vida⁶⁴, porém, mesmo com boa autoatenção⁶⁵ e condições sociais salutogênicas, são necessários cuidados clínicos e a avaliação de sua eficácia/efetividade é incontornável. Voltemos, então, à MBE uma última vez.

Causalidade humeana, disposicionalismo e PICS

A MBE se baseia no empirismo positivista e na noção de causa do filósofo David Hume⁶⁶, segundo o qual nosso conhecimento é restrito ao que podemos perceber pelos sentidos. Ele descreveu três características observáveis da causalidade: 1) a causa é perfeitamente correlacionada a seus efeitos, toda vez que a causa acontece, os efeitos lhe seguem (conjunção de causa e efeito); 2) a causa sempre antecede o efeito no tempo (prioridade temporal); 3) há contato entre causa e efeito no tempo e no espaço (contiguidade).

A causalidade também é uma forma de regularidade e a repetição é uma de suas chaves, de modo que uma mesma causa deve sempre gerar o mesmo efeito nas mesmas ou semelhantes condições. É possível observar regularidades por métodos estatísticos, e por isso é preciso repetir a observação. Os métodos estatísticos exigem grandes amostras. Em caso de variação individual, é necessário pelo menos uma subpopulação real ou presumida da qual o indivíduo é considerado representativo, porém, se os doentes são diferentes, têm biologia, biografia, estilo e história de vida, subjetividade, ocupação e dieta únicos, nenhum subgrupo os representará perfeitamente.

“Um problema com uma visão de causalidade baseada na repetição é que ela não deixa espaço para a exclusividade causal”^{67(p. 19)}, para a complexidade das causas envolvidas em um doente em particular. Esse é um problema clínico prático, que, para Anjun et al.⁶⁷, é impossível responder via ensaios clínicos. Os autores propõem, então, o disposicionalismo causal, para o qual as causas agem na singularidade de cada situação. Nessa abordagem, causas são consideradas disposições, “poderes causais”⁶⁸, aquilo que algo pode fazer. Disposições são propriedades intrínsecas a uma pessoa ou a algo: um medicamento funciona apenas se tiver propriedade intrínseca que gere seu efeito, porém, manifestações de causas são resultados de múltiplas disposições trabalhando juntas, os “parceiros de manifestação” necessários para produzir um efeito conjunto que nenhum produziria sozinho. Toda causalidade é complexa porque exige interação de parceiros de manifestação, e, por isso, a causalidade é sensível ao contexto.

Isso é muito diferente da visão da MBE, em que as múltiplas dimensões e fatores dos doentes (suas disposições particulares) são espalhadas uniformemente pela randomização nos grupos intervenção e controle, para que a única diferença entre os grupos comparados seja a intervenção (causa). Os ensaios clínicos produzem evidências reveladoras de disposições gerais dos fármacos supostamente comuns aos participantes (ou à média do grupo), como se existisse um doente médio. Todavia, se todos os doentes são diferentes em várias disposições, cada um terá uma configuração única de parceiros de manifestação para o tratamento. Mesmo se um fármaco funciona da forma pretendida para dois doentes, ele pode funcionar com diferente potência para cada um ou ter diferentes efeitos adversos. A mesma causa não produz sempre o mesmo efeito. Disposições geralmente

interagem não linearmente, produzindo efeitos sinérgicos e antagônicos: o efeito total é maior que (sinérgicos) ou menor que (antagônicos) a soma das disposições individuais.

Ao enfatizar o singularismo causal, os parceiros de manifestação e a interferência terapêutica nas disposições, o disposicionalismo sugere que a maior parte do conhecimento causal depende de saberes produzidos no contexto local, sobre uma configuração causal singular. A investigação causal – para entender a situação e decidir o melhor tratamento – deve começar pelo entendimento da complexidade do doente, que trará a maioria das informações causalmente relevantes. Sua situação, história e narrativas são fonte indispensável de evidências para o cuidado.

Quanto mais se souber sobre as disposições e as interações locais no caso singular, maior é a confiança para avaliar a propensão quanto a um desfecho específico. A diferença está no tipo de saber: descobrir disposições requer conhecimento sobre os processos e as interações singulares, observados nos seus próprios contextos e como aspectos de um todo singular, em vez de conhecimento de valores e parâmetros que podem ser identificados e analisados isoladamente.

O disposicionalismo traz para a discussão a necessidade e viabilidade do enfrentamento da complexidade e singularização do cuidado, defendendo que o saber derivado dos casos singulares e de sua investigação pode ser mais valioso para o desenvolvimento científico do que se tem considerado, revalorizando métodos qualitativos, narrativas, abordagens fenomenológicas etc.

As RM vitalistas e seus tratamentos (e algumas PICS) podem ser pensadas como saberes e cuidados voltados para a otimização das disposições saudáveis e a minimização das morbígenas (contrárias à saúde) por meio de intervenções comumente complexas e singulares. Nessa lógica, pode-se cogitar que a ação conjunta dessas intervenções na configuração das disposições do doente vem sendo suficientemente efetiva, de um ponto de vista empírico e social, para que muitas pessoas procurem PICS, outras RM e medicinas tradicionais. Esse movimento social vem induzindo algum interesse científico e marginal, incorporação controlada e parcial de PICS, processo cheio de tensões, manipulações, conflitos de interesse, reducionismos e colonialismos⁶⁹⁻⁷¹.

Há discussões na MBE sobre avaliações de intervenções complexas e adequações metodológicas nas pesquisas sobre eficácia/efetividade das PICS. Elas geralmente tentam melhorar metodologias e desenhos dos estudos, incluir questionários de qualidade de vida e outras mudanças periféricas^{72,73}, sendo indicada “uma necessidade clara de que os métodos de pesquisa em CAM [PICS] sejam diferenciados e/ou adaptados”⁷⁴(p. 11). Avaliar eficácia de PICS via MBE é útil e desafiador, mas parece insuficiente se valorizada a singularização dos cuidados, tópico em que várias PICS e RM vitalistas parecem ser ricas a seu modo.

A perspectiva disposicionalista parece ser afim às RM vitalistas e a seu valorizado holismo e integralidade⁷⁵, ambos almejados no cuidado clínico em geral. Algumas RM vitalistas talvez sejam “naturalmente disposicionalistas”. Tal “disposicionalismo nativo” (apenas sugerido, pois fundamentá-lo exigiria estudo específico aqui não viável) permitiria compreender características de RM vitalistas associadas à singularização em sua abordagem clínica. Seu corpo de saberes doutrinários sobre dinâmica vital e morfologia humana e suas tradições clínicas orientariam investigação dos contextos, histórias, sintomas e características dos doentes, aproximando o terapeuta de suas disposições, envolvendo causalidade singular. A aproximação respeitosa e solidária da história de vida e vivência do adoecimento, valorizada pelos doentes e reconhecida como ativadora de potências curativas autóctones, seria um efeito colateral benéfico da investigação das disposições singulares e da personalização terapêutica, já que é reconhecido que terapeutas de RM vitalistas e outras PICS desenvolvem relações mais afetivamente próximas, íntimas, compreensivas, empáticas e calorosas⁷⁶.

Considerações finais

Ao tentar construir sociedades e culturas mais salutogênicas e igualitárias, necessitamos produzir cuidados clínicos e modos de avaliação desses cuidados centrados nas pessoas em situação. A MBE é centrada em causalidade humeana (causas únicas melhorando doenças/sintomas), atrela-

da ao regramento da oferta comercial e ao uso massivo de fármacos, imersa em uma cultura capitalista, autoritária, bélica e controladora.

Pode haver certa suficiência dos modos de cuidado ainda existentes nas sociedades (incluindo as PICS), mas esse conjunto é subutilizado e subinvestigado devido à priorização das terapêuticas químicas industrializadas/padronizadas aplicadas massivamente. Podemos ampliar e diversificar os cuidados clínicos, entendendo-os como intervenções singularizadas nas disposições (salutogênicas e morbígenas) das pessoas e suas situações de vida. Para isso, é necessário criar avaliações dos efeitos (eficácia/efetividade) de cuidados convencionais e com PICS englobando o protagonismo dos terapeutas (suas RM e suas intervenções) e dos doentes, considerando suas disposições singulares, para o que a MBE pode contribuir, mas parece, em grande medida, de forma inadequada e ou insuficiente.

Referências

1. WHO. World Health Organization. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. World Health Organization (2019). Disponível em: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1> Acesso em 30 Jan 2021.
2. Latour B. Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP; 2000a.
3. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim JK. Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. Durham: Duke University Press; 2010.
4. Saks M. Professions and the Public Interest – Medical Power, Altruism and Alternative Medicine. London, Routledge; [1995] 2005.
5. Saks M. Professionalism and Health Care. In Field D, Steve D.T (eds.) Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care. Oxford: Blackwell; 1998. p.174-191.
6. Saks M. Orthodox and Alternative Medicine -politics, professionalization and health care. London: Sage; 2003.

7. Freidson E. *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press; [1970] 1988.
8. Berlant J. *Profession and Monopoly – A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley: University of California Press; 1975.
9. Collins, Randall. *Market Closure and the Conflict Theory of the Professions*. In: Burrage M, Rolf T (eds.). *Professions in Theory and History - Rethinking the Study of Professions*. London: Sage; 1991. p.24-43.
10. Parkin F. *Marxism and Class Theory: a Bourgeois Critique*. London: Tavistock;1979.
11. Tavares RALF. *O processo de institucionalização das medicinas alternativas e complementares - o caso da acupuntura em Portugal*. Tese de doutorado em Sociologia, na Especialidade de Sociologia do Desenvolvimento e da Mudança Social. Faculdade de Ciências sociais e Humanas. Universidade Nova Lisboa. 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/303713417.pdf> Acesso em 30 Jan 2021.
12. Porter R. *Disease, Medicine and Society in England 1550-1860*. Manchester: Manchester University Press;1987.
13. Porter R. *Health for Sale: Quackery in England 1650-1850*. Manchester: Manchester University Press; 1989.
14. Johnson T. *Professions and Power*. London: Macmillan; 1972.
15. Menéndez EL. *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. *Salud Colectiva*, Lanús. 2005; 1(1):9-32.
16. Nogueira C. *Um olhar sociológico sobre o privilégio epistémico da biomedicina: desconstruindo a metanarrativa*. *Saude soc.* 2018; 27(4):1019-32. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018180590>.
17. Saks M. *The Paradox of Incorporation: acupuncture and the medical profession in modern Britain*. In Saks, Mike (ed.). *Alternative Medicine in Britain*. Oxford: Claredon Press;1992. p.183-198
18. Yazbeck AC. *10 lições sobre Foucault*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
19. Camargo Jr. KR. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.

20. Illich I. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
21. Lock M, Nguyen V-K. *An anthropology of biomedicine*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
22. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1992.
23. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
24. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(3):465-84.
25. Dalmaso ASD. *Estruturação e transformação da prática médica: técnica e ciência na segunda metade do século XX [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1998.
26. WHO. World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization; 2013.
27. Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2502. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2502>
28. Almeida Filho N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador-Rio de Janeiro: APCE/Abrasco; 1992.
29. Miguelote VRS, Camargo Jr Kenneth R. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(1):190-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100021>.
30. Sousa IMC, Hortale VA, Bodstein RCA. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(10):3403-12.
31. Lambert H. Accounting for EBM: notions of evidence in medicine. *Soc Sci Med*. 2006; 62(11):2633-45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.023>
32. Lambert H, Gordon EJ, Bogdan-Lovis EA. Introduction: gift horse or rojan horse? Social science perspectives on evidence-based health care. *Soc Sci Med*. 2006; 62(11):2613-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.022>

33. Pignarre P. O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Ed. 34; 1999.
34. Camargo Jr. K Rochel. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):844-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500002>
35. Cupani A. A tecnologia como problema filosófico: três enfoques. *Scientiae Studia*. 2004; 2(4):493-18. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662004000400003>
36. Luz MT, Barros NF (Org.). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.
37. Tesser CD, Dallegrave D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00231519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231519>.
38. Harari YN. *Sapiens: uma breve história da humanidade*. São Paulo: L&PM Editores; 2015.
39. Latour B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: EDUSC (Editora da Universidade do Sagrado Coração); 2001.
40. Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(31):273-86.
41. Norman AH, Tesser CD. Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e190036. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190036>.
42. Tesser CD, Norman AH. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*. 22º de dezembro de 2020 [citado 31º de janeiro de 2021];15(42):2551. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2551>
43. Andrade DC, Romeiro AR, Simões MS. From an empty to a full world: a nova natureza da escassez e suas implicações. *Economia e Sociedade*. 2012; 21(3):695-722. <https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000300009>

44. Clastres P. *Arqueologia da violência - pesquisas de antropologia política*. São Paulo: Cosac & Naify; 2004.
45. Sahlins MD. *Economia de la edad de piedra*. Madrid: Akal; 1977.
46. Viveiros de Castro E. *Desenvolvimento econômico e reenvolvimento cosmopolítico: da necessidade extensiva à suficiência intensiva*. Sopro. Panfleto político-cultural, n. 51, maio de 2011. Disponível em: <http://culturaebarbarie.org/sopro/outros/suficiencia.html>. Acesso em: 28 jun. 2012.
47. Lizot J. *Economie ou société ? Quelques thèmes à propos de l'étude d'une communauté d'Amérindiens*. In: *Journal de la Société des Américanistes*. 1971; Tome 60:137-75. <https://doi.org/10.3406/jsa.1971.2072> https://www.persee.fr/doc/jsa_0037-9174_1971_num_60_1_2072
48. Sahlins, M. *A sociedade ocidental enquanto cultura* In: SAHLINS, Marshall. *Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003. p.166-203.
49. Foster NE, Anema JR, Roger Chou DC, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG. *Lancet. Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions*. *Lancet*. 2018; 391: 2368-83.
50. Tesser CD, Norman AH, Gérvas J. *Applying the precautionary principle to breast cancer screening: implications to public health*. *Cad. Saúde Pública*, 2019; 35(7): e00048319. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00048319>.
51. Tesser CD, D'Ávila TLC. *Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama?* *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2016; 32(5):e00095914, mai, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00095914>
52. Tesser CD. *Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares: uma aproximação*. In: Vendruscolo C, Tesser CD, Adamy EK (orgs). *Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2021. p. 233-275.
53. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, et al. *Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance*. *BMJ*. 2017;356:i6748. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6748>

54. Tesser C, Norman A. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária? APS em revista. 2019; 1(1):39-49. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.15>
55. Sahlins, M. A sociedade ocidental enquanto cultura. In: Sahlins M. Cultura e razão prática. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p.166-203.
56. Santos BS, Meneses MP. (Org.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010.
57. Waisse S. Pesquisa clínica em homeopatia: revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados controlados. Rev Homeopatia (São Paulo). 2017; 80(1/2):133-47.
58. Teixeira MZ. Será mesmo o fim da homeopatia? Diagnóstico & Tratamento. 2006; 11:61-3.
59. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. Hist. cienc. saude-Manguinhos, 2018; 25(3):841-58. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000400013>
60. Angel M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 2ª edição. Rio de Janeiro: Record; 2007.
61. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. doi:10.1002/14651858.mr000033.pub3
62. Gøtzsche PC. Medicamentos mortais e crime organizado: como a Indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman Editora; 2016.
63. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface comun. saúde educ, 2006; 10(19):61-76.
64. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London: Penguin; 2009.
65. Menendez EL. Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2010.

66. Hume D. A treatise of human nature. In: Selby-Bigge LA (ed). Oxford: Clarendon Press; 1888.
67. Anjum RL, Copeland S, Rocca E. (Editors). Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient: A CauseHealth Resource for Healthcare Professionals and the Clinical Encounter. Cham, Switzerland: Springer; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5>
68. Mumford S. Dispositions. Oxford: Oxford University Press; 1998.
69. Adams J, Hollenberg D, Lui C, Broom A. Contextualizing integration: a critical social science approach to integrative health care. *J. Manip. Physiol. Ther.* 2009; 32(9):792-8.
70. Gale N. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass.* 2014; 8(6):805-22.
71. Hollenberg D, Muzzin LJ. Epistemological challenges to integrative medicine: an anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review.* 2010; 19(1):34-56.
72. Craig P et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008; 337:a1655.
73. Craig P, Dieppe P, MacIntyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies.* 2013; 50 (5):585–92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>
74. Andrade FA, Portella CFS. Research methods in complementary and alternative medicine: an integrative review. *J Integr Med.* 2018; 16(1):6-13. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2017.12.001>
75. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(1):195-206. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>
76. Lowenberg J, Davis F. Beyond medicalization-demedicalisation: the case of holistic health. *Sociol Health Illn.* 1994; 16:579-99.

5

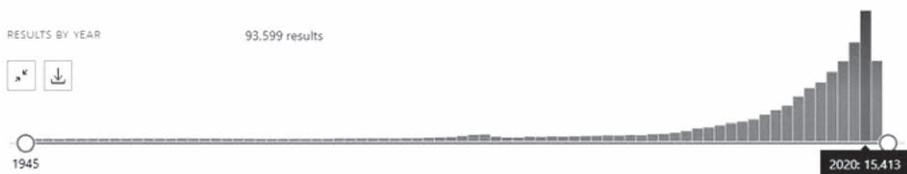
Medicina tradicional chinesa e qualidade metodológica dos estudos clínicos

Tereza Setsuko Tomaⁱ

A partir dos anos 2000, nota-se considerável aumento do interesse de pesquisadores sobre terapias da medicina tradicional chinesa (MTC), particularmente acupuntura e fitoterapia, em consequência do uso crescente dessas práticas em países ocidentais¹. Nesses países, considera-se que a combinação da biomedicina com a medicina complementar e alternativa pode produzir efeitos terapêuticos sinérgicos, de modo a mudar drasticamente a abordagem em relação à doença².

A título de ilustração, uma pesquisa rápida com o termo “*traditional chinese medicine*”, na base de dados PubMed em 12 de julho de 2021, mostrou que até aquela data havia 93.599 registros, sendo o primeiro deles de 1945. A partir de 2003, observa-se que esse número vem crescendo de forma notável, e que apenas em 2020 foram registrados 15.413 novos artigos (Figura 1).

Figura 1. Evolução dos registros sobre MTC na base PubMed até 12 de julho de 2021



Fonte: Figura extraída de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=traditional+chinese+medicine>

ⁱ Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é médica, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Pesquisadora colaboradora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Um grande desafio a ser enfrentado, no entanto, é como combinar essas duas abordagens tão diferentes em seus fundamentos, a partir de evidências científicas que têm sido a base para a tomada de decisão sobre incorporação de tecnologias na área da saúde. A esse respeito, no Capítulo 4, comenta-se sobre a complexidade do tema e as limitações impostas às práticas integrativas e complementares em saúde pelos critérios adotados na biomedicina.

A qualidade dos ensaios clínicos randomizados sobre MTC

A Colaboração Cochrane é uma rede internacional reconhecida por produzir revisões sistemáticas (RS) com alto padrão de qualidade metodológica sobre temas relevantes para informar a tomada de decisão em saúdeⁱⁱ. Uma busca na Cochrane Library, realizada em 4 de julho de 2021 utilizando o termo “*traditional chinese medicine*”, recuperou 48 RS que analisaram os efeitos do uso de acupuntura (14 RS), moxabustão (1 RS) e plantas medicinais/fitoterapia (33 RS) com relação a diversas condições de saúde (Quadro 1). Na maioria dessas revisões, os resultados são inconclusivos, devido especificamente à baixa qualidade metodológica, amostras pequenas e heterogeneidade das intervenções dos ensaios clínicos randomizados (ECR) incluídos. Várias dessas revisões, por outro lado, fornecem evidências preliminares dos benefícios da medicina chinesa para certas populações de pacientes, que mereceriam ser adequadamente exploradas.

Quadro 1. Síntese de resultados de revisões sistemáticas sobre acupuntura, moxabustão e plantas medicinais/fitoterapia

Autor (ano)	Condição de saúde	Nº estudos, participantes	Conclusão
Acupuntura			
McCarney et al. (2003) ³	Asma	12 estudos, 350 participantes	Não há evidências suficientes sobre o valor da acupuntura para tratamento de asma. O relato e a qualidade dos ensaios eram inadequados. Pesquisas futuras precisam considerar a complexidade e as diferentes modalidades de acupuntura.

ii <https://www.cochrane.org/>

Casimiro et al. (2005) ⁴	Artrite reumatoide	2 estudos, 84 participantes	A acupuntura não foi eficaz; conclusões limitadas por questões metodológicas (tipo de acupuntura, local das intervenções, amostras pequenas).
Xie et al. (2008) ⁵	Disfagia no AVC agudo	1 ensaio, 66 participantes	Não há evidência suficiente para concluir sobre o efeito da acupuntura; há necessidade de ECR de alta qualidade e grande escala.
Chen et al. (2010) ⁶	Paralisia de Bell	6 ECR, 537 participantes	A qualidade inadequada dos estudos não permite afirmar sobre eficácia da acupuntura; há necessidade de ensaios de alta qualidade.
Li et al. (2011) ⁷	TDAH	Nenhum estudo foi selecionado	Há necessidade de ECR de alta qualidade e larga escala.
Cheuk et al. (2011) ⁸	TEA	10 ensaios, 390 crianças	Não há evidências conclusivas sobre eficácia da acupuntura; há necessidade de ensaios de alta qualidade e com amostras e tempo de seguimento maiores.
Wei et al. (2011) ⁹	Miopia	2 ECR, 131 participantes	Não é possível concluir sobre benefícios; há necessidade de mais ECR.
Wang et al. (2013) ¹⁰	Incontinência urinária de esforço	1 ensaio, 60 mulheres	Não há evidência suficiente para afirmar se acupuntura é mais eficaz que tratamento farmacológico. Os estudos apresentaram alto risco de viés.
Shen et al. (2014) ¹¹	Esquizofrenia	30 estudos, com variação de 31 a 300 participantes	Evidência limitada sugere que a acupuntura pode ter alguns efeitos antipsicóticos; há necessidade de estudos maiores e com melhor qualidade.
He et al. (2015) ¹²	Caxumba	Nenhum estudo foi selecionado	Há necessidade de ECR de alta qualidade.
Ju et al. (2017) ¹³	Dor neuropática periférica crônica	6 estudos, 462 participantes	Os dados são insuficientes para apoiar ou refutar o uso de acupuntura. A maioria dos estudos apresentam amostras pequenas e alto risco de viés.
Xu et al. (2018) ¹⁴	AVC	33 ECR, 3946 participantes	Há necessidade de mais estudos para confirmar ou refutar qualquer efeito da acupuntura. Os relatos devem ser claros quanto às etapas metodológicas.

Yang et al. (2018) ¹⁵	Hipertensão arterial sistêmica	22 ECR, 1744 pessoas	Não há evidência suficiente sobre manutenção da pressão arterial; os efeitos de curto prazo são incertos devido à baixa qualidade das evidências.
Smith et al. (2020) ¹⁶	Dor no trabalho de parto	28 ensaios, 3960 mulheres	Acupuntura pode aumentar a satisfação no manejo da dor e reduzir o uso de analgesia farmacológica. Acupressão pode reduzir a intensidade da dor. Há necessidade de mais estudos de alta qualidade.
Moxabustão			
Zhang et al. (2018) ¹⁷	Eventos adversos de quimio e radioterapia	29 ECR, 2569 participantes	As evidências não permitem concluir sobre a eficácia de moxabustão. O risco de viés foi alto em 18 estudos e incerto em 11. Há necessidade de estudos de alta qualidade que avaliem benefícios e riscos.
Plantas medicinais/fitoterapia			
Liu et al. (2000) ¹⁸	Hepatite B crônica	9 ECR, 936 pacientes	A evidência é muito fraca para recomendar qualquer planta. Apenas 1 estudo com qualidade adequada. Há necessidade de estudos de alta qualidade.
Wang et al. (2005) ¹⁹	Pancreatite aguda	15 ECR, 845 participantes	A evidência é muito fraca para recomendar qualquer planta. Apenas 3 estudos descreveram o método de randomização. Há necessidade de estudos de alta qualidade.
Rathbone et al. (2005) ²⁰	Esquizofrenia	6 ensaios, 1004 participantes	Plantas medicinais chinesas podem ter benefícios quando combinadas com antipsicóticos.
Li et al. (2006) ²¹	Pré-eclâmpsia	Nenhum estudo foi selecionado	Há necessidade de ECR de alta qualidade.
Wu et al. (2006) ²²	Angina pectoris	18 ensaios, 1413 pessoas	A evidência é insuficiente para fazer recomendações, devido às limitações metodológicas dos estudos; há necessidade de mais ensaios com amostras robustas.
Zhu et al. (2008) ²³	Dismenorreia primária	39 ECR, 3475 mulheres	Há evidências promissoras, porém limitadas pela qualidade metodológica dos estudos.
Yuan et al. (2008) ²⁴	AVC agudo	2 ensaios, 161 participantes	As evidências são insuficientes para fazer recomendações; há necessidade de estudos de alta qualidade.

Zhuo et al. (2008) ²⁵	AVC agudo	2 estudos, 232 participantes	Não é possível determinar se os efeitos são favoráveis ou não; há necessidade de estudos de alta qualidade que avaliem eficácia e segurança.
Jing et al. (2009) ²⁶	Síndrome pré-menstrual	2 ECR, 549 mulheres	Os dados são insuficientes para apoiar o uso de plantas medicinais; há necessidade de estudos de alta qualidade.
Li et al. (2009) ²⁷	AVC agudo	13 ensaios, 962 participantes.	Devido ao alto risco de viés dos estudos, não é possível concluir sobre a eficácia; há necessidade de estudos maiores e de alta qualidade.
Cui et al. (2010) ²⁸	Cervicalgia	4 estudos, 1100 participantes	A evidência é de baixa qualidade; há necessidade de mais estudos para aumentar a confiança nos resultados.
Gan et al. (2010) ²⁹	Sangramento hemorroidário	9 ensaios, 1822 pacientes	Evidência escassa e fraca mostra que algumas plantas podem aliviar os sintomas. No entanto, há necessidade de ensaios com desenhos adequados para uma conclusão confiável.
Qu et al. (2011) ³⁰	Gravidez ectópica	2 estudos, 157 participantes	Não é possível apoiar ou refutar os efeitos, com base nesses estudos. Ambos os estudos com alto risco de viés e conflito de interesses.
Huang et al. (2012) ³¹	Dor de garganta	12 estudos, 1954 participantes	Algumas plantas chinesas parecem ser eficazes, porém, devido à falta de ensaios de alta qualidade os resultados são controversos e questionáveis.
Suo et al. (2012) ³²	Obstrução do intestino delgado	5 ECR, 664 participantes	As evidências positivas devem ser interpretadas com cautela devido ao número insuficiente de estudos com amostras robustas, de alta qualidade e com informações sobre eventos adversos. Por isso, há necessidade de mais estudos de qualidade adequada.
Li et al. (2012) ³³	Ameaça de aborto	44 ECR, 5100 participantes	As evidências são insuficientes para afirmar sobre a eficácia das plantas medicinais isoladamente. A combinação de plantas medicinais com os medicamentos ocidentais mostrou-se mais eficaz do que os medicamentos isoladamente. No entanto, a qualidade dos estudos foi baixa, sendo necessário mais estudos.
Wang et al. (2012) ³⁴	Doença renal crônica	9 estudos, 682 participantes	As evidências são escassas e de baixa qualidade, não sendo possível fazer recomendações de uso.

Liu et al. (2012) ³⁵	SARS	12 ECR, 640 pacientes	Não houve efeito sobre resultados de mortalidade. É possível que plantas medicinais combinadas com medicamentos ocidentais melhorem os sintomas, qualidade de vida, absorção de infiltração pulmonar, redução da dose de corticosteroide. A evidência é fraca devido à baixa qualidade dos estudos, sendo necessária a realização de estudos com seguimento de longo prazo.
Jiang et al. (2013) ³⁶	Influenza	18 estudos, 2521 participantes	A maioria das plantas medicinais chinesas mostrou efeitos similares a drogas antivirais. As evidências são fracas devido às limitações metodológicas dos ensaios. São necessários estudos de alta qualidade e com amostras maiores.
Yang et al. (2013) ³⁷	Câncer gástrico	85 ensaios, 6857 pacientes	Não há evidências confiáveis sobre eficácia na melhora da qualidade de vida, taxa de remissão, alívio da toxicidade ou eventos adversos da quimioterapia, redução da mortalidade. Há necessidade de ensaios de melhor qualidade e com amostras maiores.
Nicolaïet al. (2013) ³⁸	Claudicação intermitente	14 ensaios, 739 participantes	Não há evidências sobre benefícios clinicamente significativos.
Deng et al. (2013) ³⁹	Envenenamento pelo herbicida paraquat	2 ensaios, 84 pessoas	Não há benefícios demonstrados estatisticamente. Entretanto, os resultados são imprecisos, as amostras pequenas e os estudos com baixa qualidade metodológica. Há necessidade de evidências de alta qualidade.
Chen et al. (2013) ⁴⁰	Síndrome nefrótica primária	10 estudos, 630 participantes	As evidências são insuficientes para avaliar se as plantas medicinais são tão efetivas quanto o tratamento convencional. São necessários estudos mais robustos e com seguimento adequado.
Zhang et al. (2014) ⁴¹	Doença renal crônica	22 estudos, 1323 participantes	As plantas medicinais parecem promissoras, no entanto, os resultados não são conclusivos devido à qualidade metodológica e relato inadequados dos estudos.
Zhang et al. (2014) ⁴²	Doença renal crônica	22 estudos, 1746 participantes	As plantas medicinais parecem promissoras como adjuvante ao tratamento convencional. Entretanto, as conclusões não são definitivas devido à baixa qualidade das evidências.

Yang et al. (2015) ⁴³	AVC	21 ensaios, 1746 participantes	As evidências são insuficientes. Há necessidade de estudos de alta qualidade e em larga escala.
Klupp et al. (2015) ⁴⁴	Fatores de risco cardiovascular	5 ensaios, 398 participantes	As evidências de poucos ECR são insuficientes. Estudos futuros devem ser controlados com placebo e seguir padrões adequados de relato.
Shu et al. (2015) ⁴⁵	Caxumba	Nenhum ECR foi identificado	Espera-se que sejam conduzidos mais ECR de alta qualidade.
Hong et al. (2015) ⁴⁶	Transplante renal	5 estudos, 447 participantes	Embora haja alguns aspectos favoráveis, estudos de longo prazo são necessários para esclarecer qualquer relação benefício-dano.
Chen et al. (2016) ⁴⁷	Câncer do esôfago	9 estudos, 490 participantes	Há possibilidade de efeitos positivos na qualidade de vida e em alguns eventos adversos causados pela radioterapia ou quimioterapia. Estudos futuros devem ser grandes e corretamente projetados.
Jin et al. (2016) ⁴⁸	Câncer	5 estudos, 373 pacientes	Não há evidências suficientes. Estudos futuros devem enfatizar a melhoria da qualidade metodológica.
Su et al. (2016) ⁴⁹	Infecção aguda do trato respiratório	Nenhum ECR foi identificado	As evidências são insuficientes para afirmar sobre eficácia e segurança.
Deng et al. (2017) ⁵⁰	Esquizofrenia	15 ECR, 1437 participantes	Evidências limitadas sugerem possíveis efeitos positivos de curto prazo. No entanto, a evidência disponível não é de alta qualidade. Há necessidade de grandes estudos mais bem planejados.

Fonte: Elaboração própria. Nota: AVC – acidente vascular cerebral; ECR – ensaio clínico randomizado; SARS – síndrome respiratória aguda grave; TDAH – transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; TEA – transtorno do espectro autista.

Observa-se, portanto, que do ponto de vista da incorporação de tecnologias em saúde, que se vale de ensaios clínicos randomizados para avaliar eficácia e segurança de intervenções em saúde, os estudos relativos ao uso da MTC no tratamento de doenças apresentam falhas metodológicas relevantes.

O ensaio clínico controlado randomizado é considerado o padrão de excelência como método para investigar a relação entre uma intervenção e seus efeitos, e pressupõe a adoção de critérios adequados durante sua condução para minimizar os riscos de viés⁵¹. Além disso, há necessidade de que os relatos desses estudos sejam transparentes, de modo a permitir uma extração adequada de dados para a realização de revisões sistemáticas.

Diretrizes CONSORT para orientar relatos de ensaios clínicos randomizados

A constatação de que a qualidade dos relatos de ECR estão aquém do ideal, e o fato de que isso tem gerado estimativas tendenciosas sobre os efeitos dos tratamentos, levou um grupo de cientistas e editores a desenvolver a proposta CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*)ⁱⁱⁱ, com o intuito de melhorar a qualidade desses relatos. Esta proposta, que consiste em uma lista de verificação com 25 itens e um fluxograma que orientam os pesquisadores na feitura de um relato adequado de ECR, foi publicada pela primeira vez em 1996, atualizada em 2001, e novamente em 2010 (versão corrente)⁵². O grupo CONSORT tem proposto também extensões dessa lista de verificações para outros desenhos de estudo e intervenções da medicina tradicional chinesa⁵³, descritos brevemente a seguir.

Acupuntura: Com o propósito de contribuir para o aprimoramento dos relatos de ECR sobre acupuntura, foram lançadas em 2001 as diretrizes do grupo STRICTA (*Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture*), que expandem o conteúdo das diretrizes CONSORT com relação ao relato das intervenções. Posteriormente, ambos os grupos evoluíram para a publicação dessas diretrizes como uma extensão CONSORT⁵⁴.

Plantas medicinais: Em 2006, foram publicadas as diretrizes para ECR que avaliam plantas medicinais. O estudo de medicamentos fitoterápicos é bastante complexo, pois seus efeitos estão relacionados não só a partes da planta utilizada, como também à época de sua colheita, níveis de

iii <http://www.consort-statement.org/>

constituintes ativos, tipo de extrato e forma de administração. Essa heterogeneidade pode impedir que sejam realizados agrupamentos de resultados dos estudos sobre uma mesma planta numa revisão sistemática⁵⁵.

Fórmulas de fitoterapia chinesa: Por considerar que tanto as diretrizes para relato de ECR sobre acupuntura, quanto as diretrizes para plantas medicinais não davam conta das especificidades da MTC (teoria, princípios, fórmulas e substâncias medicinais chinesas), desenvolveu-se uma extensão CONSORT aplicável às fórmulas de fitoterapia chinesa⁵⁶.

Tratamentos não farmacológicos: Em 2008, foram elaboradas diretrizes para relatos de ECR sobre tratamentos não farmacológicos (cirurgia, reabilitação, educação, psicoterapia e dispositivos médicos), levando em consideração questões como complexidade da intervenção, influência dos prestadores de cuidados, experiência dos locais de prestação dos serviços e dificuldades de cegamento⁵⁷. Tais orientações poderiam ser aplicadas a práticas corporais da MTC, como Tai Chi, Qigong e Tuina.

Ensaio N-de-1: No ensaio N-de-1 a unidade de observação é um único sujeito no qual se investiga a eficácia ou eventos adversos de diferentes intervenções. Há crescente interesse nesse desenho de estudo, visto como abordagem desejada e apropriada para avaliar a eficácia e segurança de intervenções da MTC. Uma extensão CONSORT foi desenvolvida especificamente para orientar o relato de ensaios N-de-1 para medicina tradicional chinesa (CENT para MTC)⁵⁸.

Diretrizes metodológicas para estudos clínicos em medicina tradicional chinesa

Essas diretrizes, publicadas por dois comitês chineses de medicina integrativa (*Specialty Committee of Integrative Medicine/China Doctor Society*, *Specialty Committee of evidence-based medicine/China Association of Integrative Medicine*) visam fornecer uma orientação metodológica para estudos clínicos, incluindo ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos de caso-controle, séries de casos, bem como métodos qualitativos. Elas podem ser aplicadas em estudos sobre efeitos terapêuticos

de práticas de MTC (fitoterapia, acupuntura, moxabustão, ventosa, Tai chi, Qigong, Guasha e Tuina) ou em conjunto com a terapia convencional (medicina integrativa)⁵⁹.

A pesquisa clínica da MTC, segundo os autores, deve refletir as características dessa medicina como sistema terapêutico. Desse modo, existem três modelos de pesquisa clínica em voga a considerar: (1) modelo de padrão de doença, em que se utiliza para o diagnóstico a classificação internacional de doenças em conjunto com a diferenciação de padrão da MTC; (2) modelo de sintoma, em que a doença é definida pela MTC; (3) modelo padrão, cujo direcionamento é dado por um padrão específico em vez de uma doença ou sintoma⁵⁹.

No caso da MTC, embora os ECR sejam considerados o padrão ideal, argumenta-se que há limitações relacionadas ao uso de placebo e os efeitos terapêuticos podem ser influenciados por outros fatores como a preferência do paciente, preferência do médico e a relação paciente-médico. Por isso, têm sido utilizados ensaios clínicos modificados, como ensaios N-de-1, ensaios pragmáticos, ensaios de adição e ensaios com base em experiência⁵⁹.

Expectativas para o futuro da MTC no ocidente

Os estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotaram em 25 de maio de 2019 a mais recente revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁶⁰. Um dos marcos da CID-11 foi a inclusão da medicina tradicional no Capítulo 26, o que permitirá a ampliação de informações e cobrir a verdadeira situação dos sistemas de saúde dos países. O registro de dados epidemiológicos sobre a prática da MTC poderá ser feito a partir de quatro aspectos: sintomatologia; etiologia; curso e resultado; e resposta ao tratamento. Desse modo, acredita-se que a implementação deste sistema de codificação terá influências no âmbito de serviços, pesquisa, educação e regulamentação dessas práticas orientais⁶¹.

Espera-se que a CID-11 desencadeie mais pesquisas relativas à MTC, particularmente sobre padronização da terminologia, avaliação de desfe-

chos, linha de cuidado, guias de prática clínica, e desenvolvimento de medicamentos. A CID-11 tem potência também para alavancar a educação de trabalhadores e usuários de serviços de saúde. Acredita-se que ela poderá contribuir para uma transformação progressiva do sistema de saúde biomédico dominante para um sistema integrado de saúde com base nas medicinas ocidental e tradicional⁶¹.

Esta decisão da OMS, contudo, tem gerado críticas e preocupação, uma vez que os estudos sobre MTC continuam a apresentar importantes fragilidades metodológicas, apesar dos grandes investimentos realizados pelo governo chinês para a modernização e padronização da MTC⁶². Por esse motivo, são relevantes os esforços de organizações que investem no aprimoramento dos estudos clínicos de intervenções terapêuticas, incluindo as de MTC, cujas iniciativas foram sintetizadas neste capítulo.

Referências

1. Manheimer E, Wieland S, Kimbrough E, Cheng K, Berman BM. Evidence from the Cochrane Collaboration for Traditional Chinese Medicine therapies. *J Altern Complement Med.* 2009;15(9):1001-14. doi: 10.1089/acm.2008.0414.
2. Dobos G, Tao I. The model of Western integrative medicine: the role of Chinese medicine. *Chin J Integr Med.* 2011;17(1):11-20. doi: 10.1007/s11655-011-0601-x.
3. McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K. Acupuncture for chronic asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD000008. DOI: 10.1002/14651858.CD000008.pub2.
4. Casimiro L, Barnsley L, Brosseau L, Milne S, Welch V, Tugwell P, Wells GA. Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD003788. DOI: 10.1002/14651858.CD003788.pub2.
5. Xie Y, Wang L, He J, Wu T. Acupuncture for dysphagia in acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006076. DOI: 10.1002/14651858.CD006076.pub2.

6. Chen N, Zhou M, He L, Zhou D, Li N. Acupuncture for Bell's palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD002914. DOI: 10.1002/14651858.CD002914.pub5.
7. Li S, Yu B, Zhou D, He C, Kang L, Wang X, Jiang S, Chen X. Acupuncture for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD007839. DOI: 10.1002/14651858.CD007839.pub2.
8. Cheuk DKL, Wong V, Chen WX. Acupuncture for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD007849. DOI: 10.1002/14651858.CD007849.pub2.
9. Wei ML, Liu JP, Li N, Liu M. Acupuncture for slowing the progression of myopia in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD007842. DOI: 10.1002/14651858.CD007842.pub2.
10. Wang Y, Zhishun L, Peng W, Zhao J, Liu B. Acupuncture for stress urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD009408. DOI: 10.1002/14651858.CD009408.pub2.
11. Shen X, Xia J, Adams CE. Acupuncture for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD005475. DOI: 10.1002/14651858.CD005475.pub2.
12. He J, Jia P, Zheng M, Zhang M, Jiang H. Acupuncture for mumps in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD008400. DOI: 10.1002/14651858.CD008400.pub3.
13. Ju ZY, Wang K, Cui HS, Yao Y, Liu SM, Zhou J, Chen TY, Xia J. Acupuncture for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 12. Art. No.: CD012057. DOI: 10.1002/14651858.CD012057.pub2.
14. Xu M, Li D, Zhang S. Acupuncture for acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD003317. DOI: 10.1002/14651858.CD003317.pub3.
15. Yang J, Chen J, Yang M, Yu S, Ying L, Liu GJ, Ren YL, Wright JM, Liang FR. Acupuncture for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 11. Art. No.: CD008821. DOI: 10.1002/14651858.CD008821.pub2.

16. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 2. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.pub2.
17. Zhang HW, Lin ZX, Cheung F, Cho WCS, Tang JL. Moxibustion for alleviating side effects of chemotherapy or radiotherapy in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 11. Art. No.: CD010559. DOI: 10.1002/14651858.CD010559.pub2.
18. Liu JP, McIntosh H, Lin H. Chinese medicinal herbs for chronic hepatitis B. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001940. DOI: 10.1002/14651858.CD001940.
19. Wang Q, Guo Z, Zhao P, Wang Y, Gan T, Yang J. Chinese herbal medicines for acute pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD003631. DOI: 10.1002/14651858.CD003631.pub2.
20. Rathbone J, Zhang L, Zhang M, Xia J, Liu X, Yang Y. Chinese herbal medicine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD003444. DOI: 10.1002/14651858.CD003444.pub2.
21. Li W, Tang L, Wu T, Zhang J, Liu GJ, Zhou L. Chinese herbal medicines for treating pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005126. DOI: 10.1002/14651858.CD005126.pub2.
22. Wu T, Harrison RA, Chen XY, Ni J, Zhou L, Qiao J, Wang Q, Wei J, Duan X, Zheng J. Tongxinluo (Tong xin luo or Tong-xin-luo) capsule for unstable angina pectoris. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004474. DOI: 10.1002/14651858.CD004474.pub2.
23. Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Wu E, Smith CA. Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD005288. DOI: 10.1002/14651858.CD005288.pub3.
24. Yuan Y, Zeng X, Luo Y, Li Z, Wu T. Chuanxiong-type preparations for acute ischemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD005569. DOI: 10.1002/14651858.CD005569.pub2.

25. Zhuo Q, Yang X, Wu T, Liu G, Zhou L. Tongxinluo capsule for acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004584. DOI: 10.1002/14651858.CD004584.pub2.
26. Jing Z, Yang X, Ismail KMK, Chen XY, Wu T. Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD006414. DOI: 10.1002/14651858.CD006414.pub2.
27. Li W, Liu M, Feng S, Wu B, Zhang S, Yang W, Liu GJ. Acanthopanax for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD007032. DOI: 10.1002/14651858.CD007032.pub2.
28. Cui X, Trinh K, Wang YJ. Chinese herbal medicine for chronic neck pain due to cervical degenerative disc disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006556. DOI: 10.1002/14651858.CD006556.pub2.
29. Gan T, Liu YD, Wang Y, Yang J. Traditional Chinese Medicine herbs for stopping bleeding from haemorrhoids. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD006791. DOI: 10.1002/14651858.CD006791.pub2.
30. Qu HB, Dengfeng W, Wu T, Marjoribanks J, Ying S, Haijun J, Zhang J, Hu L. Chinese herbal medicine in the treatment of ectopic pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD006224. DOI: 10.1002/14651858.CD006224.pub3.
31. Huang Y, Wu T, Zeng L, Li S. Chinese medicinal herbs for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD004877. DOI: 10.1002/14651858.CD004877.pub3.
32. Suo T, Gu X, Andersson R, Ma H, Zhang W, Deng W, Zhang B, Cai D, Qin X. Oral traditional Chinese medication for adhesive small bowel obstruction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD008836. DOI: 10.1002/14651858.CD008836.pub2.
33. Li L, Dou L, Leung PC, Wang CC. Chinese herbal medicines for threatened miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD008510. DOI: 10.1002/14651858.CD008510.pub2.

34. Wang H, Song H, Yue J, Li J, Hou YB, Deng JL. Rheum officinale (a traditional Chinese medicine) for chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD008000. DOI: 10.1002/14651858.CD008000.pub2.
35. Liu X, Zhang M, He L, Li Y. Chinese herbs combined with Western medicine for severe acute respiratory syndrome (SARS). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD004882. DOI: 10.1002/14651858.CD004882.pub3.
36. Jiang L, Deng L, Wu T. Chinese medicinal herbs for influenza. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD004559. DOI: 10.1002/14651858.CD004559.pub4.
37. Yang J, Zhu L, Wu Z, Wang Y. Chinese herbal medicines for induction of remission in advanced or late gastric cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005096. DOI: 10.1002/14651858.CD005096.pub4.
38. Nicolai SPA, Kruidenier LM, Bendermacher BLW, Prins MH, Stokmans RA, Broos PPHL, Teijink JAW. Ginkgo biloba for intermittent claudication. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006888. DOI: 10.1002/14651858.CD006888.pub3.
39. Deng J, Huo D, Wu Q, Zhu L, Liao Y. Xuebijing for paraquat poisoning. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD010109. DOI: 10.1002/14651858.CD010109.pub2.
40. Chen Y, Gong Z, Chen X, Tang L, Zhao X, Yuan Q, Cai G. *Tripterygium wilfordii* Hook F (a traditional Chinese medicine) for primary nephrotic syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD008568. DOI: 10.1002/14651858.CD008568.pub2.
41. Zhang HW, Lin ZX, Xu C, Leung C, Chan LS. Astragalus (a traditional Chinese medicine) for treating chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD008369. DOI: 10.1002/14651858.CD008369.pub2.
42. Zhang HW, Lin ZX, Tung YS, Kwan TH, Mok CK, Leung C, Chan LS. Cordyceps sinensis (a traditional Chinese medicine) for treating chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD008353. DOI: 10.1002/14651858.CD008353.pub2.

43. Yang W, Shi Z, Yang HQ, Teng J, Zhao J, Xiang G. Mailuoning for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD007028. DOI: 10.1002/14651858.CD007028.pub3.
44. Klupp NL, Chang D, Hawke F, Kiat H, Cao H, Grant SJ, Bensoussan A. *Ganoderma lucidum* mushroom for the treatment of cardiovascular risk factors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD007259. DOI: 10.1002/14651858.CD007259.pub2.
45. Shu M, Zhang YQ, Li Z, Liu GJ, Wan C, Wen Y. Chinese medicinal herbs for mumps. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD008578. DOI: 10.1002/14651858.CD008578.pub3.
46. Hong T, Zhang M, Fan J. *Cordyceps sinensis* (a traditional Chinese medicine) for kidney transplant recipients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD009698. DOI: 10.1002/14651858.CD009698.pub2.
47. Chen X, Deng L, Jiang X, Wu T. Chinese herbal medicine for oesophageal cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art. No.: CD004520. DOI: 10.1002/14651858.CD004520.pub7.
48. Jin X, Ruiz Beguerie J, Sze DMY, Chan GCF. *Ganoderma lucidum* (Reishi mushroom) for cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD007731. DOI: 10.1002/14651858.CD007731.pub3.
49. Su G, Chen X, Liu Z, Yang L, Zhang L, Stålsby Lundborg C, Wen Z, Guo X, Qin X, Liang J, Liu X. Oral *Astragalus* (Huang qi) for preventing frequent episodes of acute respiratory tract infection in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD011958. DOI: 10.1002/14651858.CD011958.pub2.
50. Deng H, Xu J. Wendan decoction (Traditional Chinese medicine) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD012217. DOI: 10.1002/14651858.CD012217.pub2.
51. Carvalho APV, Silva V, Grande AJ. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Diagn Tratamento*. 2013;18(1):38-44.
52. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, Elbourne D, Egger M, Altman DG; CONSORT. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting

- parallel group randomised trials. *Int J Surg*. 2012;10(1):28-55. doi: 10.1016/j.ijssu.2011.10.001.
53. Varella AM. Reflexões sobre a investigação em Medicina Tradicional Chinesa. Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC); Lisboa, 2017. Acesso em 13 jul 2021. Disponível em: <https://apamtc.org/reflexoes-sobre-a-investigacao-em-medicina-tradicional-chinesa/>
 54. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, Moher D; STRICTA Revision Group. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): extending the CONSORT statement. *PLoS Med*. 2010;7(6): e1000261. doi: 10.1371/journal.pmed.1000261.
 55. Gagnier JJ, Boon H, Rochon P, Moher D, Barnes J, Bombardier C; CONSORT Group. Recommendations for reporting randomized controlled trials of herbal interventions: Explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(11):1134-49. doi: 10.1016/j.jclinepi.2005.12.020.
 56. Cheng CW, Wu TX, Shang HC, Li YP, Altman DG, Moher D, Bian ZX; CONSORT-CHM Formulas 2017 Group. CONSORT Extension for Chinese Herbal Medicine Formulas 2017: Recommendations, Explanation, and Elaboration. *Ann Intern Med*. 2017;167(2):112-121. doi: 10.7326/M16-2977.
 57. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P; CONSORT NPT Group. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med*. 2017;167(1):40-47. doi: 10.7326/M17-0046.
 58. Li J, Hu JY, Zhai JB, Niu JQ, Kwong JSW, Ge L, Li B, Wang Q, Wang XQ, Wei D, Tian JH, Ma B, Yang KH, Dai M, Tian GH, Shang HC; CENT for TCM Working Group. CONSORT extension for reporting N-of-1 trials for traditional Chinese medicine (CENT for TCM): Recommendations, explanation, and elaboration. *Complement Ther Med*. 2019; 46:180-188. doi: 10.1016/j.ctim.2019.08.014.
 59. Liu JP, Chen KJ; guideline development team. Methodology guideline for clinical studies investigating traditional Chinese medicine and integrative medicine: executive summary. *Complement Ther Med*. 2015;23(5):751-6. doi: 10.1016/j.ctim.2015.08.001.

60. Almeida MSC, Sousa Filho LF, Rabelo PM, Santiago BM. Classificação Internacional das Doenças - 11ª revisão: da concepção à implementação. *Rev Saúde Pública*. 2020; 54:104.
61. Lam WC, Lyu A, Bian Z. ICD-11: Impact on Traditional Chinese Medicine and World Healthcare Systems. *Pharmaceut Med*. 2019 Oct;33(5):373-377. doi: 10.1007/s40290-019-00295-y.
62. Editorials. Break with tradition. The World Health Organization's decision to include traditional Chinese medicine in its global diagnostic compendium could backfire. *Nature*. 2019;570:5. Acesso em 13 jul 2021. Disponível em: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-019-01726-1/d41586-019-01726-1.pdf>

Mapas de evidência da efetividade clínica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Ricardo Ghelmanⁱ, Carmen Verônica Mendes Abdalaⁱⁱ,
Mariana Cabral Schweitzerⁱⁱⁱ, Daniel Miele Amado^{iv}, Gelza Nunes^v,
Rafael Dall'Alba^{vi}, Caio Fábio Schlechta Portella^{vii}

Antecedentes

Desde 2002 a Estratégia de Medicina Tradicional da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado e fortalecido a inserção, o reconhecimento e o uso das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) nos sistemas nacionais de saúde em todos os níveis: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar.¹ Em 2006 foi publicada no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (PNPIC/MS).²

-
- i Ricardo Ghelman (ricardoghelman@cabsin.org.br) Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), São Paulo, SP
- ii Carmen Verônica Mendes Abdala (abdalave@paho.org). BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) /OPAS/OMS, São Paulo, SP. Gestor em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Brasília
- iii Mariana Cabral Schweitzer (mariana.cabral@unifesp.br). Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. São Paulo, SP
- iv Daniel Miele Amado (daniel.mieleamado@gmail.com). Gestor em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Brasília, DF
- v Gelza Nunes (gelzanunes@cabsin.org.br). Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), São Paulo, SP
- vi Rafael Dall'Alba (dallalraf@paho.org). OPAS/OMS, Brasília, DF
- vii Caio Fábio Schlechta Portella (caioportella@cabsin.org.br). Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), São Paulo, SP

Antes de 2006, modalidades terapêuticas provenientes dos sistemas médicos complexos (ou racionalidades médicas) existiam no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma não integrada, entre as quais a medicina tradicional chinesa (MTC), exemplificada pela prática de acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica e ayurveda, assim como práticas de cuidado que utilizam produtos naturais, fitoterápicos e óleos essenciais da aromaterapia, e outras terapias não farmacológicas como yoga, meditação e musicoterapia.

O Relatório Global da OMS sobre Medicina Tradicional e Complementar (2019)³ informou que os Estados-Membros consideram a “falta de dados de pesquisa” no campo o principal desafio enfrentado para avançar nos processos de regulamentação para integrar essas práticas aos sistemas e serviços de saúde. Além disso, destaca-se que a expansão e qualificação da base de conhecimento é uma das prioridades dos eixos da Estratégia das Medicinas Tradicionais da OMS 2014-2023.⁴

Essa percepção é frequentemente baseada na falta de conhecimento das evidências existentes, ocasionada por barreiras de acesso às fontes de informação, idioma das publicações, falta de padronização dos termos de indexação, dificuldades na interpretação dos resultados e falta de sistematização do conhecimento.⁵

A despeito dessa percepção, a produção de evidências sobre as MTCI tem aumentado significativamente nos últimos 20 anos.⁶ Historicamente, a América do Norte, a Ásia Oriental e a Europa têm se destacado, respondendo por cerca de 70% da produção científica especializada, enquanto a América Latina tem contribuído com menos de 10% da produção de pesquisas.

A grande contribuição dos Estados Unidos, em boa parte, provém do esforço, em 1998, da criação do *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, posteriormente renomeado como *National Center of Complementary and Integrative Health do National Institute of Health* (NCCIH - NIH), para promover e financiar a investigação científica sobre os diversos sistemas, práticas e produtos de saúde que geralmente não são considerados parte da medicina convencional, com ênfase no estudo de produtos naturais e terapias mente-corpo, como meditação e yoga. Esse centro tem contribuído no combate à crise dos opióides na-

quele país⁷. Em 1999 foi criada a primeira rede dedicada à pesquisa na área, o *Academic Consortium for Integrative Medicine and Health*, a partir de representantes de oito instituições médicas acadêmicas e que hoje reúnem setenta e seis instituições.⁸

Em 2003 foi fundada a *International Society of Complementary Medicine Research* (ISCMR), que em 2019 mudou de nome para *International Society of Traditional, Complementary and Integrative Medicine Research*, seguindo a tendência da OMS.⁹ Atualmente vários países vêm criando representações formais como instituições de pesquisa do ISCMR, entre os quais Canadá, China, Coreia do Sul, Irã e, recentemente, Brasil, por meio do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN).¹⁰

Com a criação e desenvolvimento da PNPIC, há uma década e meia, ocorreu um fator de indução na implementação das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nos estados e municípios, tornando o Brasil uma referência mundial na inserção dessas práticas no sistema público de saúde, com ênfase na atenção primária. De acordo com um relatório de monitoramento nacional de 2019, as PICS estiveram presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 90% da Atenção Primária à Saúde (APS) e 10% distribuídos na média e alta complexidade, em 4.296 municípios brasileiros (77%) e em todas as 26 capitais e o Distrito Federal. Segundo relatórios do Ministério da Saúde há uma crescente inserção dos atendimentos em PICS e, dos dois milhões registrados, cerca de 50% se referem à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e 50% divididos entre as outras práticas integrativas, que passaram a ter código próprio para registro¹¹ a partir da publicação da Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017.^{viii}

Nesses quinze anos, a PNPIC incorporou paulatinamente 29 modalidades terapêuticas (Tabela 1), por meio das seguintes portarias ministeriais: Portaria GM/ nº. 971 de 03 de maio de 2006^{ix}; Portaria GM/ nº. 1600

viii Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html

ix Portaria GM/ nº. 971 de 03 de maio de 2006. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

de 17 de julho de 2006^x; Portaria GM/nº 849 de 27 de março de 2017;^{xi} e Portaria nº 702, de 21 de março de 2018,^{xii} que possibilitaram o registro de profissionais, serviços e produção relativas às PICS, o que até então só era possível em relação às consultas em homeopatia e acupuntura.

Tabela 1. Distribuição das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em categorias e ano de inserção na Política Nacional

Ano	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, Auriculoterapia e Práticas Corporais da MTC) 2. Homeopatia 3. Antroposofia aplicada à Saúde/Medicina Antroposófica 4. Fitoterapia/Plantas Medicinais 5. Termalismo social/Crenoterapia
2017	<ol style="list-style-type: none"> 6. Arteterapia 7. Ayurveda 8. Biodança 9. Dança Circular 10. Meditação 11. Musicoterapia 12. Naturopatia 13. Osteopatia 14. Quiropraxia 15. Reflexoterapia 16. Reiki 17. Shantala 18. Terapia Comunitária Integrativa 19. Yoga

x Portaria GM/ nº. 1600 de 17 de julho de 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html

xi Portaria GM/nº 849, de 27 de março de 2017. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

xii Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html

2018	<ul style="list-style-type: none"> 20. Aromaterapia 21. Apiterapia 22. Ozonioterapia 23. Terapia Floral 24. Geoterapia 25. Hipnoterapia 26. Constelação Familiar 27. Bioenergética 28. Cromoterapia 29. Imposição de mãos
------	---

Um passo importante para a difusão do conhecimento foi dado em 2018, quando o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS) lançou a Biblioteca Virtual em Saúde especializada em MTCI (BVS MTCI),^{xiii} para organizar e facilitar o acesso a esse conhecimento. A coleção da BVS MTCI reúne mais de um milhão e meio de artigos científicos, distribuídos em várias bases de dados, com maior concentração no MEDLINE, seguido pelas bases LILACS, WHOLIS (OMS), IBECS (Espanha), CUMED (Cuba), BDENF (Enfermagem), PAHO-IRIS (OPAS), Coleciona SUS e MOSAICO. A base MOSAICO (Modelos de Saúde e Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativos) foi criada para resgatar a literatura convencional e não convencional como, por exemplo, dissertações de mestrado e teses de doutorado, como produto colaborativo da Rede MTCI Américas, que integra dezesseis países – Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua, Paraguai, Peru e Venezuela.

Uma estrutura temática para a BVS MTCI foi desenvolvida pelos membros da Rede MTCI Américas,^{xiv} levando em consideração os pontos de vista epistemológicos sobre a saúde, os modelos de saúde, os glossários de termos de entidades internacionais, bem como os de ministérios da Saúde de diferentes países da região. Ainda, foram consultados docu-

xiii Biblioteca Virtual em Saúde especializada em MTCI - <https://mtci.bvsalud.org/pt/>

xiv Estrutura temática - <https://mtci.bvsalud.org/pt/estrutura-tematica/>

mentos das áreas de ciências sociais, antropologia médica, saúde pública e também das teorias de sistemas de organização da informação. Segundo a estrutura temática da BVS MTCTI, entre as 29 PICTS, existem Sistemas Médicos Complexos (ou Racionalidades médicas) de caráter tradicional asiático como a Medicina Tradicional Chinesa (acupuntura, auriculoterapia, práticas corporais da MTC) e a ayurveda; Sistemas Médicos Complexos não tradicionais como homeopatia, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde e naturologia; Terapias Biológicas, de cunho mais farmacológico, como fitoterapia/plantas medicinais, termalismo social/crenoterapia, apiterapia, aromaterapia, ozonioterapia e geoterapia; Terapias Energéticas como bioenergética, terapia floral, reiki e cromoterapia; Terapias Manuais como osteopatia, shantala, quiropraxia e reflexologia; e Terapias Mente-Corpo como meditação, yoga, musicoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, hipnose, terapia comunitária integrativa e constelação familiar.

Os sistemas médicos complexos/racionalidades médicas são sistemas teórico-práticos analisáveis ou factíveis de experimentação e comprovação, que induzem a um olhar equiparativo das diferentes formas de cuidar. Segundo Madel Luz (1995) esses sistemas podem ser classificados a partir de seis dimensões com características próprias como fisiopatologia, doutrina médica, morfologia, cosmovisão, sistema de diagnóstico e sistema terapêutico.^{12,13}

A formação profissional define as práticas e sua qualidade nas categorias “sistemas médicos complexos/racionalidades médicas” e “modalidades terapêuticas não farmacológicas”, como as terapias manuais e mente-corpo, enquanto para os produtos naturais e práticas integrativas e complementares farmacológicas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamenta o controle de qualidade como medicamento especial e a prescrição depende da formação do profissional de saúde e de seu referencial teórico-prático, que pode vir tanto de um sistema médico complexo como de uma abordagem convencional.

As práticas integrativas e complementares não farmacológicas têm sido denominadas como intervenções, abordagens ou medicinas mente-corpo no sentido de destacar seu papel de atuação sistêmica, tanto no corpo como na mente, seguindo a visão sistêmica e complexa embasada

na psiconeuroimunoendocrinologia, epigenética e resiliência. Parte do processo de inserção de práticas integrativas na PNPIC se baseou no diagnóstico do emprego dessas práticas no território nacional, proveniente de dados de monitoramento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), registrados por muitos municípios brasileiros. Porém, algumas das práticas foram incluídas mesmo sem prevalência nos serviços utilizando-se outros critérios, como o reconhecimento por conselhos profissionais e ou por organismos internacionais, o ensino em universidades públicas, e evidências científicas.

Os mapas de evidência se tornaram uma prerrogativa para os avanços da PNPIC informada por evidências, seguindo as estratégias da OMS, que propõem o acesso universal às MTCI e sua implantação nos serviços de saúde por meio de fundamentação em estudos sobre as evidências de segurança, eficácia e custo efetividade.

A partir dessas oportunidades e impulsos históricos, nasceu o CABSIN como uma rede colaborativa de pesquisadores, universidades e instituições de pesquisas de todo o Brasil na área de MTCI, que inclui as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, como é denominada pelo Ministério da Saúde do Brasil. O CABSIN conta com uma rede cadastrada de mais de 500 pesquisadores, provenientes de mais de 60 universidades públicas e privadas de todo o país, trabalhando em parceria com instituições nacionais e internacionais de pesquisa para ampliar, divulgar e tornar mais acessível a sistematização de evidências científicas, além de promover estudos colaborativos multicêntricos, capacitação em metodologias de pesquisa e estratégias de intercâmbios e articulações entre pesquisadores e grupos de pesquisa na área. O CABSIN foi idealizado em outubro de 2017, durante o I Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (I CONGREPICS), realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em Natal, a partir de 25 pesquisadores de 20 universidades brasileiras com interesse em cooperação, e como primeira atividade criou o Cadastro Brasileiro de Pesquisadores em Saúde Integrativa (PICS), para avaliar o perfil dos pesquisadores. Em março de 2018, durante o I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Pública (I INTERCONGREPICS), foi lançado o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa, com a Rede MTCI Américas.

Em 2019, a partir da necessidade do Ministério da Saúde de obter subsídios científicos para formular as diretrizes de implantação progressiva da PNPIC, por sugestão da Coordenação Nacional das PICS, foi organizada uma reunião entre o Ministro da Saúde, o secretário de Atenção Primária à Saúde, o presidente do CABSIN, a representante da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS/OMS no Brasil, a Gerente de Serviços e Fontes de Informação na BIREME/OPAS/OMS, a diretora geral do Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS), a coordenadora do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Complementares e Integrativas em Saúde (ObservaPICS/FIOCRUZ) e a representante da Rede de Atores Sociais em PICS (RedePICS Brasil).

Como resultado dessa reunião foi organizado um pequeno comitê composto por um representante do CABSIN, da BIREME/OPAS, da CN-PICS/MS e o secretário de Atenção Primária do Ministério da Saúde, com objetivo de definir a metodologia a ser utilizada e escopo das práticas a serem investigadas, nascendo assim o Projeto Mapa de Evidências da Efetividade Clínica das PICS.

Mapas de Evidências da Efetividade Clínica das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas/Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (MTCI/PICS)

Os Mapas de Evidências Clínicas em PICS nasceram como contribuição para informar políticas públicas, facilitar o acesso às evidências clínicas disponíveis e identificar lacunas de conhecimento sobre a aplicação clínica dessas práticas. Os mapas de evidência são frutos de um Projeto de Cooperação entre a BIREME/OPAS/OMS, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e o CABSIN.

Esse projeto reuniu quarenta pesquisadores de todo Brasil de várias práticas, sob a coordenação geral da BIREME, e colaboração de consultores para a parte metodológica. Coube ao Ministério da Saúde definir as

PICS que seriam analisadas na primeira fase do projeto. A metodologia científica escolhida para a sistematização das informações foi a Iniciativa Internacional para a Avaliação do Impacto (3iE) Metodologia da Lacuna de Evidência¹⁴

Os mapas de evidência em MTCI/PICS apresentam, em uma matriz de intervenções e resultados, uma visão geral e uma síntese gráfica das evidências sobre intervenções de sistemas médicos complexos e métodos terapêuticos complementares para subsidiar políticas públicas para os principais problemas de saúde da população. Os mapas são elaborados em um processo que envolve uma busca sistemática de revisões nas principais bases de dados, seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e subsequente caracterização dos estudos incluídos.¹⁵

São ferramentas com a dupla função de sintetizar a evidência disponível sobre um tema específico e identificar lacunas de conhecimento. Uma característica particular dos mapas de evidência, que os diferencia de outros métodos de síntese, é o uso de representações gráficas ou representações dinâmicas, por meio de bancos de dados on-line interativos, que facilitam a interpretação dos resultados. O método também permite a integração de diferentes tipos de evidência, assim como a representação de sua força.

Organizamos um workshop de capacitação da metodologia por dois dias na sede da BIREME e elegemos um coordenador para cada mapa de evidência.





Fotos do Workshop – Capacitação em Metodologia 3ie de Mapas de Evidências no dia 14 outubro 2019 – BIREME, São Paulo

Metodologia de desenvolvimento dos mapas

O primeiro mapa desenvolvido com a metodologia Iniciativa Internacional para Avaliação de Impacto (3iE) Metodologia da Lacuna de Evidência e as diretrizes do PRISMA^{xv} foi sobre a eficácia clínica da ozonoterapia, com um enfoque médico, como um piloto bem sucedido da metodologia. Após essa experiência, a equipe expandida CABSIN e BIREME/OPAS/OMS iniciou seus trabalhos com os mapeamentos priorizados pelo Ministério da Saúde, que se referiam a sete práticas incluídas na Política Nacional de PICS: MTC, plantas medicinais/fitoterapia, meditação, yoga, shantala, reflexologia e ozonoterapia. As MTC foram divididas em três mapas (acupuntura; auriculoterapia; práticas corporais da MTC), bem como as plantas medicinais/fitoterapia (saúde mental e qualidade de vida; distúrbios metabólicos e fisiológicos; doenças crônicas e dor). Com relação à ozonoterapia, além do mapa com um enfoque médico foi elaborado um mapa sobre sua aplicação na saúde bucal, totalizando 12 Mapas de Evidência.^{xv} Adicionalmente, com algumas alterações metodológicas, foi realizado um mapa que apresenta uma visão geral das possíveis contribuições das MTCI na pandemia da covid-19.^{xvi}

xv Os mapas estão disponíveis em <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>

xvi Este mapa também está disponível no site da BVS, e encontra-se publicado na revista científica internacional Integrative Medicine Research: <https://doi.org/10.1016/j.imr.2020.100473>.

Devido ao grande número de estudos em cada área, e para aumentar a robustez das evidências, os coordenadores de cada grupo de trabalho e coordenadores gerais decidiram incluir apenas revisões sistemáticas e/ou meta-análises sobre cada uma dessas práticas nesses mapas de evidências, atendo-se ao topo da pirâmide de evidências.

A Metodologia pode ser descrita considerando seis passos com suas atividades.

1. Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica das evidências científicas da PICS especificada no mapa deve ser efetuada em bases de dados eletrônicos, a partir dos descritores selecionados, e complementada por pesquisa manual e/ou indicação por especialistas no tema abordado, que colaboram no projeto. A seguir os metadados de registros bibliográficos são importados para um gerenciador de referências bibliográficas (como o Mendeley)^{xvii} e documentados com uma descrição detalhada de todas as pesquisas bibliográficas realizadas.

2. Seleção dos artigos

Os artigos científicos identificados na pesquisa bibliográfica são avaliados de acordo com critérios de inclusão previamente definidos (revisões e/ou meta-análises), classificação das evidências selecionadas em pares com cegamento, utilizando o software Rayyan,^{xviii} avaliação e classificação dos estudos por critérios de qualidade, empregando a ferramenta AMSTAR 2 em caso de revisões sistemáticas¹⁷ e MMAT para revisões sistemáticas de métodos mistos.¹⁸

3. Categorização dos dados

Os dados dos estudos incluídos na fase anterior são extraídos considerando categorias previamente definidas. Definimos categorias de intervenções (para cada PICS) e categorias de desfechos (saúde mental, dor, câncer, qualidade de vida). Outros dados extraídos incluem: texto completo (ligação ao website); citação (referência completa), população; ID da base

xvii Gerenciador Mendeley - <https://www.mendeley.com/reference-management/reference-manager/>

xviii Gerenciador Rayyan - <https://www.rayyan.ai/>

de dados; país em foco (países em que os estudos foram realizados); país de publicação (país em que o artigo foi publicado); ano de publicação.

Em seguida é realizada a análise dos estudos incluídos, considerando o efeito (positivo, potencial positivo, inconclusivo, potencial negativo, negativo); nível de confiança (alto, médio, baixo); tipo de revisão (revisão sistemática, revisão narrativa, revisão do escopo, revisão de métodos mistos, protocolo, metanálise, metassíntese, etc.); desenho de estudos incluídos na revisão (estudos clínicos, estudos controlados aleatórios, estudos observacionais, estudos mistos etc.) e foco do estudo (eficácia, segurança, custo).

4. Análise de infometria

O desenvolvimento da análise de infometria tem lugar a partir de metadados de estudos de revisão identificados e registrados nas bases de dados. Após a definição de indicadores que são gerados para a análise de infometria, é conduzida a extração, a transformação e o carregamento dos metadados dos estudos selecionados para permitir as visualizações de dados dos mapas de evidência a partir do software Tableau,^{xix} integrando as intervenções e os desfechos.

5. Elaboração dos mapas de evidência

A criação e publicação de mapas de provas consiste em representar graficamente as evidências encontradas, analisadas e categorizadas, conectando os registros bibliográficos e textos completos dos estudos nas bases de dados correspondentes e publicação dos mapas e/ou gráficos na BVS MTCI Américas, website do CABSIN e outros portais selecionados.

6. Lacunas do conhecimento (gaps)

Com base na análise quantitativa e qualitativa dos estudos identificados e analisados, um relatório analítico final, a partir do mapa, contendo a síntese dos principais resultados e lacunas por desfechos, além da produção de um artigo científico, devem ser organizados de modo a demonstrar lacunas e concentração de evidências, inclusive com redundância de estudos múltiplos de questões semelhantes relacionadas com a PICS mapeada.

xix Plataforma Tableau - <https://www.tableau.com/why-tableau/what-is-tableau>

Essa visão geral contribui para o estabelecimento de prioridades nacionais de investigação entre agências de pesquisa e pesquisadores.

A partir de todos os mapas elaborados a equipe coordenadora geral criou um Mapa de Desfechos que inclui mais de 400 desfechos descritos, divididos em cinco macro categorias, que permitem a incorporação de novos mapas de evidência, com novas intervenções em MTCI/PICS como um banco de dados.

Essas categorias de desfechos consideraram quatro dimensões de resultados:

1. Dimensão física e metabólica – indicadores e marcadores fisiopatológicos, sinais e sintomas de doenças agudas e crônicas como dor, câncer, doenças neurológicas etc.
2. Dimensão da vitalidade, bem-estar e qualidade de vida.
3. Dimensão da saúde mental.
4. Dimensão da saúde socioambiental e espiritualidade.

Apresentação dos resultados

A disposição dos mapas de evidências é online de forma interativa, permitindo aos usuários identificar e acessar as evidências existentes.

Para elaboração dos doze mapas de evidência foram analisadas mais de 880 revisões, cuja distribuição é apresentada em ordem decrescente na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das revisões analisadas segundo os mapas de evidência elaborados

Mapa de evidência	Número de revisões analisadas
Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, Práticas Mente Corpo, Auriculoterapia)	381
Efetividade Clínica da Acupuntura	171
Efetividade Clínica das Práticas Mente e Corpo da Medicina Tradicional Chinesa	172
Efetividade Clínica da Auriculoterapia	38

Efetividade Clínica da Prática da Meditação	191
Efetividade Clínica da Prática do Yoga	150
Fitoterapia e Plantas Medicinais	150
Efetividade Clínica da Fitoterapia para Doenças Crônicas e Dor	49
Efetividade Clínica da Fitoterapia para Distúrbios Metabólicos e Fisiológicos	48
Efetividade Clínica da Fitoterapia para Saúde Mental e Qualidade de Vida	37
Efetividade Clínica da Fitoterapia para Cicatrização e Doenças Agudas	16
Efetividade Clínica da Ozonoterapia	29
Efetividade Clínica da Ozonoterapia Bucal	15
Efetividade Clínica da Ozonoterapia Médica	14
Efetividade Clínica da Shantala	38
Efetividade Clínica da Reflexologia	18

Avaliamos as aplicações clínicas das MTCI/PICS inferidas a partir da quantidade de revisões sistemáticas com efeito positivo, envolvendo mais de 400 desfechos clínicos agrupados em categorias. A partir desses doze mapas de evidências, as revisões sistemáticas que tiveram maior quantidade de estudos apontam que as maiores contribuições são para a categoria de saúde mental (depressão, transtorno de ansiedade, estresse e insônia) seguido de aplicação clínica em condições dolorosas, e de indicação para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e fadiga.

A maioria dos mapas apresentou efeitos positivos, embora a falta de efeitos tenha sido também atribuída em alguns estudos, enquanto efeitos negativos foram relatados raramente. Considerando o número de revisões sistemáticas com efeito potencialmente positivo e segundo

tipo de PICS, nas quatro macro categorias que refletem as dimensões física e metabólica, dimensão da vitalidade, bem-estar e qualidade de vida, dimensão da saúde mental e dimensão da saúde socioambiental e espiritualidade (Figura 1), verificamos claramente quais MTCI/ PICS apresentam maior quantidade de revisões para efetividade clínica com efeito positivo e potencialmente positivo.

Para os efeitos físicos e metabólicos – por exemplo dor – a acupuntura (109 revisões) e as práticas corporais da MTC (75 revisões) representam a maior contribuição. Para qualidade de vida, as práticas corporais da MTC (99 revisões) e o yoga (63 revisões) são os mais expressivos. Para a saúde mental, a meditação (114 revisões) e o yoga (53 revisões) representam as principais indicações. Para saúde socioambiental e espiritualidade, o yoga (19 revisões) e a shantala para crianças (17 revisões) são as maiores contribuições.

Figura 1. Distribuição do número de revisões sistemáticas com efeito positivo e potencialmente positivo dos mapas de evidência nas quatro macro categorias de desfechos clínicos

PICS	=	Dimensão			
		Efeitos Físicos e Metabólicos	Saúde Mental	Vitalidade, Bem-Estar e Qualidade de Vida	Socio Ambiental e Espiritual
Meditação		46	114	57	6
Prática Corporal Chinesa		75	30	99	4
Acupuntura		109	16	9	8
Yoga		59	53	63	19
Plantas Medicinais		57	14	18	
Auriculoterapia		28	8	7	3
Shantala		20	25	31	17
Ozonioterapia		13	3	11	5
Reflexologia		10	6	7	

No Capítulo 9, que apresenta o mapa de evidências sobre plantas medicinais, é possível acompanhar com maior detalhamento o processo de elaboração e apresentação dos resultados para este tipo de desenho de estudo.

Conclusão

Instituições nacionais e internacionais de pesquisa – como o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), o Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Complementares e Integrativas em Saúde (ObservaPICS), o Grupo Temático de Racionalidades Médicas e PICS da Abrasco, a Rede MTCI Américas, a BIREME/OPAS/OMS, o *National Center of Complementary and Integrative Health* do *National Institute of Health* (NCCIH – NIH), a *International Society for Complementary, and Integrative Medicine Research* (ISCMR) e os Consórcios Acadêmicos de Medicina e Saúde Integrativa na América do Norte e Holanda – são fundamentais para orquestrar a produção e a sistematização do conhecimento científico para subsidiar as estratégias internacionais e nacionais nos níveis federal, estadual e municipal, para implementação de políticas e recursos da área de MTCI informados por evidência.

A promoção de uma mudança na cultura de saúde, incorporando recursos tradicionais e complementares de forma aditiva aos sistemas de saúde dentro da proposta integrativa, é um desafio político, social e acadêmico, considerando que deve ser baseado em pesquisas. As práticas de meditação, a acupuntura, as práticas corporais da medicina chinesa, o yoga e as plantas medicinais se destacam dentro do mapeamento de evidências clínicas, realizado com enorme volume de revisões sistemáticas, mostrando os efeitos positivos na redução da depressão, ansiedade, insônia, estresse e no tratamento de problemas metabólicos-inflamatórios crônicos de saúde como é o caso da hipertensão, diabetes e das dores crônicas.

Os Mapas de Evidência da Efetividade Clínica das MTCI/PICS correspondem a uma estratégia de agrupamento como repositório de evidências e de lacunas de evidência que apontam as direções para as necessidades de novas pesquisas.

Atualmente, a grande concentração de investimento em pesquisa está destinada a modelos terapêuticos com alto grau de especialização e recursos tecnológicos de alto custo. Do ponto de vista de investimento é preciso disponibilizar recursos para o desenvolvimento de pesquisas sobre estratégias de cuidado, como as práticas integrativas de baixo custo, que sejam aplicadas na população em uma fase preventiva e promotora

de saúde anterior à cronificação das doenças, assim como na fase de controle dos sintomas de enfermidades crônico-degenerativas e de transtornos crônicos de saúde mental, e na fase de reabilitação.

A reunião e integração de novos mapas de evidência, assim como a constante atualização dos mapas elaborados, incorporando novas publicações na área, representam uma grande contribuição brasileira para o desenvolvimento das medicinas tradicionais, complementares e integrativas baseadas em evidência. A união dos mapas como um banco de dados fornece uma informação valiosa nesse campo para pesquisadores, pacientes, profissionais de saúde e decisores políticos, tal como promovido pela agenda da OMS 2014-2023.

Disponibilidade de dados e materiais

O texto completo está disponível em português, espanhol e inglês e a lista completa dos estudos incluídos é de domínio público, disponível na Biblioteca Virtual de Saúde – <http://mtci.bvsalud.org/en/evidence-map/> e no site do CABSIN: <https://cabsin.org.br/membros/tag/mapas-de-evidencia/>.

Agradecimentos

Os autores gostariam de expressar a sua gratidão aos autores voluntários da BIREME/OPAS/OMS, CABSIN pelo apoio ao desenvolvimento dos Mapas de Evidência e ao painel de peritos técnicos que aconselham o projeto e citar as instituições responsáveis por cada mapa de evidência específico: Acupuntura (Comitê científico do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA), Auriculoterapia (Grupo de pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Práticas Mente e Corpo da MTC (Grupo de Pesquisa em Promoção da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares da Universidade Federal de São Paulo – GPPIC/UNIFESP), Efetividade Clínica das Plantas Medicinais e Fitoterapia (Grupo de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa & Desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – LabPICs/UFRJ), Efetividade Clínica da Prática da Meditação (pesquisadores do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa – CABSIN), Efetividade Clínica da Prática

do Yoga (Grupo de pesquisadores em Yoga da Universidade de São Paulo - USP), Efetividade Clínica da Shantala (Grupo de pesquisadores do Comitê de Pediatria Integrativa do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa - CABSIN), Efetividade Clínica da Reflexologia (Grupo de Pesquisa em Promoção da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares da Universidade Federal de São Paulo - GPPIC/UNIFESP), Efetividade Clínica da Ozonioterapia Bucal (Pesquisadores do Centro de Excelência Prótese Implante da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP) e Ozonioterapia Médica (Sociedade Brasileira de Ozonioterapia Médica - SOBOM), com o apoio da World Federation of Ozone Therapy (WFOT). Em nome dos quatro coordenadores deste projeto, Verônica Abdala, Mariana Cabral Schweitzer, Ricardo Ghelman e Caio Portella, gostaríamos de fazer um reconhecimento especial aos coordenadores dos mapas de evidência específicos Adair Roberto Soares (Auriculoterapia), Hildebrando Sábito (Acupuntura), Carla Holandino (Plantas Medicinais), Bettina Monika Ruppelt (Plantas Medicinais), Danilo Santaella (Yoga), Priscila Duprat (Shantala) e Rosely Cordon (Ozonioterapia Bucal), e aos investigadores especializados que integraram as equipes de cartografia: Adriana Passos Oliveira, Andreia Traina, Beatriz Martins de Sá Hyacienth, Bernardo Coutinho, Dalva C. Laganá, Diogo Silva Martin, Erika Cardoso Pereira, Fernando Farias Fogaça, Gabriela Caires, Jorge Hosomi, José Carlos Tavares, Joseane Costa, Li Shih Min, Lissandra Zanelo, Marcia A. M Capella, Natalia Sofia Aldana, Michele Nonato, Nilo Gardin, Pamela Siegel, Priscila Araujo Duprat de Brito, Renato Murasaki, Rosemeire Rocha Pinto, Rui Ferreira Afonso e Vânia E. C. Bucco.

Referências

1. WHO - World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. WHO traditional medicine strategy 2002-2005 [internet]. [acesso em 20 mar 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163>

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília (DF); 2006. (Série B. Textos básicos de saúde; 91).
3. WHO – World Health Organization. WHO global report on Traditional and Complementary Medicine [internet] 2019. [acesso em 11 maio 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>
4. WHO – World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 [internet] 2014. [acesso em 20 maio 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf;jsessionid=0A20FB0785E80436A384719B0975C4EF?sequence=1
5. Schweitzer MC, Zoboli ELCP. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014;48(spe):184-191. doi:10.1590/S0080-623420140000500026
6. Treister-Goltzman Y, Peleg R. Trends in publications on complementary and alternative medicine in the medical literature. *Journal of Complementary and Integrative Medicine.* 2015;12: 111–115.
7. Reddy B. What’s New in the NCCIH Strategic Plan. *Acupunct.* 2016;17.
8. Academic Consortium for Integrative Medicine & Health [internet]. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: <https://www.imconsortium.org/about/about-us.cfm>
9. Warber SL. Founding the International Society for Complementary Medicine Research. *Evidence-Based Integr. Med.* 2004;1: 223
10. Boletim BIREME/OPAS/OMS. Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa e OPAS firmam Acordo de Cooperação Técnica [internet]. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: <https://boletim.bireme.org/pt/2020/01/04/consorcio-academico-brasileiro-de-saude-integrativa-e-opas-firmam-acordo-de-cooperacao-tecnica/>

11. Ministério da Saúde (BR). Práticas Integrativas e Complementares [internet]. 2020 nov [acesso em 16 mar 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics>
12. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *CADERNOS de Sociologia*. 1995; 7:109-128.
13. Baars EW, Hamre HJ. Whole Medical Systems versus the System of Conventional Biomedicine: A Critical, Narrative Review of Similarities, Differences, and Factors That Promote the Integration Process. *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2017; 1-13.
14. Snilstveit B, Vojtkova M, Bhavsar A, Stevenson J, Gaarder M. Evidence & Gap Maps: A tool for promoting evidence informed policy and strategic research agendas. *J Clin Epidemiol* [internet]. 2016; [acesso em 20 dez 2020].79:120-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.05.015>
15. Evidence and gap maps: a comparison of different approaches [internet]. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: www.campbell-collaboration.org/. doi: <https://doi.org/10.4073/cmdp.2018.2>
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* [internet]. 2009 [acesso em 20 abr. 2020].;6(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
17. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* [internet]. 2017 [acesso em 20 fev 2020];358:1-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
18. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon MP, Griffiths F, Nicolau B, O’Cathain A, Rousseau MC, Vedel I. Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *J Clin Epidemiol*. 2019;111:49-59.e1.

Acupuntura e auriculoterapia: mapa de evidências

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silvaⁱ, Roberta Crevelário de Meloⁱⁱ,
Cintia de Freitas Oliveiraⁱⁱⁱ, Maritsa Carla de Bortoli^{iv},
Laura dos Santos Boeira^v, Jorge Otávio Maia Barreto^{vi}

INTRODUÇÃO

A acupuntura é uma técnica terapêutica milenar, utilizada na China há mais de quatro mil anos e que se difundiu no Brasil a partir da imigração japonesa no século XX¹. Ela faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC), e permite, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, o estímulo preciso de locais anatômicos espalhados por todo o corpo. A acupuntura tem sido indicada tanto para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, quanto para a prevenção de agravos e doenças².

Com princípio semelhante, a acupuntura auricular, também conhecida como auriculoterapia ou auriculopuntura, refere-se à *“técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de impulsos nos pontos energéticos localizados na orelha,”* onde se

-
- i Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva (leehloppes@gmail.com) é obstetritz; especialista em Saúde Coletiva; assistente de Pesquisa no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)
- ii Roberta Crevelário de Melo (rcrevelario11@gmail.com) é gerontóloga; pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologias de Saúde; especialista em Informática em Saúde; assistente de Pesquisa no Instituto de Saúde da SES-SP
- iii Cintia de Freitas Oliveira (cintiaf15@gmail.com) é obstetritz; pós-graduada em saúde coletiva; diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias para o SUS-SP do Instituto de Saúde da SES-SP
- iv Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é nutricionista; doutora em Ciências dos Alimentos – Nutrição Experimental; diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde da SES-SP
- v Laura dos Santos Boeira (laura@veredas.org) é psicóloga; mestra em Bioética; diretora Executiva no Instituto Veredas
- vi Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br, jorgeomaia@hotmail.com) é bacharel em Direito; mestre e doutor em Políticas Públicas; pesquisador em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria de Brasília

realiza o estímulo das zonas neuroreativas por meio de esferas de aço, ouro, prata, plástico, agulhas ou sementes de mostarda³.

MÉTODOS

Em 2019 e 2020, o Instituto de Saúde de São Paulo, em conjunto com a FIOCRUZ Brasília, realizou sete revisões rápidas (RR) em resposta à demanda da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde (CNPICS/DESF/SAPS/MS): Acupuntura e auriculoterapia no tratamento da dor aguda ou crônica em adultos e idosos⁴; Acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica em adultos e idosos⁵; Acupuntura e farmacopuntura no tratamento da asma em adultos e idosos⁶; Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos⁷; Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de diabetes melito tipo 2 em adultos e idosos⁸; Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no controle do tabagismo em adultos e idosos⁹; Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos¹⁰.

Neste capítulo apresentamos um mapa de evidências, elaborado a partir dos resultados dessas RR, para facilitar a visualização do quantitativo de estudos, por intervenções e desfechos. A metodologia para construção do mapa de evidências foi adaptada de *International Initiative for Impact Evaluation* (3ie)¹¹.

As buscas das RR foram realizadas nas seguintes fontes de dados: *Pubmed*, *Portal Regional da BVS*, *Health Systems Evidence*, *Health Evidence*, *Epistemonikos*, *Embase* e *Rx for Change/CADTH - Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. As estratégias de buscas foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave *acupuncture*, *auriculotherapy*, *auriculotherapies*, *ear-acupuncture*, *ear-acupressure* (além das específicas de cada condição de saúde). O processo de seleção das publicações foi realizado com o aplicativo Rayyan QCRI¹², e a avaliação da qualidade metodológica com a ferramenta AMSTAR 2 – *Assessment of Multiple Systematic Reviews*¹³.

Uma diversidade de técnicas de acupuntura e auriculoterapia foi analisada nos estudos, seja como intervenção ou comparador (Glossário).

Glossário. Termos relacionados a acupuntura e auriculoterapia

Acupressão: Aplicação de uma pressão local com os dedos, de maneira leve ou com média intensidade. É uma variação da acupuntura tradicional, entretanto não faz uso de agulhas. Também pode ser feita uma massagem em círculos na pele ou manter pressão constante em pontos específicos¹⁴.

Acupuntura tradicional: Prática da MTC, que promove o equilíbrio energético de pessoas, animais e plantas e, assim, a cura de doenças e a saúde, por meio de estímulo dos meridianos corporais com o uso de agulhas¹⁵.

Acupuntura com aplicação de fio catgut: Variação da acupuntura tradicional, na qual o estímulo dos acupontos é feito com o uso do fio cirúrgico cromado do tipo catgut¹⁶.

Acupuntura placebo: Também denominada de acupuntura *sham*, compreende a aplicação das agulhas fora dos pontos delimitados pela MTC¹⁷.

Acupuntura a laser: Variação da acupuntura tradicional, na qual o estímulo dos acupontos é feito por radiação emitida por lasers de baixa intensidade¹⁸.

Auriculoterapia: Conhecida também como auriculopuntura, é feita com base na estimulação dos pontos energéticos auriculares por meio de esferas de aço, grãos de mostarda ou outros materiais³.

Eletroacupuntura: Variação da acupuntura tradicional, na qual o estímulo dos acupontos é feito por correntes elétricas¹⁸.

Simulação de acupuntura/acupuntura simulada: Técnica na qual se simula a introdução e retirada de uma agulha, como aconteceria na acupuntura tradicional, entretanto o material é um palito guiado por um tubo¹⁹.

RESULTADOS

A seguir, os resultados são apresentados para as seguintes condições clínicas: (1) dor crônica e aguda, (2) hipertensão arterial sistêmica – HAS, (3) asma, (4) obesidade e sobrepeso, (5) diabetes melito tipo 2 – DM2, (6) tabagismo, (7) saúde mental, além da (8) segurança do uso dessas técnicas. Considerando o volume de informações relatadas nas revi-

sões sistemáticas, neste capítulo serão apresentados apenas os resultados que se mostraram favoráveis ou não às práticas de acupuntura. Os dados completos, incluindo os efeitos avaliados como contraditórios ou que não mostraram diferença entre as intervenções, estão disponíveis no mapa de evidências e nos relatórios das RR.

O gráfico do mapa de evidências apresenta uma visão geral dos resultados identificados para todas essas condições de saúde.

Acesse a visualização no formato de mapa de evidências



(1) Acupuntura e auriculoterapia no manejo de dor crônica e aguda

A RR Acupuntura e auriculoterapia no tratamento da dor aguda ou crônica em adultos e idosos⁴ incluiu 18 revisões sistemáticas, todas consideradas de confiança criticamente baixa. Os estudos avaliaram os seguintes desfechos²⁰:

- Dor: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou não.
- Dor aguda: A dor aguda ocorre em um período de até três meses, e tem como finalidade biológica alertar os indivíduos sobre possíveis lesões no corpo.
- Dor crônica: A dor crônica ocorre em um período superior a três meses, e devido à duração mais prolongada tem repercussões físicas e econômicas negativas para indivíduos e sociedade.

Na Tabela 1, a respeito de **lombalgia crônica** observou-se efeito positivo da acupuntura em comparação a uma variedade de intervenções. Por outro lado, massagem, manipulação da coluna vertebral e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) mostraram-se superiores à acupuntura em outros estudos. Os resultados da acupuntura foram positivos no trata-

mento de **lombalgia aguda, dor crônica no joelho, dor crônica em geral e dor de dente**; no entanto, atividade física mostrou-se superior à acupuntura no manejo da dor crônica do joelho. A acupuntura a laser mostrou benefícios para a cefaleia crônica e a eletroacupuntura para a **cervicalgia crônica e dor de dente**. A auriculoterapia foi efetiva no tratamento da **dor crônica de joelho e das costas, dor crônica em geral**.

Tabela 1. Síntese dos efeitos da acupuntura e auriculoterapia no manejo da dor crônica e aguda

Intervenção	Comparador	Resultado
Lombalgia crônica		
Acupuntura	Acupuntura simulada, ausência de tratamento, autocuidado, tratamento padrão e TENS	+
	Massagem, manipulação da coluna vertebral, TENS	-
Lombalgia aguda		
Acupuntura tradicional (ou não especificada)	Acupuntura simulada, placebo, medicamentos	+
Cefaleia crônica		
Acupuntura a laser	Acupuntura placebo	+
Cervicalgia crônica		
Eletroacupuntura	Cuidado usual	+
Dor crônica do joelho		
Acupuntura tradicional (ou não especificada)	Acupuntura simulada, nenhuma intervenção	+
Acupuntura	Atividade física	-
Auriculoterapia	Técnica de relaxamento do treinamento autólogo	+

Dor musculoesquelética crônica		
Acupuntura a laser	Nenhum tratamento, acupuntura placebo / simulação de laser; acupuntura com agulha; acupressão; outras intervenções que não incluam tratamento com laser	+
Dor de dente		
Acupuntura	TENS, lidocaína, sem tratamento, acupuntura de frequências e pontos variados	+
Eletroacupuntura + lidocaína	Outras modalidades de acupuntura	+
Dor crônica em geral		
Acupuntura tradicional (ou não especificada), Auriculoterapia, Acupressão	Acupressão auricular simulada, eletroestimulação auricular simulada, exercício físico, medicina chinesa, eletroacupuntura corporal, acupuntura corporal, terapia nutricional natural, gesso medicinal chinês, auriculoterapia simulada + autocuidado, técnica de relaxamento de treinamento autôgeno	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Oliveira et al. (2019)⁴. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador; TENS – estimulação elétrica nervosa transcutânea.

(2) Acupuntura e auriculoterapia no manejo da hipertensão arterial sistêmica

Na RR Acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica em adultos e idosos⁵ foram incluídas onze revisões sistemáticas, uma classificada como de alta confiança, sete de confiança baixa e três de confiança criticamente baixa. As revisões relataram resultados sobre os desfechos listados abaixo²¹:

- Pressão arterial sistêmica (PA): É a pressão exercida pelo sangue contra a parede das artérias, sendo composta pelas pressões sistólica e diastólica.
- Pressão arterial sistólica (PAS): É o maior valor verificado durante a aferição de pressão arterial, cuja medida marca a contração do

músculo cardíaco quando ele bombeia sangue para o corpo.

- Pressão arterial diastólica (PAD): É o menor valor verificado durante a aferição de pressão arterial, cuja medida marca o momento de repouso entre um batimento e o outro, em que os vasos permanecem abertos para passagem sanguínea.

Na Tabela 2 é possível observar que a acupuntura e a acupressão auricular foram efetivas para o **controle de PA, PAS e PAD**, quando comparada com quase todas as intervenções estudadas. A acupuntura não se mostrou superior a anti-hipertensivos no controle de **PAS**, nem em comparação a medicina ocidental (uso de anti-hipertensivo) e mudança de estilo de vida no controle de **PAD**.

Tabela 2. Síntese dos efeitos da acupuntura e auriculoterapia no manejo da HAS

Intervenção	Comparador	Resultado
Pressão Arterial Sistêmica (PA)		
Acupuntura	Anti-hipertensivos	+
Acupressão auricular	Acupuntura auricular simulada	+
Pressão Arterial Sistólica (PAS)		
Acupuntura	Anti-hipertensivos; inibidores do sistema renina-angiotensina; mudança no estilo de vida; acupuntura simulada	+
Acupuntura	Anti-hipertensivos	-
Acupuntura + anlodipino	Anlodipino	+
Acupuntura + anti-hipertensivos em geral	Anti-hipertensivo; acupuntura simulada; acupuntura simulada mais anti-hipertensivos	+

Acupuntura + anti-hipertensivos em geral + medicina chinesa à base de plantas	Anti-hipertensivo + medicina chinesa à base de plantas	+
Acupuntura + captopril	Captopril	+
Acupuntura + cloridrato de benazepril	Cloridrato de benazepril	+
Acupuntura + exercício físico	Exercício físico	+
Acupuntura + fármacos anti-hipertensivos específicos (cloridrato de benazepril, anlodipino, captopril, nifedipina de liberação prolongada)	Anti-hipertensivos específicos (cloridrato de benazepril, anlodipino, captopril, nifedipina de liberação prolongada)	+
Acupuntura + nifedipina de liberação prolongada	Nifedipina de liberação prolongada	+
Eletroacupuntura	Anti-hipertensivo específico (lotensin®, um inibidor da enzima conversora de angiotensina)	+
Eletroacupuntura + anti-hipertensivo específico (lotensin®, um inibidor da enzima conversora de angiotensina)	Anti-hipertensivo específico (lotensin®, um inibidor da enzima conversora de angiotensina)	+
Pressão Arterial Diastólica (PAD)		
Acupuntura	Anti-hipertensivos em geral; acupuntura simulada + medicina ocidental; bloqueadores de receptores da angiotensina; antagonistas do canal de cálcio; diferentes tecnologias (mudanças no estilo de vida, exercício, acupuntura simulada, nenhum tratamento); nenhum tratamento; acupuntura simulada (placebo)	+

Acupuntura	Medicina ocidental (uso de anti-hipertensivo); mudança de estilo de vida	-
Acupuntura + anti-hipertensivos em geral	Anti-hipertensivos	+
Acupuntura + bloqueadores dos canais de cálcio	Bloqueadores dos canais de cálcio	+
Acupuntura + exercícios	Exercícios	+
Acupuntura + medicina chinesa à base de plantas e anti-hipertensivos	Medicina chinesa à base de plantas e anti-hipertensivos; acupuntura simulada mais anti-hipertensivos	+
Acupuntura + mudanças no estilo de vida	Mudanças no estilo de vida	+
Acupressão + anti-hipertensivos	Anti-hipertensivos	+
Eletroacupuntura	Anti-hipertensivos	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Araújo et al. (2020)⁵. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador.

(3) Acupuntura no manejo da asma

Na RR Acupuntura e farmacopuntura no tratamento da asma em adultos e idosos⁶ foram incluídas cinco revisões sistemáticas, uma classificada como de confiança baixa e as demais como criticamente baixa. Os seguintes desfechos foram analisados, além de eventos adversos:

- Taxa de resposta ao tratamento: Resposta ao tratamento determinada pela melhora dos sintomas físicos ocasionados pela asma (grau de asmático, alteração de PFE ou VEF1, diminuição da frequência de ataque de asma, frequência respiratória, frequência cardíaca e som sibilante)^{22,23}.

- Capacidade vital forçada (CVF): Representa o volume máximo de ar exalado com esforço máximo, a partir do ponto de máxima inspiração²⁴.
- Volume expiratório forçado em um segundo (VEF1): Representa o volume de ar exalado no primeiro segundo durante a manobra de CVF²⁵.
- Razão VEF1/CVF: Razão entre volume expiratório forçado no primeiro segundo e a capacidade vital²⁵.
- Pico de fluxo expiratório (PFE): Representa o fluxo máximo de ar durante a manobra de CVF²⁵.

Observa-se na Tabela 3 que a maioria das revisões analisou os efeitos da farmacopuntura no manejo da asma. A acupuntura associada ao tratamento farmacológico e a farmacopuntura, isoladamente ou associada à terapia convencional, mostraram efeitos positivos para todos os desfechos analisados: taxa de resposta ao tratamento da asma, melhora da capacidade vital forçada, volume expiratório forçado em um segundo, razão VEF1/CVF e pico de fluxo expiratório.

Tabela 3. Síntese dos efeitos da acupuntura e farmacopuntura no manejo da asma

Intervenção	Comparador	Resultado
Taxa de resposta ao tratamento		
Acupuntura + tratamento farmacológico	Tratamento farmacológico (salbutamol; broncodilatador mais corticosteroides e antibióticos; xinafoato de salmeterol e propionato de fluticasona; dipropionato de beclometasona mais teofilina; sulfato de terbutalina)	+
Farmacopuntura	Tratamento convencional (terbutalina; glicocorticoide + aminofilina, modulação da acidez e oxigenioterapia; dipropionato de beclometasona + salbutamol; terbutalina + anti-inflamatório, espasmólise, alívio da dispneia e eliminação de escarro)	+

Farmacopuntura Chuankezhi + terapia convencional	Terapia convencional (antitussígeno, eliminação de escarro, anti-inflamatório e antialérgico)	+
Farmacopuntura Haqing + terapia convencional	Terapia convencional (glicocorticoide, aminofilina, modulação da acidez, oxigênio); tratamento farmacológicos (terbutalina; fluticasona, salmeterol e propionato de fluticasona)	+
Capacidade vital forçada (CVF)		
Farmacopuntura	Teofilina e cetotifeno	+
Farmacopuntura + tratamento convencional	Tratamento convencional (terbutalina; glicocorticoide + aminofilina, modulação de acidez e oxigênio; dipropionato de beclometasona + salbutamol; terbutalina + {anti-inflamatório, espasmólise, alívio da dispneia e eliminação de escarro})	+
Farmacopuntura Huangqi + dipropionato de beclometasona e salbutamol	Dipropionato de beclometasona + salbutamol	+
Farmacopuntura Huangqi + terbutalina	Terbutalina	+
Capacidade vital forçada (CVF)		
Farmacopuntura	Teofilina e cetotifeno	+
Farmacopuntura + tratamento convencional	Tratamento convencional (terbutalina; glicocorticoide + aminofilina, modulação de acidez e oxigênio; dipropionato de beclometasona + salbutamol; terbutalina + anti-inflamatório, espasmólise, alívio da dispneia e eliminação de escarro)	+
Farmacopuntura Huangqi + dipropionato de beclometasona e salbutamol	Dipropionato de beclometasona + salbutamol	+
Farmacopuntura Huangqi + terbutalina	Terbutalina	+

Volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1)		
Acupuntura + tratamento farmacológico (Fase aguda da doença)	Tratamento farmacológico (salbutamol; broncodilatador mais corticosteroides e antibióticos; xinafoato de salmeterol e propionato de fluticasona; dipropionato de beclometasona mais teofilina; sulfato de terbutalina)	+
Farmacopuntura isolada ou combinada a cuidados habituais	Cuidados habituais + placebo, teofilina e cetotifeno, ervas chinesas	+
Farmacopuntura Chuankezhi + terapia convencional	Terapia convencional (oxigênio, antibióticos, antiespasmódico, antitussígeno, expectorante, correção do desequilíbrio de líquidos e eletrólitos)	+
Farmacopuntura Huangqi + terapia convencional	Terapia convencional (oxigênio, antibióticos, hormônios, antiespasmódicos, antitussígeno, expectorante, correção de desequilíbrio de líquidos e eletrólitos)	+
Farmacopuntura Huangqi + terbutalina	Terbutalina	+
Farmacopuntura Huangqi + dipropionato de beclometasona e salbutamol	Dipropionato de beclometasona + salbutamol	+
Razão VEF1/CVF		
Farmacopuntura	Placebo + cuidados habituais	+
Farmacopuntura + cuidados habituais	Cuidados habituais e Placebo + cuidados habituais	+
Farmacopuntura Chuankezhi + terapia convencional)	Terapia convencional (anti-inflamatório, espasmólise, alívio da dispneia e eliminação do escarro)	+

Pico de fluxo expiratório (PFE)		
Farmacopuntura Huangqi + terbutalina	Terbutalina	+
Farmacopuntura + terapia convencional	Terapia convencional (oxigênio, antibióticos, antiespasmódico, antitussígeno, expectorante, correção de desequilíbrio de líquidos e eletrólitos, hormônios; terbutalina; glicocorticoide, aminofilina; modulação da acidez e oxigênio; dipropionato de beclometasona, salbutamol; alívio da dispneia e eliminação de escarro)	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Melo et al. (2020)6. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador.

(4) Acupuntura e auriculoterapia no manejo de obesidade e sobrepeso

A RR Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos⁷ incluiu onze revisões sistemáticas, quatro de baixa confiança e oito de confiança criticamente baixa. Os seguintes desfechos e eventos adversos foram analisados:

Controle do peso corporal: caracterizado pela perda ou manutenção do peso corporal a fim de proporcionar benefícios para a saúde²⁶.

IMC: Parâmetro de classificação de obesidade e/ou massa corporal que indica se o peso está dentro da faixa ideal (entre 18,5 e 24,9), abaixo (<18,5) ou acima (sobrepeso – entre 25 e 29,9; obesidade – igual ou acima de 30) do indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁷.

A acupuntura e suas modalidades, aplicadas isoladamente ou em combinação a outras intervenções, mostraram efeitos positivos no **controle de obesidade e sobrepeso**, avaliado por meio de diversos desfechos, conforme ilustrado na Tabela 4. Apenas uma revisão apontou que não houve diferença nos resultados de auriculoterapia comparada à acupuntura auricular simulada ou nenhum tratamento quanto à **redução da circunferência do quadril**.

Tabela 4. Síntese dos efeitos da acupuntura e auriculoterapia no manejo de obesidade e sobrepeso

Intervenção	Comparador	Resultado
Controle do peso corporal		
Acupuntura	Terapias relacionadas como Tianshu, Weidao, Zhongwan, Shuifen, Guanyuan entre outras	+
Acupuntura a laser	Acupuntura simulada a laser	+
Acupuntura + acupressão auricular	Tratamento com ervas	+
Acupuntura com aplicação de fios de sutura catgut ou poli	Acupuntura simulada	+
Acupuntura com aplicação catgut + eletroacupuntura	Eletroacupuntura	+
Acupuntura; Acupuntura + mudança no estilo de vida	Acupuntura simulada; mudança no estilo de vida; acupuntura simulada + mudança no estilo de vida	+
Acupuntura + mudança no estilo de vida	Mudança no estilo de vida, Acupuntura simulada + mudança no estilo de vida	+
Acupuntura + terapias relacionadas (Tianshu, Weidao, Zhongwan, Shuifen, Guanyuan, entre outras)	Placebo, mudança no estilo de vida	+
Acupressão auricular	Acupressão simulada, exercício aeróbico, educação alimentar e adesivo sem semente	+
Auriculoterapia	Acupuntura simulada, auriculoterapia simulada, eletroestimulação, adesivo auricular sem semente ou nenhum tratamento, placebo e sem acupressão	+
Auriculoterapia + dieta	Dieta	+

Auriculoterapia + dieta + exercício	Dieta + exercício	+
Auriculoterapia + eletroacupuntura	Nenhuma intervenção, acupuntura simulada, regime alimentar	+
Redução do IMC		
Acupuntura	Nenhum tratamento, acupuntura simulada	+
Acupuntura com aplicação de fio catgut	Acupuntura simulada	+
Acupuntura com aplicação de fio catgut + eletroacupuntura	Eletroacupuntura	+
Acupuntura + dieta	Acupuntura simulada + dieta	+
Acupuntura + dieta + exercícios	Dieta + exercícios	+
Acupuntura + terapias relacionadas (Tianshu, Weidao, Zhongwan, Shuifen, Guanyuan, entre outras)	Mudanças do estilo de vida, placebo	+
Acupuntura; eletroacupuntura + acupuntura a laser; acupuntura + dieta + exercícios; acupuntura + exercícios	Acupuntura simulada/placebo; acupuntura a laser; dieta mais exercícios; exercícios; nenhum tratamento	+
Acupressão auricular	Acupuntura simulada/placebo; acupuntura a laser; dieta mais exercícios; exercícios; nenhum tratamento	+
Auriculoterapia	Acupressão simulada; educação alimentar; educação alimentar + exercícios; adesivo + educação alimentar; dieta calórica reduzida ou nenhum tratamento	+
Eletroacupuntura auricular	Auriculoterapia simulada	+

Redução da gordura corporal		
Acupuntura a laser comparada	Acupuntura a laser simulada	+
Acupressão auricular	Acupressão simulada; educação alimentar; educação alimentar + exercícios; adesivo + educação alimentar; dieta calórica reduzida; nenhum tratamento	+
Auriculoterapia	Acupuntura auricular simulada ou nenhum tratamento	+
Redução da circunferência da cintura		
Acupuntura	Acupuntura simulada, nenhum tratamento	+
Acupuntura a laser	Acupuntura a laser simulada	+
Acupuntura com aplicação de fio catgut + eletroacupuntura	Eletroacupuntura	+
Acupuntura + dieta + exercícios	Dieta + exercícios	+
Acupuntura; acupuntura + dieta + exercícios; acupuntura + exercício	Acupuntura simulada; exercícios; dieta + exercícios ou nenhum tratamento	+
Acupressão auricular	Educação alimentar; educação alimentar + dieta + exercícios; adesivo + educação alimentar; acupressão simulada + dieta calórica reduzida; nenhum tratamento	+
Auriculoterapia	Auriculoterapia simulada; nenhum tratamento	+
Eletroacupuntura auricular	Auriculoterapia simulada	+
Redução da circunferência do quadril		
Acupuntura a laser	Acupuntura a laser simulada	+
Auriculoterapia	Acupuntura auricular simulada, nenhum tratamento	+
	Acupuntura auricular simulada ou nenhum tratamento	-

Diminuição da relação das circunferências cintura-quadril		
Acupuntura a laser	Acupuntura simulada a laser	+
Melhora da obesidade		
Acupuntura	Lista de espera	+
Acupuntura + acupressão auricular	Lista de espera	+
Eletroacupuntura auricular	Acupuntura simulada	+
Eletroacupuntura + acupressão auricular	TENS	+
Remissão da obesidade		
Acupuntura	Dieta	+
Acupuntura + dieta	Dieta	+
Acupuntura com aplicação de fio catgut + eletroacupuntura + acupressão auricular + dieta	Dieta	+
Redução da gravidade do quadro de obesidade		
Acupuntura	Sibutramina de 10 mg/dia	+
Acupuntura auricular + acupressão auricular	Acupuntura simulada	+
Auriculoterapia + dieta	Dieta	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Melo et al. (2020)⁷. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador. IMC – índice de massa corporal; TENS – estimulação elétrica nervosa transcutânea.

(5) Acupuntura e auriculoterapia no manejo de diabetes melito tipo 2

Na RR Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de diabete melito tipo 2 em adultos e idosos⁸ foi identificada apenas uma revisão sistemática, avaliada como de baixa confiança, que analisou os desfechos abaixo²⁸:

- Controle da glicemia em jejum (unidades mmol/ l): avalia a diminuição ou controle da glicemia em jejum em pessoas com diabetes.
- Glicemia duas horas depois de um teste de tolerância à glicose (2h BG): é um teste indicado para avaliar os níveis de glicose no sangue, para diagnóstico de pessoas com diabetes ou com estados hipoglicêmicos.
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): Conhecida também como hemoglobina glicada, é uma forma de hemoglobina medida especialmente com o propósito de identificar a concentração média de glicose no plasma em três meses.

Na Tabela 5 é possível observar que houve controle de **glicemia em jejum, glicemia duas horas depois de um teste de tolerância à glicose e hemoglobina glicosilada**, com o uso de modalidades variadas de acupuntura, isoladamente ou associada a outras intervenções, em comparação a cuidado usual ou acupuntura simulada.

Tabela 5. Síntese dos efeitos da acupuntura e auriculoterapia no manejo de diabetes melito tipo 2

Intervenção	Comparador	Resultado
Glicemia em jejum (unidades mmol/ l)		
Acupuntura auricular + cuidado usual	Cuidado usual	+
Acupuntura com aplicação de fio catgut + cuidado usual	Cuidado usual	+

Acupuntura da medicina tradicional chinesa + acupuntura abdominal + cuidado usual	Cuidado usual e acupuntura simulada	+
Eletroacupuntura + acupuntura auricular + cuidado usual	Cuidado usual	+
Terapias de acupuntura + cuidado usual	Acupuntura simulada ou cuidados usuais	+
Glicemia duas horas depois de um teste de tolerância à glicose (2h BG)		
Acupuntura auricular + cuidado usual	Cuidado usual	+
Acupuntura da medicina tradicional chinesa + acupuntura abdominal + cuidado usual	Cuidado usual	+
Acupressão + cuidado usual	Cuidado usual	+
Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c})		
Acupuntura auricular + cuidado usual)	Cuidado usual	+
Acupuntura da medicina tradicional chinesa + cuidado usual	Cuidado usual	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Silva et al. (2020)⁸. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador.

(6) Acupuntura e auriculoterapia no manejo de tabagismo

A RR Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no controle do tabagismo em adultos e idosos⁹ incluiu seis revisões sistemáticas, uma de

confiança alta e as demais de confiança criticamente baixa. Os seguintes desfechos foram analisados:

- Cessação do tabagismo: refere-se ao abandono temporário ou permanente do hábito de fumar²⁹.
- Consumo diário de cigarros: caracterizado pela quantidade de cigarros consumidos em um dia²⁹.
- Índice de tabagismo: corresponde ao índice de peso do tabagismo (*HSI – Heaviness of Smoking Index*), sendo um teste com a finalidade de medir a dependência de nicotina por meio de duas perguntas do Questionário de tolerância de Fagerstrom e do Teste de Fagerstrom para dependência de nicotina (FTND)³⁰.
- Exposição ao cigarro: pode ser compreendida como exposição à fumaça do cigarro por meio do fumo passivo³¹.
- Dependência de nicotina e tabaco: medidas por meio do FTND e da Escala de autoavaliação para dependência de tabaco²⁹.
- Taxa e sintomas de abstinência de nicotina: correspondem as medidas sobre o tempo sem contato com a nicotina, e os sintomas que surgiram nesse período, medidos por meio de FTND, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)²⁹.
- Humor de fumantes que desejam parar de fumar: investigado por meio de BDI e BAI²⁹.

As revisões avaliaram os efeitos das intervenções de acupuntura, auriculoterapia, acupressão auricular e terapias combinadas (Tabela 6). A maioria dessas comparações apresentou resultados positivos favoráveis à acupuntura na **cessação do tabagismo**. Entretanto, com relação à **cessação do tabagismo em longo prazo**, a acupuntura não se mostrou superior na comparação com a terapia em grupo. A acupuntura também não apresentou resultados melhores do que a terapia de reposição de nicotina com relação aos desfechos **consumo diário de cigarro, índice de tabagismo, exposição ao cigarro e dependência de nicotina e tabaco**.

Tabela 6. Síntese dos efeitos da acupuntura e auriculoterapia no manejo de tabagismo

Intervenção	Comparador	Resultado
Cessação do tabagismo		
Acupuntura	Acupuntura simulada, goma de mascar de nicotina, hipnose, terapia em grupo e terapia individual	+
Acupuntura, Auriculoterapia ou Acupressão auricular	Auriculoterapia simulada; acupuntura simulada mais auriculoterapia; eletroacupuntura; eletroacupuntura simulada; hipnose; lista de espera; terapia comportamental; conselho; psicoterapia mais ilustrações; nenhum tratamento)	+
Cessação do tabagismo em curto prazo (3 meses)		
Acupressão	Acupressão simulada, lista de espera ou nenhuma intervenção	+
Acupressão auricular em pontos específicos para cessação do tabagismo	Acupressão auricular em pontos não específicos	+
Acupuntura	Acupuntura simulada, medicamento placebo, cigarreira com dispositivo temporizador e, lista de espera ou nenhuma intervenção	+
Acupuntura + acupressão auricular	Acupuntura ou acupressão auricular	+
Acupuntura + aconselhamento ou programa educacional para parar de fumar ou moxabustão	Acupuntura	+
Auriculoterapia	Auriculoterapia simulada	+
Cessação do tabagismo em médio prazo (6 meses)		
Acupuntura	Acupuntura simulada, goma de mascar de nicotina, hipnose, terapia em grupo e terapia individual; acupuntura + aconselhamento ou programa educacional para parar de fumar ou moxabustão	+

Acupuntura + acupressão auricular	Acupuntura simulada + acupressão auricular simulada	+
Auriculoterapia	Nenhum tratamento	+
Cessação do tabagismo em longo prazo (12 meses)		
Acupressão	Lista de espera ou nenhuma intervenção	+
Acupressão auricular em pontos específicos para cessação do tabagismo	Acupressão auricular em pontos não específicos	+
Acupuntura	Acupuntura simulada; acupuntura simulada, goma de mascar de nicotina, hipnose, terapia em grupo e terapia individual; terapia em grupo; cigarreira com dispositivo temporizador; lista de espera ou nenhuma intervenção	+
	Terapia em grupo	-
Acupuntura + auriculoterapia	Medicamento placebo	+
Auriculoterapia	Lista de espera ou nenhum tratamento	+
Consumo diário de cigarro, �ndice de tabagismo e exposição ao cigarro		
Acupuntura	Acupuntura simulada, lista de espera ou nenhuma intervenção, acupuntura simulada + acupressão auricular simulada	+
	Terapia de reposição de nicotina	-
Acupuntura + acupressão auricular	Acupressão auricular	+
Dependência de nicotina e tabaco		
Acupuntura	Terapia de reposição de nicotina	-
Acupuntura + acupressão auricular	Acupuntura simulada + acupressão auricular simulada, Acupuntura ou acupressão auricular	+

Taxas e sintomas de abstinência de nicotina		
Auriculoterapia	Acupuntura, aconselhamento	+
Taxa de abandono de tratamento		
Acupuntura + acupressão auricular	Acupuntura simulada + acupressão auricular simulada	+
Humor de fumantes que desejam parar de fumar		
Acupuntura	Acupuntura simulada	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Melo et al. (2020)⁹. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador.

(7) Acupuntura e auriculoterapia no manejo de saúde mental

A RR Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos¹⁰ incluiu treze revisões sistemáticas, duas de confiança moderada, uma de confiança baixa e dez criticamente baixa, que analisaram os seguintes desfechos e eventos adversos:

- Melhora da ansiedade: avaliada por meio da taxa de melhora da ansiedade, sendo utilizados as Escala de Ansiedade de Hamilton, Escala de Autoavaliação de Ansiedade e Inventário de ansiedade^{32,33}.
- Remissão dos sintomas de depressão: refere-se à diminuição dos sintomas de depressão medida em algumas comparações por meio das Escalas de Depressão de Hamilton^{34,35}.
- Redução dos sintomas ou melhora da taxa de resposta ao tratamento de depressão: constitui-se diminuição dos sintomas e melhora do quadro de depressão avaliadas por meio das Escala de Depressão de Hamilton^{33,36,37}, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Autoavaliação de Depressão³³, Escala de Impressão Clínica Global, Escala de Avaliação Global, Escala de Melancolia Beck Rafaelsen³⁶, Escala de avaliação da depressão de Montgomery-Asberg³⁷ e Escala de Pontuação de Defeitos da Função Nervosa do Índice de Barthel³³.

- Redução da gravidade da depressão: avaliada pela melhora dos eventos de depressão e medida no final da intervenção como uma variável contínua em escalas de autoclassificação, como o Inventário de Depressão de Beck, ou em escalas avaliadas por médicos, como a Escala de Classificação da Depressão Hamilton³⁸.
- Taxas de recidiva ou recaída do tratamento de depressão: refere-se ao reaparecimento de sintomas ou episódios relacionados a depressão depois de um certo tempo de tratamento^{36,39}.
- Redução do abandono de tratamento em pessoas com depressão: definido como falha na conclusão do tratamento, incluindo o número de indivíduos que desistiram antes da conclusão do estudo e as razões para o abandono precoce³⁸.

Na Tabela 7 nota-se que os resultados foram favoráveis à acupuntura e suas modalidades, utilizadas isoladamente ou associadas a outras intervenções, em **todos os desfechos analisados**. Com relação à **taxa de melhora da ansiedade**, a acupuntura isoladamente ou associada a outras intervenções mostrou-se inferior à dessensibilização comportamental e ao flupentixol e melitraceno. Acupuntura foi inferior à acupuntura simulada, e acupuntura associada à fitoterapia chinesa inferior à fluoxetina, na **redução dos sintomas ou na melhora da taxa de resposta ao tratamento de depressão**. A associação da eletroacupuntura à paroxetina em comparação à paroxetina apenas não foi superior na redução da **gravidade da depressão**.

Tabela 7. Síntese dos efeitos da acupuntura e auriculoterapia no manejo de saúde mental

Intervenção	Comparador	Resultado
Taxa de melhora da ansiedade		
Acupuntura	Acupuntura simulada	+

Acupuntura + dessensibilização comportamental	Dessensibilização comportamental	-
Acupuntura + flupentixol e melitraceno	Flupentixol e melitraceno	-
Auriculoterapia	Auriculoterapia simulada	+
Auriculoterapia + tratamento habitual	Tratamento habitual	+
Remissão dos sintomas de depressão		
Auriculoterapia	Nenhum tratamento	+
Auriculoterapia + outros tratamentos	Outros tratamentos (tratamento de rotina e enfermagem; melitraceno - deanxit; medicina ocidental; comprimidos de cloridrato de sertralina)	+
Auriculoterapia por estimulação transcutânea do nervo vago	Outros tratamentos (tratamento de rotina e enfermagem; melitraceno - deanxit; medicina ocidental; comprimidos de cloridrato de sertralina)	+
Redução dos sintomas ou na melhora da taxa de resposta ao tratamento de depressão		
Acupuntura	Acupuntura simulada	+
Acupuntura	Acupuntura simulada	-
Acupuntura manual + tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso	+
Acupuntura ou eletroacupuntura específica para depressão	Acupuntura inespecífica	+
Eletroacupuntura	Antidepressivos (fluoxetina, escitalopram, fluoxetina e terapia de reposição hormonal)	+
Eletroacupuntura + fluoxetina	Fluoxetina	+

Redução dos sintomas ou melhora da taxa de resposta ao tratamento de depressão avaliados por uma variedade de instrumentos		
Acupuntura	Fluoxetina e escitalopram	+
Acupuntura manual	Paroxetina	+
Acupuntura + anti-depressivos	Antidepressivos (fluoxetina, paroxetina, mianserina, seroxat, inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina), antidepressivos (não específica)	+
Acupuntura + fitoterapia chinesa	Fluoxetina	-
Acupuntura + inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Inibidores seletivos da recaptação da serotonina	+
Acupuntura + mianserina	Acupuntura simulada ou mianserina	+
Acupuntura + tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso	+
Acupuntura e eletroacupuntura + paroxetina	Paroxetina	+
Acupuntura e eletroacupuntura + seroxat	Seroxat	+
Auriculoterapia	Auriculoterapia simulada, Estimulação transcutânea do nervo vago, Tratamento farmacológico (Fluoxetina, melitraceno, terapia de reposição hormonal com fluoxetina, escitalopram); Fluoxetina + terapia de reposição hormonal em mulheres na menopausa	+
Auriculoterapia + outras terapias (sertralina, cuidado emocional, tratamento de rotina com enfermagem)	Outras terapias (sertralina, cuidado emocional, tratamento de rotina com enfermagem)	+

Eletroacupuntura	Antidepressivos (fluoxetina, escitalopram, fluoxetina e terapia de reposição hormonal), Amitriptilina, paroxetina	+
Eletroacupuntura + fluoxetina	Fluoxetina	+
Redução da gravidade da depressão durante período de tratamento		
Acupuntura	Tratamento habitual, lista de espera e nenhum tratamento	+
Acupuntura a laser	Acupuntura simulada	+
Eletroacupuntura	Fluoxetina	+
Redução da gravidade da depressão ao final do tratamento		
Acupuntura	Acupuntura simulada invasiva, Fluoxetina, tratamento habitual, lista de espera e nenhum tratamento	+
Acupuntura a laser	Acupuntura simulada não invasiva	+
Eletroacupuntura + fluoxetina	Fluoxetina	+
Eletroacupuntura + paroxetina	Paroxetina	-
Taxas de recidiva ou recaída do tratamento de depressão		
Acupuntura	Fluoxetina	+
Redução do abandono de tratamento em pessoas com depressão		
Acupuntura	Aconselhamento terapêutico	+

Fonte: elaboração própria, adaptada de Araújo et al. (2020)¹⁰. Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador.

(8) Segurança das práticas de acupuntura e auriculoterapia

A segurança das intervenções foi avaliada para diferentes técnicas da acupuntura. No tratamento da **dor crônica e ou aguda**, houve relatos de eventos adversos da acupuntura como hematomas e sangramentos le-

ves em casos de lombalgia e piora dos sintomas em pacientes com dor cervical crônica⁴. Eventos adversos como dor, sangramento, dor de cabeça, síncope, tontura, desconforto, tosse, palpitações, edema do tornozelo e vertigem temporária foram relatados com o uso de acupuntura no tratamento da **hipertensão arterial sistêmica**. Também foram relatados eventos adversos graves, como urgências hipertensivas e insuficiência cardíaca congestiva⁵. Em relação ao manejo do **tabagismo**, houve relato de sangramento leve, hematoma infrequente após a remoção da agulha, desmaio, dor, choro e cefaleia, com o uso da eletroacupuntura. Em relação a auriculoterapia foram identificados aumento da sensibilidade local, tontura, náusea, orelhas doloridas, aumento da sensibilidade ao redor de agulhas residuais, hematomas, inchaço facial, cefaleia, vômito, euforia e sangramento leve. Por fim, com a acupressão, os eventos registrados foram alergia cutânea à fita adesiva, coceira ou dor de ouvido e desconforto devido a grânulos na orelha⁹. Eventos adversos de acupuntura, eletroacupuntura e auriculoterapia, utilizados para controle de **depressão e ansiedade**, incluíram náusea, tontura, desconforto local, dores, sangramento, hematomas, contusões locais, sensibilidade ou dor na inserção da agulha, palpitações, boca seca, fadiga transitória e prolongada e inaptidão física. Também houve relato de redução de eventos adversos dos antidepressivos com o uso da acupuntura e da eletroacupuntura¹⁰. No tratamento da **asma**, foram observados vermelhidão na pele, inchaço e dor no local de aplicação⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das sete RR apresentadas neste capítulo, e no mapa de evidências gerado a partir dessas informações, fornecem elementos importantes para a promoção das práticas integrativas e complementares nos equipamentos de saúde.

Em suma, foram observados efeitos positivos da **acupuntura** em suas diversas modalidades no manejo da **dor crônica e aguda** (cefaleia, dor cervical, dor de dente, dor no joelho, lombalgia); na melhora da **asma** em suas avaliações da capacidade pulmonar; no manejo de **diabetes**

melito tipo 2, com controle de parâmetros laboratoriais; no manejo de **obesidade e sobrepeso** com melhora de diversas medições corporais, redução da gravidade e remissão da obesidade; controle da pressão arterial em participantes com **doenças cardiovasculares**, redução de transtornos depressivos no manejo da **saúde mental**; melhora na cessação do **tabagismo** e taxa de abandono ao tratamento.

A **auriculoterapia** mostrou-se efetiva para dor crônica, dor nas costas e no joelho, controle de parâmetros laboratoriais em casos de DM2 e de obesidade, transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e abstinência de nicotina.

Em relação à **segurança**, de modo geral, foram relatados apenas eventos adversos leves, com exceção de alguns relatos de casos graves no tratamento de HAS.

Por fim, é importante registrar as **limitações metodológicas** observadas tanto nas revisões sistemáticas quanto nos estudos primários analisados nessas revisões, indicando a necessidade de se promover a realização de estudos com melhor padronização das técnicas utilizadas, tempo de seguimento e desfechos analisados, bem como maior transparência das informações sobre as características dos participantes e condições clínicas avaliadas.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos PRO. Acupuntura como forma de tratamento no sistema único de saúde. *Fag Journal of Health (FJH)*, 2019; 1(2), 48-54.
2. Ministério da Saúde (BR). Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília (DF); 2018.
3. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília (DF); 2015.
4. Oliveira CF, Mustapha RSD, Luquine Júnior CD, Silva LALBD, Araújo BC, Melo RC. et al. Acupuntura e auriculoterapia no tratamento

da dor aguda ou crônica em adultos e idosos: Qual a eficácia/efetividade e segurança de acupuntura e da auriculoterapia para o tratamento da dor aguda ou crônica em adultos e/ou idosos? Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2019.

5. Araújo BC, Silva LALBD, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS. et al. Acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de HAS em adultos e idosos. Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2020.
6. Melo RC, Araújo BC, Silva LALBD, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS. et al. Acupuntura e farmacopuntura no tratamento da asma em adultos e idosos. Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2020.
7. Melo RC, Araújo BC, Silva LALBD, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS. et al. Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos: Qual é a eficácia/efetividade e a segurança da acupuntura, auriculoterapia e acupressão para o tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e/ou idosos? Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2020.
8. Silva LALBD, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS. et al. Acupuntura e auriculoterapia no tratamento de diabetes melito tipo 2 em adultos e idosos: qual é a eficácia/efetividade e a segurança da acupuntura e da auriculoterapia para o tratamento de diabetes melito tipo 2 (DM2) em adultos e/ou idosos? Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2020.
9. Melo RC, Araújo BC, Silva LALBD, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS. et al. Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no controle do tabagismo em adultos e idosos: Qual é a eficácia e a segurança da acupuntura, da auriculoterapia e da acupressão na cessação do tabagismo em adultos e/ou idosos? Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2020.
10. Araújo BC, Silva LALBD, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS. et al. Acupuntura e auriculoterapia no tratamento da ansiedade e depressão em adultos e idosos. Brasília: Fiocruz, Instituto de Saúde; 2020.
11. Snilstveit, B, Bhatia, R, Rankin, K and Leach, B. 3ie evidence gap maps: a starting point for strategic evidence production and use, 3ie Working Paper 28. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie); 2017.

12. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*; 2016.
13. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*; 2017.
14. Mafetoni RR, Shimo AKK. O uso da acupressão para evolução do trabalho de parto e alívio da dor. *Cogitare Enfermagem*; 2013;18(2):365-71.
15. Correia DS, Cardoso GMC, Taveira MGMM, Duarte EM, Souza GDF. Inserção da acupuntura no ensino médico: revisão sistemática das experiências brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2021;45(1):e010.
16. Garcia-Vivas JM, Galaviz-Hernandez C, Becerril-Chavez F, Lozano-Rodriguez F, Zamorano-Carrillo A, Lopez-Camarillo C et al. Acupoint catgut embedding therapy with moxibustion reduces the risk of diabetes in obese women. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*; 2014;19(7):610.
17. Carlos LJJ, Cruz Lóris AP, Leopoldo VC, Campos FR, Almeida AM, Silveira RCCP. Effectiveness of Traditional Chinese Acupuncture versus Sham Acupuncture: a Systematic Review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2762.
18. Chon TY, Mallory MJ, Yang J, Bublitz SE, Do A, Dorsher PT. Laser acupuncture: a concise review. *Medical acupuncture*. 2019;31(3):164-8.
19. Margo, K. Simulated acupuncture and real acupuncture both reduced low back pain dysfunction and symptoms. *Evidence-based medicine*. 2009;14(6):179.
20. Vasconcelos FH, Araujo GC. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. *BrJP*. 2018;1(2):176-9.
21. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica. Superintendência de planejamento em saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Santa Catarina: 2019.
22. Bang M, Chang S, Kim JH, Mina SY. Pharmacopuncture for asthma: A systematic review and a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Integrative Medicine*. 2017;11:6-17.

23. Shen FY, Lee MS, Jung SK. Effectiveness of pharmacopuncture for asthma: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011; 2011:678176.
24. Pereira CAC. Espirometria. *J Pneumol.* 2002;28(3).
25. Trindade AM, Sousa TLF, Albuquerque ALP. A interpretação da espirometria na prática pneumológica: até onde podemos avançar com o uso dos seus parâmetros? *Pulmão RJ;* 2015;24(1):3-7.
26. Yeh TL, Chen HH, Pai TP et al. The Effect of Auricular Acupoint Stimulation in Overweight and Obese Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2017:1-16.
27. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. *Rev Bras Med Esporte.* 2010;16(2):90-4.
28. Chen C, Liu J, Sun M, Liu W, Han J, Wang H. Acupuncture for type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract.* 2019;36:100-12.
29. Wang JH, van Haselen R, Wang M, Yang GL, Zhang Z, Friedrich ME et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. *Tob Induc Dis.* 2019;17:48.
30. National Institute on Drug Abuse. Heaviness of Smoking Index. 2006.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
32. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Cummings M, Richardson J. Acupuncture for anxiety and anxiety disorders: a systematic literature review. *Acupuncture in Medicine.* 2007;25(1-2):1-10.
33. Zhang ZX, Li CR, Rong PJ, Bai ZH, Hill AM, Jing Q et al. Efficacy and Safety of Auricular Therapy for Depression. *Medical Acupuncture.* 2016;28(5):256-67.
34. Sorbero ME, Reynolds K, Colaiaco B, Lovejoy SL, Farris C, Vaughan CA. et al. Acupuncture for Major Depressive Disorder: A Systematic Review. *Rand Health Q.* 2016;5(4):7.

35. Smith CA, Armour M, Lee MS, Wang LQ, Hay PJ. Acupuncture for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD004046.
36. Mukaino Y, Park J, White A, Ernst E. The effectiveness of acupuncture for depression--a systematic review of randomised controlled trials. *Acupunct Med.* 2005;23(2):70-6.
37. Ye J, Cheung WM, Tsang HWH. The Neuroscience of Nonpharmacological Traditional Chinese Therapy (NTCT) for Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*; 2019. 13p.
38. Smith CA, Armour M, Lee MS, Wang LQ, Hay PJ. Acupuncture for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD004046.
39. Di YM, Yang L, Shergis JL, Zhang AL, Li Y, Guo X. et al. Clinical evidence of Chinese medicine therapies for depression in women during perimenopause and menopause. *Complementary Therapies in Medicine.* 2019;47:102071.

Meditação e *mindfulness*: mapa de evidências

Bruna Carolina de Araújoⁱ, Taís Rodrigues Tesserⁱⁱ, Laís de Moura Milhomensⁱⁱⁱ,
Marcio Sussumu Hirayama^{iv}, Tereza Setsuko Toma^v,
Laura dos Santos Boeira^{vi}, Jorge Jorge Otávio Maia Barreto^{vii}

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, meditação e *mindfulness* deixaram de ser apenas práticas místicas ou religiosas e se tornaram objetos de estudo dos mais populares em áreas diversas como psicologia, psiquiatria, medicina, neurociência e educação. A presença nas pesquisas científicas foi acompanhada de ampla aplicação dessas práticas como recurso pedagógico, de promoção da saúde, psicoterapia, além de serem consideradas abordagens de desenvolvimento de bem-estar em empresas, de desempenho em atletas ou de resiliência em militares. O “movimento *mindfulness*”, como alguns têm chamado esse crescimento exponencial nas pesquisas e nas aplicações da meditação, principalmente a partir do início dos anos

-
- i Bruna Carolina de Araújo (brucarujo@gmail.com) é fisioterapeuta, pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologia em Saúde e mestranda em Ciências da Gastroenterologia da FMUSP e, Assistente de Pesquisa no Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- ii Taís Rodrigues Tesser (tessertais@gmail.com) é educadora, graduada em Ciências da Natureza, e mestranda em Mudança Social e Participação Política (ProMuSPP) ambos pela EACH-USP, com pós-graduação em Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde SES-SP
- iii Laís de Moura Milhomens (laismilhomens@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, Assistente de Pesquisa no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- iv Marcio Sussumu Hirayama (sussumu.hirayama@gmail.com) é fisioterapeuta, Doutor em Ciências da Saúde, atua na Natureza Conectiva
- v Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, pesquisadora colaboradora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- vi Laura dos Santos Boeira (laura@veredas.org) é psicóloga, Mestre em Bioética, Diretora Executiva no Instituto Veredas
- vii Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br, jorgeomaia@hotmail.com) é bacharel em Direito, Mestre e Doutor em Políticas Públicas, Pesquisador em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria de Brasília

2000, não ocorreu sem críticas. Desinformação, baixa qualidade metodológica, divulgação e uso de dados preliminares, afirmações exageradas sobre potenciais benefícios, assim como em muitas áreas, também estão presentes nos estudos com meditação e *mindfulness*^{1,2}.

Um dos primeiros desafios da produção de conhecimento no campo da meditação e *mindfulness* é a polissemia de ambos os termos. Há uma diversidade de práticas que variam desde a posição física (sentada, em pé, deitada, em movimento etc.), passando pela duração – de 5 ou 45 minutos, 5 dias, 3 meses – até o objeto de sua atenção, como a respiração, um som, uma imagem, sensações, partes do corpo, pensamentos, sentimentos, experiência mais focada ou mais ampla etc.

Além da amplitude semântica e diversidade de características, a meditação pode ter diferentes objetivos e visões cosmológicas, a depender dos contextos culturais de suas origens e aplicações. No início da década de 1980, Roger Walsh, um dos pioneiros no estudo dessas práticas no contexto científico, descreveu a meditação como uma atividade de auto-observação, na qual pode-se ter como propósito o desenvolvimento da calma, concentração, compaixão, sabedoria, generosidade, ética, sensibilidade perceptiva e introspectiva e estados alterados de consciência³.

Na mesma época, Jon Kabat-Zinn, ao integrar experiências pessoais com yoga, zen budismo e budismo theravada, iniciava uma clínica de redução do estresse no Hospital da Universidade de Massachusetts. Nessa clínica, foram pesquisados os efeitos de uma abordagem que consistia em oito encontros semanais somados a exercícios a serem feitos em domicílio, posteriormente denominado “Programa de redução do estresse com base em *mindfulness*” (em inglês *MBSR – Mindfulness-based Stress reduction*)⁴. O MBSR foi um trabalho seminal na criação de inúmeras outras intervenções que utilizam fundamentos de meditação e *mindfulness*, termos guarda-chuva sob os quais se inserem exercícios mente-corpo que, conforme alguns estudiosos:

- É um procedimento que foca a atenção de modo não analítico ou discriminativo, promovendo alterações favoráveis no humor e no desempenho cognitivo⁵;
- Deve conter os seguintes parâmetros operacionais: técnica específica; relaxamento muscular; “relaxamento da lógica” (não ter a

intenção de analisar, julgar ou criar expectativas); ser autoinduzido ou autoaplicável sem a presença de um instrutor e utilizar uma “âncora” ou orientação de foco da atenção⁶;

- Pode ser explicada como uma família de estratégias de complexa regulação da atenção e das emoções, desenvolvidas para variadas finalidades, incluindo o cultivo do bem-estar e do equilíbrio emocional⁷;
- Tem o foco da atenção para dentro, num estado mental em que as preocupações relacionadas ao ego e as avaliações críticas são suspensas em favor da percepção de um fluxo de consciência mais profundo, sutil e possivelmente divino⁸;
- É um método de comunicação com camadas ocultas da mente, que permite o subconsciente aparecer em memórias, imagens e pensamentos, ao mesmo tempo que o influencia com quietude, abertura e sugestões específicas⁸.

Mindfulness (ou atenção plena) é meditação? Considerando o histórico de popularização desse termo pode-se dizer que, em seu uso mais frequente, refere-se a um conjunto de conceitos e práticas. *Mindfulness* pode ser usado para descrever um estado mental, um traço de personalidade, um programa (conjunto de práticas), uma abordagem terapêutica, parte de uma doutrina religiosa, ou seja, uma fusão de influências diversas, filosóficas, psicológicas, religiosas, neurocientíficas.

Uma intervenção ou programa com base em *mindfulness* é uma abordagem secular que integra saberes das tradições contemplativas a conhecimentos de pesquisa científica, medicina, psicologia e educação, tornando esses saberes e práticas acessíveis a populações de diferentes contextos, crenças ou religiões⁹. Geralmente, um programa é composto por meditação sentada com atenção à respiração, às sensações do corpo, aos estados e conteúdos mentais; atenção em varredura com conscientização de cada parte do corpo (escaneamento corporal); exercícios motores com plena consciência do corpo e suas sensações; atividades psicoeducativas que ilustram o funcionamento da mente, dos sistemas de regulação emocional, das dinâmicas de atenção focada, distração, meta-consciência e redirecionamento, dos automatismos; conteúdos educativos sobre estresse, depressão, ansiedade, poemas e histórias relacionadas; e questionamentos com reflexões e partilhas em grupo sobre as experiências^{10,11}.

Apesar de haver visões críticas sobre a forma e conteúdo destas intervenções¹², desde a criação do MBSR, com o crescente interesse de pesquisadores reconhecidos, incluindo clínicos da área da Terapia Cognitiva Comportamental, inúmeras outras intervenções com base em *mindfulness* (*Mindfulness based interventions* - MBI) estão sendo investigadas e aplicadas na população clínica e geral e em programas desenhados para faixas etárias e características de populações específicas^{10,13,14}.

- Terapia cognitiva com base em *mindfulness* (*Mindfulness based cognitive therapy* - MBCT);
- Prevenção de recaídas com base em *mindfulness* (*Mindfulness Based Relapse Prevention* - MBRP);
- Treinamento de conscientização alimentar com base em *mindfulness* (*Mindfulness-Based Eating Awareness Training* - MBEAT);
- Nascimento e paternidade com base em *mindfulness* (*Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* - MBCP);
- SMART em educação/equilíbrio emocional com base em *mindfulness*, mentes frescas (*SMART in Education/Mindfulness-Based Emotional Balance, Cool Minds™*) com foco em adolescentes;
- Um lugar tranquilo (*A Still Quiet Place*) com foco em crianças;
- Cuidado do idoso com base em *mindfulness* (*Mindfulness-Based Elder Care*);
- Treinamento de aptidão mental com base em *mindfulness* (*Mindfulness-Based Mental Fitness Training*);
- Terapia artística com base em *mindfulness* para pacientes com câncer (*Mindfulness-Based Art Therapy for Cancer Patients*);
- Liderança consciente (*Mindful Leadership™*);
- Escolas conscientes (*Mindful Schools*).

Outro movimento emergente mais recente é o estudo e a aplicação de programas e abordagens com práticas meditativas centradas no cultivo da compaixão. Para citar alguns: terapia com foco em compaixão (*Compassion-Focused Therapy*), autocompaixão consciente (*Mindful Self-Compassion*), treinamento de cultivo da compaixão (*The Compassion Cultivation Training*), treinamento de compaixão com base em cognição (*Cognitively Based Compassion Training*), cultivando equilíbrio emocional (*Cultivating Emotional*

Balance), e meditações de compaixão e bondade amorosa (*Compassion and Loving-Kindness Meditations*)¹⁵.

Diante deste cenário, o capítulo irá apresentar as evidências sobre benefícios e incertezas de meditação e *mindfulness* relacionadas a doenças cardiovasculares, obesidade e sobrepeso, ansiedade e depressão, tabagismo.

MÉTODOS

Para investigar a eficácia e segurança de meditação e *mindfulness*, quatro revisões rápidas (RR) foram realizadas em 2019 e 2020, pelo Instituto de Saúde de São Paulo e pela FIOCRUZ Brasília, em resposta às demandas da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde (CNPICS/DESF/SAPS/MS): meditação/*mindfulness* para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos¹⁶, meditação/*mindfulness* para tratamento de doenças cardiovasculares em adultos e idosos¹⁷, meditação ou *mindfulness* no controle do tabagismo em adultos e idosos¹⁸ e meditação e *mindfulness* no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos¹⁹.

Essas RR partiram de uma pergunta PICOS (População, Intervenção, Comparador, *Outcome*, *Study*) e da definição de critérios de inclusão e exclusão, bases de dados a serem consultadas e estratégias de busca, processo de seleção e avaliação de qualidade metodológica das evidências. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada por meio da ferramenta *Assessment of Multiple Systematic Reviews*²⁰ (AMSTAR 2). Foram realizadas buscas de revisões sistemáticas publicadas em inglês, espanhol e português, sem restrição quanto ao ano de publicação, a respeito de eficácia e segurança das práticas de meditação e *mindfulness* para doenças cardiovasculares, obesidade, ansiedade, depressão e tabagismo. As principais bases de dados utilizadas foram: *PubMed*, *Portal Regional da BVS*, *Health Systems Evidence*, *Health Evidence*, *Epistemonikos*, *Embase* e *Rx for Change/CADTH – Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. As estratégias de buscas foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave “*meditation e*

mindfulness”, além das específicas de cada condição de saúde, a partir do acrônimo PICOS. As informações detalhadas sobre as buscas, o processo de seleção e avaliação da qualidade metodológica estão descritos nas versões originais das RR^{16,17,18,19}.

O mapa de evidências apresentado neste capítulo foi elaborado a partir dos resultados dessas RR para facilitar a visualização do quantitativo de estudos, por intervenções e desfechos. A metodologia para construção do mapa de evidências foi adaptada de *International Initiative for Impact Evaluation* (3ie) e inclui informações sobre tópico de desfecho, tipo de estudo, qualidade metodológica e resumo dos achados²¹.

RESULTADOS

A seguir, são apresentados os principais resultados de meditação/*mindfulness* relacionados com (1) doenças cardiovasculares; (2) obesidade e sobrepeso; (3) ansiedade e depressão; (4) tabagismo e (5) segurança.

O gráfico do mapa de evidências apresenta o conjunto dos resultados relativos a essas condições de saúde.

Acesse a visualização no formato de mapa de evidências



(1) Meditação e *mindfulness* para manejo de doenças cardiovasculares

A RR meditação/*mindfulness* para tratamento de doenças cardiovasculares em adultos e idosos¹⁷ identificou dez revisões sistemáticas (RS) que avaliaram os desfechos apresentados no Glossário 1.

Glossário 1: Termos relacionados a desfechos analisados para doenças cardiovasculares

- **Pressão arterial:** Quando as forças que regem o fluxo sanguíneo são levadas em consideração ao longo da árvore arterial e arteriolar, elas estão exclusivamente envolvidas na pressão gerada pelo coração. Esse valor representa a diferença entre a pressão real e o seu componente hidrostático²²;
- **Frequência cardíaca em repouso:** Número de batimentos cardíacos durante um minuto numa situação de repouso²³;
- **Sofrimento psíquico:** Presente em diferentes queixas de saúde, não está separada da saúde de modo geral e se manifesta em todas as pessoas, porém de forma singular. Pode ser intensificado e se apresentar de forma regular, demandando atenção especial. Os agravos podem constituir um quadro de doença mental, por vezes crônico²⁴;
- **Qualidade de vida:** Percepção de uma pessoa sobre sua posição na vida dentro do contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características salientes do ambiente da pessoa²⁵;
- **Sobrevida:** Compreende o período de prolongamento da vida após determinado acontecimento, como um diagnóstico clínico, acima do período previsto. Especificamente na análise de sobrevida é medida a relação entre um evento inicial e a duração até outro evento final. Um exemplo comum é a probabilidade de sobrevivência até a morte, mas não se aplica somente ao tempo de vida, como o tempo entre o tratamento de fertilidade e a gravidez²⁶;
- **Tolerância ao exercício:** Capacidade de um indivíduo para realizar exercícios, medida por meio de sua resistência (duração máxima do exercício e/ou carga máxima de trabalho atingida) durante um Teste de Exercício²⁷;
- **Outros aspectos:** Qualidade de vida, níveis de norepinefrina, escores de 6MWT - *six minute walk test* (teste de caminhada de 6 minutos), depressão e período e frequência de hospitalizações¹⁷.

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos resultados das intervenções quanto a participantes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou doenças cardíacas variadas.

No caso da **HAS**, os efeitos foram favoráveis às práticas de meditação e *mindfulness* no controle de pressão arterial sistólica (PAS)²⁸⁻³¹; no entanto, os resultados para meditação transcendental foram conflitantes, sendo positivos em idosos acima de 70 anos e sem nenhum efeito em ido-

sos com 60 anos^{28,35,36}. Com relação ao controle da pressão arterial diastólica (PAD), a maioria das intervenções mostrou efeitos positivos^{22,27-31}, enquanto a meditação transcendental e *mindfulness* mostraram resultados inferiores a intervenções com as quais foram comparadas²⁸. Efeitos positivos na diminuição dos sintomas de depressão foram observados em relação a MBCT e MBSR^{31,34}.

Nas **doenças cardíacas**, meditação, MBI e MBSR mostraram efeitos positivos em relação à PAD e à PAS³²⁻³⁴, à frequência cardíaca de repouso³⁴, ao sofrimento psíquico³², à qualidade de vida³⁴, à tolerância ao exercício³⁴ e à duração de hospitalização³⁷. A meditação transcendental apresentou resultados positivos na redução de PAS e tolerância ao exercício^{33,34}, porém foi inferior em relação ao sofrimento psíquico³³.

A qualidade metodológica foi considerada de confiança criticamente baixa em todas as RS²⁸⁻³⁷.

Tabela 1. Síntese dos efeitos da meditação e mindfulness para manejo de doenças cardiovasculares

Desfechos	Intervenção	Resultado
Hipertensão arterial sistêmica		
Redução da PAS	Meditação ²⁹ , mindfulness ²⁸ , MBSR ^{30,31} , MBCT ³¹	+
	Meditação transcendental ^{28,35,36}	?
Redução da PAD	Meditação ²⁷ , MBSR ³⁰ , MBCT ²²	+
	Meditação transcendental ²⁸ , mindfulness ²⁸	-
Depressão	MBCT ^{31, 34} , MBSR ³¹	+
Doenças cardíacas variadas		
Redução da PAS	MBI ³² , meditação transcendental ^{33,34}	+
Redução da PAD	MBI ³²	+

Frequência cardíaca de repouso	Meditação ³⁴	+
Sofrimento psíquico	MBI ³²	+
	Meditação transcendental ³³	-
Qualidade de vida	Meditação ³⁴	+
Tolerância ao exercício	MBSR ³⁴ , meditação transcendental ³⁴ , meditação ³⁴	+
Tempo de internação (hospitalização)	Meditação ³⁷	+

Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador; (?) resultados conflitantes, alguns favoráveis e outros não. MBSR: Redução do Estresse com Base em *Mindfulness*; MBCT: Terapia cognitiva com base em *mindfulness*; MBI: intervenções com base em *mindfulness*.

(2) Meditação e *mindfulness* para manejo de obesidade e sobrepeso

A RR de meditação e *mindfulness* no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos¹⁹, identificou três RS, uma com metanálise, que observaram os desfechos apresentados no Glossário 2.

Glossário 2: Termos relacionados a desfechos analisados para obesidade e sobrepeso

- **Redução do IMC:** Parâmetro de classificação de obesidade e/ou massa corporal que indica se o peso está dentro da faixa ideal (entre 18,5 e 24,9), abaixo (< 18,5) ou acima (entre 25 e 29,9 – Sobrepeso, e igual ou acima de 30 – Obesidade) do indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁸;
- **Redução do peso corporal:** perda de massa corpórea³⁹;
- **Redução da compulsão alimentar:** “conjunto de dependências químicas de alimentos específicos ou de alimentos em geral no qual se desenvolve um desejo físico por esses alimentos”²⁷;
- **Fome emocional:** fome que surge inesperadamente e que pode desaparecer após uma distração³⁹;
- **Melhora do comportamento alimentar:** padrões de alimentação como maneira ou modos de se alimentar (intervalos de tempo – hora de comer, duração da alimentação)²⁷.

Na Tabela 2, é possível observar, com relação ao manejo da **obesidade e sobrepeso**, que meditação e *mindfulness* foram superiores à ausência de tratamento^{39,40}, e que *mindfulness* também foi superior ao tratamento habitual⁴⁰. Por outro lado, meditação e *mindfulness* e suas diversas modalidades mostraram em outras RS resultados similares a nenhum tratamento e dieta³⁹, à lista de espera e ao programa com foco em mudanças comportamentais associado ou não a exercícios de resistência física⁴¹.

Em relação à qualidade metodológica, as RS foram consideradas de confiança baixa³⁹ e criticamente baixa^{40,41}.

Tabela 2. Síntese dos efeitos da meditação e *mindfulness* na obesidade e sobrepeso

Intervenção	Comparador	Resultado
Obesidade e sobrepeso		
Meditação	Nenhum tratamento ³⁹	+
<i>Mindfulness</i>	Tratamento habitual ⁴⁰ , nenhum tratamento ^{39,40}	+
	Terapia cognitivo-comportamental ³⁹	=
SBWL	Nenhum Tratamento ³⁹	=
<i>Mindfulness</i> + dieta	Dieta ³⁹	=
<i>Mindfulness</i> + Programa com foco em mudanças comportamentais	Programa com foco em mudanças comportamentais ⁴¹ , programa com foco em mudanças comportamentais + exercícios de resistência física ⁴¹	=
SBWL + MBSR + MB-EAT	Lista de espera ⁴¹	=

Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador; (=) não houve diferença entre os resultados. MBSR: Redução do Estresse com Base em *Mindfulness*; MB-EAT: Treinamento de Conscientização Alimentar segundo *Mindfulness*; SBWL: *Standard Behavioral Weight Loss* (programa com foco em mudanças comportamentais)

(3) Meditação e *mindfulness* para manejo de ansiedade e depressão

A RR de meditação/*mindfulness* para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos¹⁶, identificou 19 RS que avaliaram os desfechos do Glossário 3.

Glossário 3: Termos relacionados a desfechos analisados para saúde mental

- **Transtornos depressivos:** refere-se à diminuição da intensidade de sintomas de depressão, em geral acompanhada através de escalas específicas⁴²;
- **Transtornos de ansiedade:** refere-se à diminuição da intensidade de sintomas de ansiedade, em geral acompanhada através de escalas específicas⁴³;
- **Ansiedade ou depressão relacionadas a outras condições de saúde:** refere-se à diminuição da intensidade de sintomas de ansiedade ou depressão para pessoas que possuem outras condições de saúde, tais como fibromialgia, dor crônica, doença cardíaca, câncer, síndrome da fadiga crônica, diabetes mellitus, artrite e acidente vascular cerebral.

Na Tabela 3, observa-se que, com relação aos **transtornos depressivos**, os resultados foram favoráveis à *mindfulness* e à meditação na comparação com lista de espera^{42,44-46}, com o cuidado habitual^{42,44,45, 47-49}, com os antidepressivos⁴⁸, e com as condições de inatividade^{48,49}.

Quanto aos **transtornos de ansiedade**, a meditação mostrou ser superior ao tratamento usual^{50,51}, enquanto *mindfulness* mostrou-se superior ao placebo, à psicoeducação e aos exercícios físicos^{53,54}. No entanto, os resultados foram conflitantes para *mindfulness* comparado à lista de espera^{53,54,55}, e não houve diferença de efeito entre *mindfulness* e intervenções cognitivas comportamentais⁴³, e entre MBSR e exercícios aeróbicos⁵².

Na **ansiedade ou depressão relacionadas a outras condições de saúde**, *mindfulness* e MBTC foram superiores ao tratamento habitual⁵⁶, ao tratamento ativo⁵⁷, à grupos de fóruns on-line⁵⁸, à lista de espera^{58,59} e a exercícios de relaxamento⁵⁸.

A confiança nos resultados RS incluídas, foi considerada de baixa confiança em duas RS^{51,58}, e criticamente baixa nas demais^{41-50,52-57,59}.

Tabela 3. Síntese dos efeitos da meditação e *mindfulness* para ansiedade e depressão

Intervenção	Comparador	Resultado
Transtornos depressivos		
MBTC	lista de espera ^{42,44,45} , cuidado habitual ^{41,44,45}	+
MBRS	antidepressivos ⁴⁸	+
Meditação	condições de inatividade ^{48,49}	+
<i>Mindfulness</i>	lista de espera ⁴⁶	+
MBTC + tratamento habitual	tratamento usual ⁴⁷	+
Meditação + cuidado habitual	cuidado habitual ^{48,49}	+
Transtornos de ansiedade		
Mindfulness	Exercícios físicos, psicoeducação ^{53,54} , placebo ^{53,54}	+
	Lista de espera ^{53,54,55}	?
	Intervenções cognitivas comportamentais ⁴³	=
MBSR	Exercício aeróbico ⁵²	=
Meditação	Tratamento habitual ^{50,51}	+
Ansiedade e depressão relacionadas a outras condições de saúde		
MBTC	Tratamento habitual ⁵⁶ , tratamento ativo ⁴⁷	+
Mindfulness	grupos de fóruns on-line ⁵⁸ , lista de espera ^{58,59} , + exercícios de relaxamento ⁵⁸	

Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador; (=) não houve diferença entre os resultados; (?) resultados conflitantes, alguns favoráveis e outros não. MBSR - Redução do Estresse com Base em *Mindfulness*; MBCT: Terapia cognitiva com base em *mindfulness*.

(4) Meditação e *mindfulness* para manejo de tabagismo

A RR de meditação ou *mindfulness* no controle do tabagismo em adultos e idosos¹⁸ incluiu nove RS (três com metanálise), que analisaram os desfechos apresentados no Glossário 4.

Glossário 4: Termos relacionados a desfechos analisados para tabagismo

- **Tabagismo:** consumo de derivados do tabaco, pode ser fumado, através da sua queima e consequente fumaça, mascado, inalado ou aplicado sobre a pele. Ambos acarretam problemas de saúde e dependência. O usuário é nomeado como tabagista ativo, mas as pessoas ao redor também são expostas à fumaça, o que é chamado de tabagismo passivo⁶⁰;
- **Cessação do tabagismo:** interrupção permanente do tabagismo sem período determinado. recaída pode ocorrer em casos após tal interrupç o⁶⁰;
- **Dependência de nicotina:** uso compulsivo acompanhado de perda do controle, sintomas de abstinência com a falta do consumo e uso contínuo independente das consequ ncias⁶⁰;
- **Redu o do tabagismo:** anterior ao momento de rompimento do uso,   a progressiva redu o do número de cigarros ou nicotina consumidos, de modo geral ocorre através de aconselhamento⁶⁰;
- **Ex-fumante:** Pessoa com uso interrompido do fumo que durante a vida teve consumo superior a cem cigarros⁶⁰.

A Tabela 4 mostra que com respeito   **cessa o do tabagismo** houve efeito positivo de terapia de aceita o e compromisso⁶¹, treinamento corpo-mente integrado⁶², *mindfulness* isoladamente ou combinado a reposi o de nicotina⁶³. Por outro lado, não houve diferença nos resultados entre *mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental, lista de espera, programa livre do fumo⁶³.

Quanto   **redu o do consumo de cigarro** *mindfulness*, mostrou-se superior ao programa livre do fumo em uma RS⁶⁴, enquanto

não se observou diferença em outra RS⁶³. Não foram relatadas diferenças também entre *mindfulness* combinado à terapia de exposição e o uso isolado de terapia de exposição⁶⁵, bem como *mindfulness* comparado à terapia de exposição e meditação simulada⁶³. Alguns estudos mostraram resultados conflitantes na comparação de *mindfulness* com o programa livre do fumo^{63,64}.

Resultados relativos ao **desejo de fumar** foram positivos para intervenções de treinamento de aceitação de compromisso⁶⁶; *mindfulness*⁶²; *mindfulness* combinado à terapia de exposição⁶⁵ e escaneamento corporal⁶². No entanto, houve resultados conflitantes na comparação de escaneamento corporal a exercícios isométricos⁶².

Com relação ao **controle da abstinência de fumar**, apenas uma RS apresentou resultado favorável à *mindfulness* em comparação às intervenções variadas⁶². Os resultados foram conflitantes entre *mindfulness* e diversas intervenções,^{62,64,65,67,68} enquanto *mindfulness* mostrou efeito similar à terapia cognitivo-comportamental⁶⁷.

A intervenção de diminuição do estresse foi positiva com relação à **dependência da nicotina** em uma RS⁶⁷. Os demais achados quanto ao **humor de ex-fumantes** foram favoráveis à *mindfulness* na comparação com diversas intervenções^{62,65,67}, porém sem diferença em relação a orientações de supressão de pensamento^{62,64}.

A qualidade das RS foi avaliada como de confiança baixa em dois achados^{63,64} e criticamente baixa nos demais^{61,62,65-68}.

Tabela 4. Síntese dos efeitos da meditação e mindfulness para manejo de tabagismo

Intervenção	Comparador	Resultado
Cessação do tabagismo		
TAC por aplicativo de celular, e-mail, via <i>website</i> , telefone, clínica de cessação tabágica presencial e clínica presencial	Aplicativo QuitGuide, Terapia cognitivo-comportamental, <i>smokefree.gov</i> , tratamento de reposição de nicotina, bupropiona ⁶¹	+

IBMT	Treinamento de relaxamento ⁶²	+
<i>Mindfulness</i>	Terapia cognitivo-comportamental, lista de espera ⁶³	=
	Programa livre do fumo ⁶³	+
<i>Mindfulness</i> e reposição de nicotina	Serviço de apoio por telefone combinado à reposição de nicotina ⁶³	+
Aulas com instrução audiovisual de <i>mindfulness</i> , exercícios e meditação guiada em grupo	Programa livre do fumo ⁶³	=
<i>Mindfulness</i>	Programa livre do fumo ^{63,64}	?
	Terapia de exposição sem orientação sobre como lidar ⁶³	=
<i>Mindfulness</i> e terapia de exposição	Terapia de exposição ⁶⁵	=
Cinco técnicas de <i>mindfulness</i> por meio de assistente digital pessoal	Meditação simulada ⁶³	=
Desejo de fumar		
Escaneamento corporal	Áudio gravado com texto de história natural ⁶² , divagação mental (<i>mind wandering</i>) ⁶⁶	+
	Exercícios isométricos ⁶⁶	?
Treinamento de aceitação de compromisso	Leitura e olhar naturalmente (<i>look naturally</i>) ⁶⁶	+
<i>Mindfulness</i>	Silêncio ⁶⁴ , psicoeducação ou nenhum tratamento ⁶²	+
<i>Mindfulness</i> e terapia de exposição	Terapia de exposição ⁶⁵	+

Controle da abstinência de fumar		
<i>Mindfulness</i>	Programa livre do fumo ^{62,64,65,68} , tratamento habitual ⁶⁷ , serviço de apoio por telefone - <i>Smoking Quit Line</i> ⁶⁸	?
	Aprendizagem interativa para fumantes, serviço de apoio por telefone (<i>Tobacco - Quit Line</i>) com substituição de nicotina ⁶²	+
	Terapia cognitivo-comportamental ⁶⁷	=
Dependência da nicotina		
<i>Mindfulness</i>	Tratamento habitual ⁶⁷	+
Humor		
<i>Mindfulness</i>	Orientações de supressão de pensamento ^{62,64}	?
	Técnicas pessoais para lidar com impulsos ⁶² , nenhum tratamento ⁶⁵ , tratamento habitual ⁶⁷	+

Nota: (+) resultado favorável à intervenção; (-) resultado favorável ao comparador; (=) não houve diferença entre os resultados; (?) resultados conflitantes, alguns favoráveis e outros não. TAC: terapia de aceitação de compromisso; IBMT: treinamento corpo-mente integrado

(5) Segurança da prática de meditação e *mindfulness*

Uma RS⁶³ com dados sobre segurança da prática de *mindfulness*, combinada ou não a reposição de nicotina, informou a não ocorrência de evento adverso grave.

IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

As práticas de meditação e *mindfulness* no manejo de doenças cardiovasculares, obesidade e sobrepeso, saúde mental e tabagismo apresentaram resultados promissores em comparação a uma variedade de

intervenções. Por outro lado, relatos sobre resultados conflitantes entre os estudos merecem atenção e apontam para a necessidade de pesquisas com maior rigor metodológico. Observa-se uma dificuldade de reunir os resultados em metanálise devido à grande heterogeneidade entre os estudos, particularmente quanto às intervenções. A qualidade metodológica das RS, a maioria de confiança baixa a criticamente baixa, acarreta escassez de evidências para subsidiar a tomada de decisão sobre adoção dessas práticas no sistema de saúde.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Meditação e *mindfulness* mostraram ter efeitos sobre o tratamento de doenças cardiovasculares, sobretudo a pressão arterial de hipertensos e pré-hipertensos. Na maior parte das revisões a prática de *mindfulness* mostrou que pode contribuir para melhora dos transtornos depressivos, inclusive com efeitos a longo prazo. Em relação ao tabagismo, as práticas de *mindfulness* e meditação mostram efeitos positivos mesmo que pequenos para cessação, abstinência e desejo de fumar. A meditação mostrou resultados favoráveis em relação ao peso corporal. Apesar dos achados favoráveis, é importante considerar a baixa qualidade metodológica dos estudos e a diversidade de técnicas avaliadas.

REFERÊNCIAS

1. Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., et al. (2018). Mind the hype: a critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Pers. Psychol. Sci.* 13, 36–61. doi: 10.1177/1745691617709589
2. Davidson RJ, Kaszniak AW. Conceptual and Methodological Issues in Research on Mindfulness and Meditation. *American Psychologist* 2015; 70:581-592.
3. Walsh, R. The original goals of meditation. *Am J Psych*, 1982; 139(11), 1526.

4. Kabat-Zinn J. An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psych* 1982;4:33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3).
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso. [Internet] Ministério da Saúde. Brasília, 2015 [acesso em: 26 set. 2019], 2: 1-96. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
6. Cardoso, R et al. *Brain Research Protocols* 14 (2004) 58– 60.
7. Lutz, A. et al. Attention regulation and monitoring in meditation. *T Cogn Sci*, 2008; 12(4),163-9.
8. Livia Kohn. *Meditation Works*, Three Pines Press, 2008.
9. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JM, Kuyken W. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med*. 2017 Apr;47(6):990-999. doi: 10.1017/S0033291716003317. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28031068.
10. Cullen M. Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon. *Mindfulness*. 2011;2(3):186-93.
11. Kabat-Zinn J. An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psych* 1982;4:33-47.
12. Williams JMG, Kabat-Zinn J. Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma Introduction. *Contemp Budd*. 2011;12(1):1-18.
13. Hirayama, MS. Freiburg Mindfulness Inventory : adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil. Tese de doutorado, Universidade estadual de Campinas, 2014.
14. Segal, ZV, Williams, MG, Teasdale, JD. *Mindfulness based cognitive behavior therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guildford. 2002.

15. Kirby JN. Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychol Psychother.* 2017 Sep;90(3):432-455. doi: 10.1111/papt.12104. Epub 2016 Sep 24. PMID: 27664071.
16. Araújo BC de, Silva LALB da, Melo RC de, Hirayama MS, Toma TS, Barreto JOM. Meditação/*mindfulness* para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos: Qual a eficácia/efetividade e segurança da meditação/*mindfulness* para o tratamento de ansiedade ou depressão em população adulta ou idosa? 2019;33-33.
17. Milhomens L de M, Tesser TR, Ribeiro AAV, Araújo BC, Melo RC de, Hirayama MS, et al. Meditação/*mindfulness* para tratamento de doenças cardiovasculares em adultos e idosos: Qual a eficácia/efetividade e segurança do uso complementar da meditação/*mindfulness* para o tratamento de doenças cardiovasculares na população adulta e idosa? 2019;32-32.
18. Araújo BC de, Silva LALB da, Melo RC de, Bortoli MC de, Toma TS, Boeira L dos S, et al. Meditação ou *mindfulness* no controle do tabagismo em adultos e idosos: qual a eficácia/efetividade e a segurança da meditação ou *mindfulness* no controle do tabagismo em adultos e/ou idosos? 2020;40-40.
19. Araújo BC de, Silva LALB da, Melo RC de, Bortoli MC de, Toma TS, Boeira L dos S, et al. Meditação e *mindfulness* no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos: Qual a eficácia/efetividade e a segurança da meditação e do *mindfulness* no tratamento da obesidade e sobrepeso em adultos e/ou idosos? 2020;22-22.
20. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both [Internet]. *BMJ.* 2017 [acesso em: 27 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j4008>
21. Snilstveit, B, Bhatia, R, Rankin, K and Leach, B. 3ie evidence gap maps: a starting point for strategic evidence production and use, 3ie Working Paper 28. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie); 2017. Disponível em: <https://www.3ieimpact.org/sites/default/files/2019-01/wp28-egm.pdf>

22. Bortolotto LA, Safar ME. Perfil da pressão arterial ao longo da árvore arterial e genética da hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006 [acesso em: 30 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v86n3/a02v86n3.pdf>
23. Fagundes JE, Castro I. Valor preditivo da frequência cardíaca em repouso do teste ergométrico na mortalidade. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. dezembro de 2010;95(6):713–9.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. 2013.
25. Group WHOQOL. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *null*. 1º de setembro de 1994;23(3):24–56.
26. Ferreira JC, Patino CM. O que é análise de sobrevivência e quando devo utilizá-la? 2016. [acesso em: 16 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000013>
27. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]*. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2017 Jun 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
28. Park SH, Han KS. Blood Pressure Response to Meditation and Yoga: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med*. 2017 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 23(9):685-695. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0234>
29. Eisenberg DM et al. Cognitive behavioral techniques for hypertension: are they effective? *Ann Intern Med*. 1993 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 118(12):964-72. Disponível em: <https://www.annals.org/aim/fullarticle/doi/10.7326/0003-4819-118-12-199306150-00009>
30. López ALS. Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 15(5):344-352. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12319>
31. Abbott RA et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Psychosom Res*. 2014 [acesso em: 26 de novembro de 2019];

- 76(5):341-51. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3999\(14\)00054-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3999(14)00054-3)
32. Scott-Sheldon LAJ et al. Mindfulness-Based Interventions for Adults with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Behav Med*. 2019 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; pii: kaz020. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article-lookup/doi/10.1093/abm/kaz020>
 33. Gathright EC et al. The impact of transcendental meditation on depressive symptoms and blood pressure in adults with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2019 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 46:172-179. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229919303814?via%3Dihub>
 34. Younge JO, Gotink RA, Baena CP, Roos-Hesselink JW, Hunink MG. Mind-body practices for patients with cardiac disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2014 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 22(11):1385-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047487314549927>
 35. Canter PH, Ernst E. Insufficient evidence to conclude whether or not Transcendental Meditation decreases blood pressure: results of a systematic review of randomized clinical trials. *J Hypertens*. 2004 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 22(11):2049-54. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15480084>
 36. Hartley L, Mavrodaris A, Flowers N, Ernst E, Rees K. Transcendental meditation for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 acesso em: 26 de novembro de 2019]; (12):CD010359. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010359.pub2>
 37. Metin ZG et al. Mind-Body Interventions for Individuals with Heart Failure: a Systematic Review of Randomized Trials. *J Card Fail*. 2017 [acesso em: 26 de novembro de 2019]; 24(3):186-201. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071916417312137?via%3Dihub>
 38. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação

- da gordura corporal. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2010; 16(2): 90-94. doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200002>
39. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav.* 2014 Apr;15(2):197-204. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005.
 40. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity Reviews* [Internet]. 2017 [Acesso em: 6 maio 2020];18(1):51-67. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12461>
 41. Olson KL, Emery CF. Mindfulness and Weight Loss: A Systematic Review. *Psychosomatic Medicine* [Internet]. 2015 [Acesso em: 6 maio 2020];77(1):59-67. Disponível em: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/2015/01000/Mindfulness_and_Weight_Loss__A_Systematic_Review.9.aspx
 42. Cuijpers P, Karyotaki E , De Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Journal Psychotherapy Research* [Internet]. 2019 [acesso em: 23 out. 2019]; DOI <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>.
 43. Singh SK, Gorey KM. Relative effectiveness of mindfulness and cognitive behavioral interventions for anxiety disorders: meta-analytic review. *Journal Social Work in Mental Health* [Internet]. 2017 [acesso em: 23 out. 2019];16(2)
 44. Chen D, et al. Effects of nonpharmacological interventions on depressive symptoms and depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [Internet]. 2019 [acesso em: 23 out. 2019];34:217-228.
 45. Liberali R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Major depressive disorder - systematic review and metanalysis. *Fisioterapia em Movimento* [Internet]. 2017 [acesso em: 23 out. 2019];30(1):335-349.
 46. Perestelo-Perez L, Barraca J, Peñate W, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y. Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Inter-

- net]. 2017 [acesso em: 23 out. 2019];17(3):282-295. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260017300510>
47. Galante J, Iribarren SJ, Pearce PF. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing* [Internet]. 2013 [acesso em: 23 out. 2019];18(2):133-155. DOI 10.1177/1744987112466087. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1744987112466087?journalCode=jrnbs>
 48. D'Silva S, Poscablo C, Habousha R, Kogan M, Kligler B. Mind-Body Medicine Therapies for a Range of Depression
 49. Blanck P, et al. Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. 2018 [acesso em: 23 out. 2019];102:25-35. DOI 10.1016/j.brat.2017.12.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796717302449?via%3Dihub>
 50. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Pérez-Yus MC, Zabaleta-Del-Olmo E, Cuijpers P. Meditation techniques v. relaxation therapies when treating anxiety: a meta-analytic review. *Psychological Medicine* [Internet]. 2019 [acesso em: 23 out. 2019];49(13):2118- 2133. DOI 10.1017/S0033291719001600.
 51. Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [acesso em: 23 out. 2019];25(1):CD004998. DOI 10.1002/14651858.CD004998.pub2.
 52. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A Systematic Review of Mindfulness and Acceptance-Based Treatments for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2014 [acesso em: 23 out. 2019];71(4):283-301. DOI 10.1002/jclp.22144. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.22144>
 53. Costa MA, de Oliveira GSD, Tatton-Ramos T, Manfro GG, Salum GA. Anxiety and Stress-Related Disorders and Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review and Multilevel Meta-analysis and Meta-Regression of Multiple Outcomes. *Mindfulness* [Inter-

- net]. 2018 [acesso em: 23 out. 2019];10(6):996-1005. DOI <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1058-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-018-1058-1>
54. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology* [Internet]. 2015 [acesso em: 23 out. 2019];30(4):183-192.
 55. Li Syh, Bressington D. The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* [Internet]. 2019 [acesso em: 23 out. 2019];28(3):635-656. DOI 10.1111/inm.12568. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12568>
 56. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2010 [acesso em: 23 out. 2019];78(2):169-183. DOI 10.1037/a0018555.
 57. Thapaliya S, Upadhyaya KD, Borschmann R, et al. Mindfulness based interventions for depression and anxiety in Asian Population: A systematic review. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal* [Internet]. 2018 [acesso em: 23 out. 2019];7(1) DOI <https://doi.org/10.3126/jpan.v7i1.22933>.
 58. Martin KJ, Golijani-Moghaddam N, Roshan N. Mindfulness self-help interventions for symptoms of depression, anxiety and stress: Review and meta-analysis. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* [Internet]. 2018 [acesso em: 23 out. 2019];25(2) DOI <https://doi.org/10.12968/ijtr.2018.25.2.82>.
 59. Zou L, et al. Mindfulness-Based Baduanjin Exercise for Depression and Anxiety in People with Physical or Mental Illnesses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2018
 60. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista. 2015
 61. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use

- disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2015;155:1-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004
62. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Internet]. 2017 [acesso em: 15 de Jun. 2020];75:62-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.008>. Disponível em: [https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(16\)30240-9/fulltext](https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(16)30240-9/fulltext)
63. Maglione MA, Maher AR, Ewing B, et al. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2017;69:27-34.
64. de Souza IC, de Barros VV, Gomide HP, et al. Mindfulness-based interventions for the treatment of smoking: a systematic literature review. *J Altern Complement Med.* 2015;21(3):129-140. doi: 10.1089/acm.2013.0471
65. Carim-Todd L, Mitchell SH, Oken BS. Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 132(3):399-410. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.014
66. Serfaty S, Gale G, Beadman M, Froeliger B, Kamboj SK. Mindfulness, Acceptance and Defusion Strategies in Smokers: a Systematic Review of Laboratory Studies. *Mindfulness* [Internet]. 2018 [acesso em: 17 jun. 2020];9:44-58. doi: <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0767-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-017-0767-1>
67. Sancho M, De Gracia M, Rodríguez RC, et al. Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. [Internet] *Front Psychiatry.* 2018 [acesso em: 18 jun. 2020];9:95. doi: 10.3389/fpsy.2018.00095. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00095/full>
68. Oikonomou MT, Arvanitis M, Sokolove RL. Mindfulness training for smoking cessation: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Health Psychology* [Internet]. 2017 [acesso em: 17 jun. 2020];22(14):1841-1850. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105316637667>. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105316637667?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

Plantas Medicinais: mapa de evidências

Bettina Monika Ruppeltⁱ, Carla Holandino Quaresmaⁱⁱ,
Carmen Verônica Mendes Abdalaⁱⁱⁱ, Caio Fábio Schlechta Portella^{iv},
Ricardo Ghelman^v, Mariana Cabral Schweitzer^{vi}

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado e fortalecido a inserção, o reconhecimento e o emprego das medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI), os produtos e seus praticantes nos sistemas nacionais de saúde em todos os níveis de atividade: Atenção Básica, Atenção Especializada e Cuidado Hospitalar, por meio das recomendações da Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023.¹

No que se refere às plantas medicinais e aos fitoterápicos, a OMS recomenda a difusão, em nível mundial, dos conhecimentos necessários para o uso racional na atenção à saúde da população e conclama os Estados-membros a desenvolverem políticas públicas com objetivo de inseri-los em sistemas de saúde.¹

-
- i Bettina Monika Ruppelt (bettinaruppelt@id.uff.br). Departamento de Tecnologia Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói-RJ
- ii Carla Holandino Quaresma (cholandino@pharma.ufrj.br). Departamento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro-RJ
- iii Carmen Verônica Mendes Abdala (abdalave@paho.org). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/OPAS/OMS, São Paulo-SP
- iv Caio Fábio Schlechta Portella (caiofabio1@gmail.com). Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), São Paulo-SP
- v Ricardo Ghelman (ricardoghelman@cabsin.org.br). Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN), São Paulo-SP
- vi Mariana Cabral Schweitzer (mariana.cabral@unifesp.br). Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo-SP

O Brasil, como membro da OMS, atendeu a estas recomendações criando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)² e a Política de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos³, que visam a implantação das plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

A PNPIC atendeu à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que eram desenvolvidas na rede pública de municípios e estados, entre as quais se destaca a fitoterapia.²

A Política de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos estabelece as diretrizes para o desenvolvimento de ações que garantem o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil, bem como o uso sustentável da biodiversidade brasileira e o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. As diretrizes estabelecem estratégias de comunicação para divulgação, de estímulo ao uso racional das plantas medicinais e dos fitoterápicos pelos profissionais de saúde e pela população, de apoio e incentivo a eventos que estimulam a produção de material didático e de divulgação.³

Para atingir os objetivos da Política Nacional de Plantas Mediciniais Fitoterápicos, foi publicado o Programa de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, que apresenta as ações de cada uma das diretrizes visando sua implantação.⁴

Desde 2006, as plantas medicinais e os fitoterápicos foram incorporados à PNPIC como uma das 29 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) incluídas no SUS. Em 2019, o Ministério da Saúde brasileiro firmou parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS) e com o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) para desenvolver mapas de evidências sobre aplicação clínica das PICS, incluindo um mapa das plantas medicinais e fitoterápicos.

Objetivo

O mapa de evidências de plantas medicinais e fitoterápicos visa descrever, analisar e sistematizar as evidências científicas sobre a efetividade clínica desses produtos em determinadas condições de saúde e

relatar os resultados relacionados. Seu principal intuito é fornecer evidências para a orientação de profissionais de saúde e tomadores de decisão quanto à incorporação desses recursos terapêuticos nos serviços de saúde, com vistas à ampliação da oferta de cuidado na atenção primária, na média e alta complexidade, em especial no SUS.

Método

O mapa de evidências de plantas medicinais e fitoterápicos foi elaborado a partir de uma ampla busca bibliográfica de estudos de revisão sistemática. Todos os estudos selecionados foram avaliados, caracterizados e categorizados por intervenções (as plantas e os fitoterápicos) e por desfechos distribuídos em quatro grupos de condições de saúde: (1) doenças metabólicas e fisiológicas; (2) cicatrização e doenças agudas; (3) dor, doenças crônicas e câncer; (4) saúde mental e qualidade de vida.

Os critérios de inclusão e exclusão foram previamente estabelecidos e aplicados na seleção por pares dos estudos de revisão incluídos no mapa. Todos os estudos selecionados foram classificados de acordo com a qualidade metodológica com base nos critérios da ferramenta AMSTAR2.⁵

Este mapa de evidências foi elaborado por pesquisadores do Laboratório de Pesquisa & Desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares (LabPICs) da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Laboratório de Tecnologia de Produtos Naturais (LTPN) da Universidade Federal Fluminense, apoiados por um painel de profissionais, técnicos e bibliotecários especializados em sistematização de evidências.

Busca bibliográfica

Foi realizada uma ampla busca bibliográfica por estudos de revisão sistemática nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - www.bvsalud.org) e do Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), em novembro de 2019.

As expressões de busca incluíram termos específicos relacionados a plantas medicinais e a fitoterápicos em inglês, espanhol, alemão e português. As nomenclaturas científicas e populares das plantas medicinais não foram incluídas nas buscas.

Base de Dados	Expressão de busca:
BVS	(“Herbal Therapy” OR “Herb Therapy” OR “Healing Plants” OR “Medicinal Plants” OR “Pharmaceutical Plants” OR “Healing Plant” OR “Medicinal Herb” OR “Medicinal Plant” OR “Pharmaceutical Plant” OR “Medicinal Herbs” OR “terapia herbaria” OR “terapia de ervas” OR “plantas medicinais” OR “ervas medicinais” OR fitoterapia* OR phytotherap* OR fitomedicina* OR phytomedic* OR “plantas medicinales” OR “herbas medicinales” OR “productos herbales” OR “plant extract” OR “Plantas Medicinales”) AND (“therapeutic use” OR “clinical use” OR “uso terapeutico” or “uso clinico” OR “clinical” OR “aplicacao clinica” OR TI:clinic* OR TI:therapy OR TI:systematic OR TI:treatment OR TI:tratament*)
PUBMED	(“Herbal Therapy”[TI] OR “Herb Therapy”[TI] OR “Healing Plants”[TI] OR “Medicinal Plants”[TI] OR “Pharmaceutical Plants”[TI] OR “Healing Plant”[TI] OR “Medicinal Herb”[TI] OR “Medicinal Plant”[TI] OR “Pharmaceutical Plant”[TI] OR “Medicinal Herbs”[TI] OR phytotherap*[TI] OR phytomedic*[-TI] OR Plants, Medicinal[MJ]) (“Herbal Therapy”[TI] OR “Herb Therapy”[TI] OR “Healing Plants”[TI] OR “Medicinal Plants”[-TI] OR “Pharmaceutical Plants”[TI] OR “Healing Plant”[TI] OR “Medicinal Herb”[TI] OR “Medicinal Plant”[TI] OR “Pharmaceutical Plant”[TI] OR “Medicinal Herbs”[TI] OR phytotherap*[TI] OR phytomedic*[TI] OR Plants, Medicinal[MJ]) AND (“therapeutic use” OR “clinical use”)

Critérios de inclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas de qualquer duração e período de acompanhamento, realizadas a partir de ensaios clínicos, com intervenções de qualquer parte da planta medicinal. Os fitoterápicos cujos componentes da formulação eram identificáveis também foram incluídos.

Seleção e análise dos estudos

Dois revisores independentes avaliaram os resumos, de maneira cega, utilizando o software Rayyan QCRI (<https://rayyan.qcri.org>). As revisões que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionadas para leitura criteriosa do texto completo por dois revisores independentes. As divergências foram resolvidas por meio da discussão entre dois revisores. No caso de ausência de consenso, um terceiro revisor foi acionado. Este processo está descrito em fluxograma.⁶

De cada revisão sistemática incluída no mapa, foram identificados e extraídos os seguintes principais dados para a caracterização: as intervenções (espécie vegetal e parte da planta utilizada), as condições de saúde (desfechos) e o efeito de cada intervenção para cada desfecho (positivo, inconclusivo/misturado, negativo ou não avaliado pelo estudo).

As intervenções foram descritas pela espécie vegetal e parte da planta utilizada. Por exemplo: *Passiflora incarnata* – partes aéreas, *Phyllanthus niruri* – planta inteira, *Curcuma longa* – rizoma. Os desfechos foram descritos considerando as condições de saúde sob as quais cada intervenção foi avaliada por seu efeito. Por exemplo: dor, depressão, tosse, colesterol, diabetes etc. Os desfechos foram distribuídos por grupos: doenças nutricionais e metabólicas; indicadores metabólicos e fisiológicos; câncer; dor; doenças agudas; doenças crônicas; transtornos e indicadores mentais; vitalidade, bem-estar e qualidade vida; e cicatrização.

A ferramenta AMSTAR2⁵ foi utilizada para analisar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas e classificá-las no mapa por nível de confiança da evidência (alto, moderado, baixa/criticamente baixa).

Caracterização dos estudos

Os dados de caracterização dos estudos foram identificados a partir da análise de cada revisão selecionada para o mapa e apresentados em uma matriz de Excel. A matriz de caracterização inclui os seguintes principais dados: título do estudo, intervenções, desfechos, efeito da intervenção (relacionado ao desfecho), população, país foco dos estudos

incluídos na revisão, ano e país de publicação, tipo de revisão (sistemática, metanálise, entre outros), desenho da revisão (eficácia, efetividade, segurança, entre outros) e nível de confiança.

O mapa propriamente dito foi gerado a partir da matriz de caracterização, onde os estudos estão representados em bolhas que fazem a relação entre as intervenções (eixo x) e os desfechos (eixo y). O tamanho da bolha é proporcional ao número de estudos e, a cor da bolha é selecionada de acordo com o nível de confiança da evidência (verde = alto; amarelo = moderado; vermelho = baixo ou criticamente baixo). Outros elementos de dados que compõem a caracterização dos estudos (efeito da intervenção, país foco dos estudos, população etc.) são apresentados como filtros do mapa. A Figura 1 mostra como estes dados são apresentados no mapa.

Resultados

Estudos incluídos e excluídos

De um total de 544 estudos de revisão recuperados na busca em bases de dados, 109 foram incluídos neste mapa de evidências. Na Figura 2 são apresentados os 435 estudos excluídos pelos seguintes motivos: duplicados (22 estudos), outro idioma (4 estudos) e fora dos critérios de inclusão (409 estudos).

Principais resultados

Cinquenta e cinco revisões (50%) foram publicadas no intervalo de 2016 a 2018. Foram encontradas 277 espécies de plantas medicinais e 125 desfechos enquadrados nos dez grupos de condições de saúde pré-definidos.

As intervenções referem-se às seguintes partes das plantas medicinais descritas nos estudos: flor, folha, fruto, caule, casca, rizoma, raiz, bulbo, semente, córtex, estigma, tubérculo e planta inteira.

A partir da caracterização dos estudos de revisão incluídos no mapa, foram identificados os efeitos para um total de 851 desfechos da aplicação clínica de plantas medicinais e fitoterápicos. O efeito foi positivo para 49% dos desfechos, inconclusivo ou misturado para 12% e sem efeito para 39% dos desfechos. Alguns estudos (6%) não informaram ou não avaliaram o efeito. O efeito potencialmente negativo foi observado em apenas 1 desfecho.

Entre os 109 estudos incluídos no mapa, a maioria foi classificada no nível de confiança baixo (70 estudos, 64%); 25 estudos (23%) foram classificados no nível de confiança alto, e 14 estudos (13%) no nível moderado.

Devido ao grande número de intervenções e desfechos descritos nos 109 estudos de revisão selecionados, os resultados sobre efetividade de plantas medicinais e fitoterápicos são apresentados em quatro mapas por grupo de condições de saúde: (1) distúrbios metabólicos e fisiológicos; (2) dor, doenças crônicas e câncer; (3) cicatrização e doenças agudas; (4) saúde mental e qualidade de vida. Acesse os mapas clicando nas figuras a seguir.

Mapa de evidências sobre efetividade clínica de plantas medicinais e fitoterápicos para distúrbios metabólicos e fisiológicos



Este mapa foi construído a partir de 45 revisões sistemáticas, que incluíram estudos clínicos realizados no Irã (11 estudos), Estados Unidos da América (11 estudos), Alemanha (6 estudos) e em outros 25 países com menos de 2 estudos. Os desfechos foram divididos em dois grupos: doenças nutricionais e metabólicas; e indicadores metabólicos e fisiológicos.

No grupo Doenças Nutricionais e Metabólicas, o desfecho mais comum foi a obesidade e, como intervenção, destaca-se a *Vitex agnus-cas-*

tus, apresentando efeito positivo para distúrbio hormonal na fase luteal, mastodinia e síndrome pré-menstrual⁷.

No grupo Indicadores Metabólicos e Fisiológicos, os desfechos mais comuns foram: glicemia; biofilme na cavidade oral; dispepsia e pressão arterial; e, como intervenção, destaca-se a *Camellia sinensis*, apresentando efeito positivo para controle do ácido úrico, índice de massa corporal, pressão arterial⁸, biofilme na cavidade oral⁹, enzimas hepáticas¹⁰ e inflamação.¹¹

Foram consideradas sem efeito as intervenções para os desfechos obesidade (*Camelia sinensis*),¹² climatério (*Glycine max*)¹³ e edema (*Cissus quadrangulares*).¹⁴ Não houve efeito negativo para os desfechos deste mapa.

Quanto ao nível de confiança da evidência, a maioria das revisões (28) foi classificada no nível baixo ou criticamente baixo, 10 revisões foram classificadas no nível alto e sete no nível moderado.

Mapa de evidências sobre efetividade clínica de plantas medicinais e fitoterápicos para dor, doenças crônicas e câncer



Este mapa foi construído a partir de 45 revisões sistemáticas que incluíram estudos clínicos realizados na China (7 estudos), Tailândia (7 estudos), Índia (6 estudos), Estados Unidos da América (4 estudos) e outros mais de 20 países com até 2 estudos. Os desfechos foram divididos em três grupos: dor, doenças crônicas e câncer.

No grupo Dor, os desfechos mais comuns foram dismenorreia, dor da síndrome do intestino irritável e dor nas costas. Como intervenção, destaca-se a *Curcuma longa*, com efeitos positivos para dor articular e dor pós-operatória.^{15,16}

No grupo Doenças Crônicas, os desfechos mais comuns foram hepatite B, malária e doença hepática gordurosa alcoólica. Como in-

tervenção, destaca-se o *Phyllanthus amarus*, com efeitos positivos para hepatite B e hepatite C.¹⁷

No grupo Câncer, os desfechos mais comuns foram: recuperação de leucócitos na quimioterapia, náusea, vômitos e fadiga durante a quimioterapia. Como intervenção, destaca-se a *Glycyrrhiza glabra*, com efeitos positivos para síndrome mão-pé induzida pela quimioterapia.¹⁸

Foi considerado efeito potencialmente negativo a intervenção *Cyclamen europaeum*¹⁹ para rinossinusite.

Quanto ao nível de confiança da evidência, a maioria das revisões (29) foi classificada no nível baixo ou criticamente baixo, 15 revisões foram classificadas no nível alto, e 1 revisão no nível moderado.

Mapa de evidências sobre efetividade clínica de plantas medicinais e fitoterápicos para cicatrização e doenças agudas



Este mapa foi construído a partir de 15 revisões sistemáticas que incluíram estudos clínicos realizados nos Estados Unidos da América (6 estudos), no Brasil (4 estudos), na Índia (4 estudos) e outros países com menos de 3 estudos. Os desfechos foram divididos em dois grupos: cicatrização e doenças agudas.

No grupo Cicatrização, os desfechos mais comuns foram cicatrização, infecção cutânea ou subcutânea e hematoma. Como intervenção, destaca-se a *Calendula officinalis*, com efeito positivo para cicatrização^{20,21,22} e ferida.²²

No grupo Doenças Agudas, os desfechos mais comuns foram otite média, gengivite e infecções respiratórias. Como intervenção, destaca-se a *Echinacea* sp., com efeito positivo para gengivite,⁹ infecções respiratórias e tosse.²³

Foi considerada sem efeito a intervenção *Cissus quadrangulares*¹⁴ para prolapso e sangramento hemorroidário. Não foi reportado efeito potencialmente negativo para nenhuma das intervenções avaliadas nos estudos incluídos neste grupo.

Quanto ao nível de confiança da evidência, a maioria das revisões (10) foi classificada no nível baixo ou criticamente baixo, duas revisões foram classificadas no nível alto e três no nível moderado.

Mapa de evidências sobre efetividade clínica de plantas medicinais e fitoterápicos para saúde mental e qualidade de vida



Este mapa foi construído a partir de 36 revisões sistemáticas que incluíram estudos clínicos realizados na China (7 estudos), nos Estados Unidos da América (6 estudos), na Alemanha (5 estudos) e em outros países com menos de 4 estudos. Os desfechos foram divididos em três grupos: indicadores mentais; transtornos mentais; vitalidade; bem-estar; e qualidade de vida.

No grupo Indicadores Mentais, o desfecho memória foi o mais frequente. Como intervenção, destaca-se a *Ginkgo biloba* com desfechos positivos para memória.^{24,25,26}

No grupo Transtornos Mentais, os desfechos mais comuns foram transtornos da ansiedade, depressão e demência. Como intervenção, destaca-se o *Ginkgo biloba* com efeitos positivos para demência,^{24,26,27} demência vascular,²⁷ depressão, desordem bipolar, esquizofrenia, transtorno afetivo sazonal, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.²⁸

No grupo Vitalidade, Bem-estar e Qualidade de Vida, os desfechos mais comuns foram execução das atividades diárias, estresse, humor e fa-

digas. Como intervenção, destaca-se a *Rhodiola rosea* com efeito positivo para cansaço^{28,29}, estresse, função física²⁹ e humor.²⁸

Entre todas as intervenções deste mapa, 15 foram avaliadas como sem efeito para os desfechos memória, execução das atividades diárias, fobia social, demência, demência vascular e depressão. Não houve relato de efeito negativo para as intervenções deste mapa.

Quanto ao nível de confiança da evidência, a maioria das revisões (28) foi classificada no nível baixo ou criticamente baixo, 15 revisões foram classificadas no nível alto, e 1 revisão no nível moderado.

Discussão

O uso de plantas como recurso terapêutico pelos humanos, desde os primórdios, colaborou para a evolução, sobrevivência e perpetuação da espécie em quase todos os continentes. A história das plantas medicinais se baseia no conhecimento de muitos curandeiros ao longo de séculos. Esse conhecimento foi adquirido por meio de experiências pessoais ou transmitido de geração a geração. A modernidade e as mudanças culturais não alteram essa sabedoria.³⁰

A medicina baseada em evidências se originou da associação dos métodos de epidemiologia com a pesquisa clínica. Ela se baseia na eficácia, efetividade e eficiência no ensino, na prática e na pesquisa clínica. O tripé eficácia-efetividade-eficiência norteia decisões com maior probabilidade de acertos.³¹

Mapa de evidências é um método emergente de tradução do conhecimento que busca sintetizar, identificar, descrever e caracterizar a evidência científica que existe para uma determinada temática ou condição de saúde. A tradução do conhecimento é uma das estratégias que contribui para estreitar a histórica lacuna que existe entre o conhecimento científico disponível e a adoção deste conhecimento pelos sistemas e serviços de saúde em todos os níveis.³²

A criação e publicação de mapas de evidências consiste em representar graficamente as evidências encontradas, analisadas e categoriza-

das, além de vincular com os registros bibliográficos e textos completos (quando disponíveis) dos estudos, a fim de facilitar o acesso às informações para todos os interessados. Todos os mapas de evidências das PICS estão publicados e disponíveis para acesso na BVS Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS MTCI).^{vii 32}

Este mapa de evidências em plantas medicinais e fitoterápicos é baseado em 109 revisões sistemáticas publicadas e fornece uma ampla visão geral das evidências disponíveis dessas intervenções, resultados e efeitos relacionados. Ele mostra o volume de pesquisas disponíveis e destaca áreas em que as intervenções mostraram efeitos positivos.

As plantas medicinais e os fitoterápicos foram avaliados em diferentes condições de saúde, incluindo desfechos físicos e metabólicos; vitalidade, saúde mental, bem-estar e qualidade de vida; doenças crônicas; doenças agudas; dor; cicatrização; e câncer.

Do total de 1050 desfechos com efeitos das intervenções identificados nos estudos, o efeito positivo foi apontado para 559 desfechos (53,2%), o efeito inconclusivo ou misturado para 204 desfechos (19,4%), e sem efeito da intervenção para 286 desfechos (27,2%). O efeito negativo foi reportado para apenas 1 desfecho e em uma revisão com evidência de baixo nível de confiança.³³

Do total de 277 plantas medicinais, 23 (8,3%) apresentaram efeitos positivos com alto nível de confiança da evidência (Quadro 1), e têm grande potencial para serem disponibilizadas e prescritas no SUS.

O único efeito potencialmente negativo relatado foi para *Cyclamen europaeum* aplicada no tratamento da rinossinusite.¹⁹

As intervenções com relato de efeitos inconclusivos/misturados para 204 desfechos merecem mais pesquisas, principalmente para os desfechos glicemia, falcização hepática, pressão arterial, dismenorreia, recuperação de leucócitos na quimioterapia, náusea e vômito na quimioterapia, otite média, resfriados comuns, transtornos da ansiedade e depressão.

Embora os mapas de evidências possam fornecer apenas uma visão geral ampla da pesquisa, os resultados apresentaram efeitos mais positivos (53,2%) do que negativos (0,1%) para as intervenções avaliadas.

vii BVS MTCI - <http://mtci.bvsalud.org/en/evidence-map/>

Observa-se uma grande percentagem de artigos de revisão de baixo nível de confiança, o que não invalida as informações que constam nos mapas de evidência, se considerarmos que o AMSTAR2,⁵ ferramenta utilizada para avaliar o nível de confiança, é muito crítica e teve seu uso disseminado a partir de 2017.

Onze plantas medicinais apresentaram efeitos nos quatro mapas: *Andrographis paniculata*, *Camellia sinensis*, *Cinnamomum cassia*, *Copaiba sp.*, *Curcuma longa*, *Ginkgo biloba*, *Matricaria recutita*/*Matricaria camomilla*, *Melaleuca alternifolia*, *Ocimum basilicum*, *Ocimum gratissimum*, *Panax ginseng*.

Quarenta e nove (17,7%) plantas medicinais presentes em documentos oficiais brasileiros apresentaram evidência em efetividade clínica (Quadro 2).

Seis plantas medicinais com efetividade clínica estão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instrumento promotor do uso racional e lista orientadora de medicamentos na assistência farmacêutica, que desempenha o papel orientador do acesso à assistência farmacêutica, fortalecendo o SUS como uma conquista da sociedade brasileira.³⁴

Vinte e quatro plantas medicinais com efetividade clínica estão na Relação Nacional de Interesse ao SUS (RENISUS), documento que aprova e reconhece 71 plantas medicinais para o tratamento e prevenção de doenças que deverão ser disponibilizadas no SUS.³⁵

Vinte e três plantas medicinais com efetividade clínica estão no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 1ª edição³⁶, e vinte e quatro no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 1º suplemento.³⁷ Os formulários fornecem informações para a manipulação das plantas medicinais e de fitoterápicos por farmácias de manipulação e farmácias magistrais.

Vinte plantas medicinais com efetividade clínica estão no Memento de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, cujas monografias orientam os prescritores em relação à prescrição.³⁸

Trinta e três plantas medicinais com efetividade clínica estão na Farmacopeia Brasileira, 6ª edição, cujas monografias orientam o controle de qualidade dos insumos farmacêuticos e dos produtos.³⁹

Orientação aos gestores

As plantas medicinais e os fitoterápicos estão inseridos no SUS na APS, média e alta complexidade, tanto para os cuidados dos profissionais das equipes quanto para o cuidado dos usuários. Na área clínica, a partir dos resultados apresentados nos mapas de evidências, sugere-se incluir as seguintes plantas medicinais e fitoterápicos em programas do SUS:

- Programa HiperDia: *Allium sativum*, *Camellia sinensis*, *Curcuma longa*, *Cynara cardunculus*, *Hylocereus polyrhizus*;
- Programa Saúde Mental: *Cannabis sativa*;
- Saúde da Mulher: *Trifolium pratense*, *Vitex agnus-castus*;
- Saúde do Homem: *Serenoa repens*, *Secale sereale*;
- Clínica da Dor: *Allium sativum*, *Camellia sinensis*, *Curcuma longa*, *Tanacetum parthenium*, *Zingiber officinale*.

No âmbito da gestão, sugere-se:

- Investir na capacitação de profissionais em PIC;
- Promover registro adequado dessas atividades e prescrições pelos profissionais de saúde;
- Prover incentivo financeiro para implantação das ações previstas na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- Prover incentivo financeiro para implantação das ações previstas no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

O objetivo dessas orientações é sensibilizar e subsidiar os gestores com informações em plantas medicinais e fitoterápicos enquanto forma de cuidado dos profissionais de saúde que estão na linha de frente na assistência direta e aos usuários, como forma de promoção da saúde e bem-estar.

Limitações

Os mapas de evidências apresentados têm várias limitações, como o fato de termos incluído apenas revisões sistemáticas publicadas para fornecer uma visão geral da pesquisa. Outras evidências, incluindo estu-

dos qualitativos, não foram incluídas. Não calculamos os tamanhos dos efeitos em uma metanálise, nem fornecemos avaliações de risco de viés, mas tentamos superar essas limitações avaliando a qualidade das revisões sistemáticas incluídas aplicando AMSTAR2.

Por outro lado, se os estudos de pesquisa primária individuais tivessem mais contribuições para adicionar na análise, esse não era o foco do mapa. Além disso, confiamos nas habilidades do autor da revisão na realização de revisões sistemáticas, avaliação da qualidade dos estudos primários, escolha dos resultados, análise dos efeitos e suscetibilidade à publicação e viés de relatório de resultados.

Este mapa de evidências também não será capaz de responder a questões mais refinadas, como o método mais adequado de aplicação de plantas medicinais e fitoterápicos, diferença na indicação conforme os serviços de saúde, treinamento adequado dos profissionais, acesso dos pacientes e efeitos da autoaplicação. Pesquisas futuras, incluindo pesquisas qualitativas e estudos de caso, são necessárias para responder a essas questões, extremamente importantes para o desenvolvimento dessa área em saúde pública.

Uma outra limitação do mapa que vale a pena destacar se refere ao não detalhamento quanto à prescrição, referindo indicação da duração e frequência do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos aplicados aos desfechos clínicos identificados no mapa.

Conclusões e perspectivas futuras

As plantas medicinais e os fitoterápicos têm sido aplicadas em diferentes áreas, e este mapa reúne evidências de estudos que apontam o efeito positivo desses produtos em 559 diferentes condições de saúde (desfechos clínicos). São resultados promissores, mas, ainda assim, requerem mais pesquisas de boa qualidade metodológica para aumentar o nível de confiança dos efeitos reportados.

Apesar das limitações delineadas, este mapa de evidências fornece uma visualização fácil de informações valiosas para pacientes, profissionais de saúde e gestores, a fim de promover práticas integrativas e complementares baseadas em evidências.

Aprovação ética e consentimento para participar

Não aplicável.

Consentimento para publicação

Não aplicável.

Disponibilidade de dados e materiais

Todas as revisões sistemáticas incluídas são de acesso público. Consulte a seção “Referências” para obter os detalhes completos da citação. O fluxo do estudo foi monitorado em um software de gerenciamento de citações (Rayyan), e os dados foram extraídos por meio das ferramentas Mendeley e Excel. Os mapas propriamente ditos foram criados com a ferramenta Tableau. Todos os arquivos podem ser obtidos com os autores.

Todos os mapas de evidências sobre aplicação clínica das PICS estão publicados e disponíveis para acesso na BVS MTCI Américas – <http://mtci.bvsalud.org/en/evidence-map/>

Interesses competitivos

Não aplicável.

Financiamento

O estudo faz parte de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Centro Latino-Americano e Caribenho de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS) e o Consórcio Acadêmi-

co Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) para desenvolver mapas de evidências em Práticas Integrativas e Complementares, incluindo plantas medicinais e fitoterapia. O Ministério da Saúde brasileiro financiou o projeto e os parceiros de pesquisa da BIREME conduziram o estudo, coleção, gestão, análise, interpretação dos dados, preparação, revisão e decisão de submeter o manuscrito para publicação. Os resultados e conclusões desta publicação são da responsabilidade dos autores responsáveis por seu conteúdo, os achados e conclusões não representam necessariamente as opiniões do Ministério da Saúde do Brasil e da BIREME/OPAS/OPAS.

Referências

1. WHO - World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 [internet]. 2013 [acesso em 09 set 2016];1-76. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília (DF);2006.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília (DF); 2006.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília (DF); 2009.
5. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Br Med J*. 2017;358:j4008.
6. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. 2009;6(7):e1000100.

7. Van Die MD, Burger H, Teede H, Bone K. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: A systematic review of clinical trials. *Planta Med.* 2013;79(7):562–75.
8. Onakpoya I, Spencer E, Henghan C, Thompson M. The effect of green tea on blood pressure and lipid profile: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(8):823–836.
9. Freires IA, Silva ICG, Alves LA, Bezerra LMD, Castro RD. Clinical applicability of natural product(s)-containing mouthwashes as adjunctive treatment of biofilm-induced gingivitis: a systematic review TT - Aplicabilidade clínica de colutórios à base de produtos naturais como tratamento adjuvante da gengivite in. *Rev bras plantas med* [internet]. 2012 [acesso em 20 abr 2020];14(4):700–11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&mp
10. Hadi A, Ghanaei FM, Golpour S, Najafgholizadeh A. Green tea as a safe alternative approach for nonalcoholic fatty liver treatment: A systematic review and meta - analysis of clinical trials. *Phyther Res.* 2018;1–9.
11. Fisk WA, Lev-Tov HA, Sivamani RK. Botanical and phytochemical therapy of acne: A systematic review. *Phyther Res.* 2014;28(8):1137–52.
12. Baladia E, Basulto J, Manera M, Martínez R. Efecto del consumo de té verde o extractos de té verde en el peso y en la composición corporal; revisión sistemática y metaanálisis. *Nutr Hosp.* 2014;29(3):479–90.
13. Krebs EE, Ensrud KE, Macdonald R, Wilt TJ. Phytoestrogens for Treatment of Menopausal Symptoms: A Systematic Review. *Am Coll Obstet Gynecol* [internet]. 2004 [acesso em 10 ago 2020];104(4):824–36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15458907/>
14. Sawangjit R, Puttarak P, Saokaew S, Chaiyakunapruk N. Efficacy and Safety of *Cissus quadrangularis* L. in Clinical Use: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Phyther Res.* 2017;31(4):555–67.
15. Lakhani SE, Ford CT, Tepper D. Zingiberaceae extracts for pain: A systematic review and meta-analysis. *Nutr J.* 2015;14(1):1–10.
16. Bannuru RR, Osani MC, Al-Eid F, Wang C. Efficacy of Curcumin and *Boswellia* for Knee Osteoarthritis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2019;48(3):416–29.

17. Liu J, Lin H, McIntosh H. Genus *Phyllanthus* for chronic hepatitis B virus infection: A systematic review. *J Viral Hepat.* 2001;8(5):358–66.
18. Deng B. Herbal medicine for hand – foot syndrome induced by fluoro-pyrimidines: A systematic review and meta - analysis. *Phyther Res.* 2018;1–18.
19. Koch AK, Klose P, Lauche R, Cramer H, Baasch J, Dobos GJ, et al. A systematic review of phytotherapy for acute rhinosinusitis. *Forsch Komplementarmed.* 2016;23(3):165–9.
20. Marmitt DJ, Bitencourt S, Do Couto E Silva A, Rempel C, Goettert MI. The healing properties of medicinal plants used in the Brazilian public health system: A systematic review. *J Wound Care.* 2018;27(6):S4–13.
21. Freitas AL, Santos CA, Souza CAS, Nunes MAP, Antonioli ÂR, da Silva WB, et al. The use of medicinal plants in venous ulcers: a systematic review with meta-analysis. *Int Wound J.* 2017;14(6):1019–24.
22. Lordani TVA, De Lara CE, Ferreira FBP, De Souza Terron Monich M, Da Silva CM, Lordani CRE, et al. Therapeutic effects of medicinal plants on cutaneous wound healing in humans: a systematic review. *Mediators Inflamm.* 2018;2018:7354250.
23. Wagner L, Cramer H, Klose P, Lauche R, Gass F, Dobos G, et al. Herbal Medicine for Cough: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Complement Med Res.* 2015;22(6):359–68.
24. Tan MS, Yu JT, Tan CC, Wang HF, Meng XF, Wang C, et al. Efficacy and adverse effects of *Ginkgo Biloba* for cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer's Dis.* 2015;43(2):589–603.
25. Yuan Q, Wang CW, Shi J, Lin ZX. Effects of *Ginkgo biloba* on dementia: An overview of systematic reviews. *J Ethnopharmacol.* 2017;195:1–9.
26. Von Gunten A, Schlaefke S, Überla K. Efficacy of *Ginkgo biloba* extract EGb 761® in dementia with behavioural and psychological symptoms: A systematic review. *World J Biol Psychiatry.* 2016;17(8):622–33.
27. Ghorani-Azam A, Sepahi S, Khodaverdi E, Mohajeri SA. Herbal medicine as a promising therapeutic approach for the management of vascular dementia: A systematic literature review. *Phyther Res.* 2018;32(9):1720–1728.

28. Sarris J. Herbal medicines in the treatment of psychiatric disorders : 10 - year updated review. *Phyther Res.* 2018;32(7):1147-62.
29. Hung SK, Perry R, Ernst E. The effectiveness and efficacy of *Rhodiola rosea* L.: a systematic review of randomized clinical trials. *Phyto-medicine.* 2011;18(4):235-144.
30. Khan H. Medicinal Plants in Light of History: Recognized Therapeutic Modality. *Trop Rev Artic.* 2014;19(3):216-9.
31. Atallah ÁN. Medicina baseada em evidências. *Diagnóstico e Trat.* 2018;23(2):43-4.
32. Boletim BIREME. Mapa de Evidências: traduzindo o conhecimento para aproximar a ciência da gestão em saúde [internet]. 2020 [aceso em 20 jul 2020];44. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapa-de-evidencias-traduzindo-o-conhecimento-para-aproximar-a-ciencia-da-gestao-em-saude/>
33. Koch A, K, Klose P, Lauche R, Cramer H, Baasch J, Dobos G, J, Langhorst J: A Systematic Review of Phytotherapy for Acute Rhinosinusitis. *Forsch Komplementmed.* 2016;23:165-169. doi: 10.1159/000447467
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília (DF); 2020.
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS. Brasília (DF); 2009. (Espécies vegetais;1).
36. Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira. Brasília (DF); 2011.
37. Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. Brasília (DF); 2018.
38. Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico Farmacopeia Brasileira. Brasília (DF); 2016.
39. Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacopeia brasileira. Farmacopeia Brasileira [internet]. 6. ed. Brasília (DF); 2019 [acesso em 20 mar 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/farmacopeia-brasileira>

Práticas corporais da medicina tradicional chinesa: mapa de evidências

Roberta Crevelário de Meloⁱ, Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silvaⁱⁱ,
Tereza Setsuko Tomaⁱⁱⁱ, Laura dos Santos Boeira^{iv}, Jorge Otávio Maia Barreto^v

INTRODUÇÃO

Medicina tradicional chinesa (MTC), segundo o Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, é uma *“Abordagem terapêutica milenar, de origem chinesa, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade?”* Por sua vez, yin-yang são *“energias opostas e complementares que se encontram em todas as coisas e, segundo a medicina tradicional chinesa, precisam estar em equilíbrio para manutenção da saúde do corpo e da mente”*. Os procedimentos terapêuticos da MTC incluem: acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa.¹

i Roberta Crevelário de Melo (rcrevelario11@gmail.com) é gerontóloga; pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologias de Saúde; especialista em Informática em Saúde; assistente de Pesquisa no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

ii Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva (leehloplopes@gmail.com) é obstetritz; especialista em Saúde Coletiva; assistente de Pesquisa no Instituto de Saúde da SES-SP

iii Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica; doutora em Nutrição em Saúde Pública; pesquisadora colaboradora do Instituto de Saúde da SES-SP

iv Laura dos Santos Boeira (laura@veredas.org) é psicóloga; mestra em Bioética; diretora Executiva no Instituto Veredas

v Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br, jorgeomaia@hotmail.com) é bacharel em Direito; mestre e doutor em Políticas Públicas; pesquisador em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz – Diretoria de Brasília

Práticas corporais da medicina tradicional chinesa são *“Atividades que envolvem movimento ou manipulação corporal, atitude mental e respiração com intuito de equilibrar o Qi, segundo os princípios da medicina tradicional chinesa”*. Os exemplos de práticas corporais da MTC são do-in, lian gong, meditação, qi gong, shiatsu, tai chi chuan, tui na1 (Glossário 1).

Glossário 1: Termos sobre práticas corporais da MTC¹

- **Do-in:** Técnica terapêutica de automassagem de origem chinesa que utiliza acupressão nos pontos dos meridianos energéticos do corpo humano, com caráter preventivo e curativo.
- **Lian gong:** Prática corporal chinesa desenvolvida em grupo e caracterizada por um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos, que trabalham o corpo desde a coluna até os dedos dos pés.
- **Meditação:** Prática mental individual que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.
- **Chi gong, Qi gong, Chi Kung ou Kiko:** Prática corporal da medicina tradicional chinesa que consiste em uma série de movimentos corporais harmônicos, aliados à respiração, com foco em determinada parte do corpo, para desenvolvimento da energia vital (Qi) e ampliação da percepção corporal e do autoconhecimento.
- **Tai chi chuan, Tai chi ou Taiji Quan:** Prática corporal coletiva de origem oriental que consiste em posturas de equilíbrio corporal e na realização de movimentos lentos e contínuos que trabalham, simultaneamente, os aspectos físico e energético do corpo.
- **Tui na:** Técnica terapêutica de massagem chinesa utilizada para tonificação ou sedação dos pontos dos meridianos do indivíduo, visando o equilíbrio do fluxo de energia (Qi) por esses canais e das energias yin e yang.

Fonte: Elaboração própria

Como veremos nos resultados, poucos estudos sobre práticas corporais da MTC foram identificados, referindo-se apenas a Tai chi e Qi gong.

Tai chi e Qi gong são exercícios tradicionais chineses que visam a autocura, meditação e autocultura, podendo ser categorizados como práticas meditativas com foco na mente, movimento, respiração e obtenção de um estado profundamente relaxado.²

O Qi gong emergiu de cinco tradições principais, cada qual com seu próprio propósito de treinamento ou prática: confucionista (visa cultivar o caráter de gentileza por meio da consciência da moralidade), budista (ênfata o cultivo da virtude e sabedoria esclarecedora), daoísta (afirma fornecer uma maneira de alcançar longevidade e iluminação espiritual, bem como uma conexão mais próxima com o mundo natural), arte marcial (ênfata a construção da força corporal para a luta e defesa).²

O Tai chi é uma arte marcial de estilo suave, caracterizada por movimentos coreografados que são coordenados com a respiração, sendo utilizada para cultivar a saúde e a autodefesa. A calma é um elemento fundamental do Tai chi, cuja prática usa uma abordagem meditativa, aproximando-se do Qi gong.²

A partir do ano 2000 observa-se crescente produção de estudos sobre efeitos de Qi gong e Tai chi na saúde. Evidências mostram que essas práticas são promissoras para o treinamento de equilíbrio e prevenção de quedas, bem como têm papel complementar ou alternativo no tratamento do câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença de Parkinson e distúrbios cardíacos e cardiovasculares.³

Neste capítulo discutimos os possíveis benefícios das práticas corporais da MTC no tratamento de obesidade e no controle do tabagismo.

MÉTODOS

Duas revisões rápidas (RR), intituladas Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa no tratamento de obesidade em adultos e idosos⁴ e Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa no controle do tabagismo em adultos e idosos⁵, foram realizadas em 2020 pelo Instituto de Saúde de São Paulo e FIOCRUZ Brasília, em resposta a demandas da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde (CNPICS/DESF/SAPS/MS). Ambas as RR partiram de uma pergunta PICO de pesquisa e da definição de: a) critérios de inclusão e exclusão; b) bases de dados a serem consultadas e estratégias de busca; c) processo de seleção e avaliação de qualidade metodológica das evidências.

O mapa de evidências apresentado neste capítulo foi elaborado a partir dos resultados dessas RR para facilitar a visualização do quantitativo de estudos, por intervenções e desfechos. A metodologia para construção do mapa de evidências foi adaptada da organização *International Initiative for Impact Evaluation* (3ie)⁶ e inclui informações sobre o Tópico de desfecho, o Tipo de estudo, a Qualidade metodológica e o Resumo dos achados.

As buscas realizadas nas duas RR, tiveram como foco revisões sistemáticas (RS) sobre eficácia e segurança de práticas da medicina tradicional chinesa. Elas foram realizadas em maio de 2020, nas seguintes bases indexadas: PubMed, HSE – *Health Systems Evidence, Epistemonikos*, LILACS – Literatura Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (via BVS – Biblioteca Virtual em Saúde) e Embase. As estratégias de busca foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave estruturadas a partir do acrônimo PICOS (população, intervenção, comparação, desfecho, tipo de estudo), usando os termos MeSH no PubMed (e seus *Entry Terms*) e DeCS na LILACS, adaptando-os às demais bases.

Como não foram identificadas RS que atendessem aos critérios de elegibilidade, realizou-se busca adicional de ensaios clínicos randomizados (ECR) publicados em inglês, espanhol e português, sem restrição quanto ao ano de publicação. A busca por ECR foi realizada em junho de 2020, com a mesma combinação de palavras-chave, nas bases PubMed, *Epistemonikos*, LILACS, CENTRAL – *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, Embase e Google Acadêmico.

A avaliação da qualidade metodológica dos ECR incluídos foi realizada por meio da ferramenta para avaliação de risco de viés da Cochrane.⁷

RESULTADOS

A partir do processo de seleção, foram incluídos três ensaios clínicos randomizados. A seguir são apresentados os principais resultados das práticas corporais da MTC relacionados a (1) obesidade e sobrepeso; (2) tabagismo; (3) segurança.

(1) Práticas corporais da MTC no manejo de obesidade e sobrepeso

A revisão rápida sobre o tema⁴ identificou dois ensaios clínicos randomizados sobre efeitos de Tai chi (como intervenção única ou em Terapia combinada) e um ensaio sobre efeitos de Qigong no tratamento de obesidade em adultos e idosos. Esses ensaios relataram resultados sobre: índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura, peso, massa corporal, gordura, sensação de fome, e eventos adversos (Glossário 2).

Acesse a visualização no formato de mapa de evidências



Glossário 2: Termos relacionados aos desfechos analisados para obesidade e sobrepeso

- **Redução do IMC:** Parâmetro de classificação de obesidade e/ou massa corporal que indica se o peso está dentro da faixa ideal (entre 18,5 e 24,9), abaixo (<18,5) ou acima (entre 25 e 29,9 – Sobrepeso; igual ou acima de 30 – Obesidade), conforme indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸.
- **Redução do peso corporal:** Descreve alterações na medida (em quilogramas) dos participantes⁹.
- **Gordura corporal:** Depósitos de tecido adiposo por todo o corpo humano¹⁰. Sua medida serve para verificar aumento ou redução de sobrepeso/obesidade e mostra com mais precisão risco de doenças cardiovasculares¹¹.
- **Massa corporal:** Variável antropométrica que verifica as proporções do corpo, diferenciando e medindo a gordura corporal e a massa magra¹².
- **Circunferência da cintura:** Medida feita ao redor do corpo, na altura do abdômen e acima do osso do quadril¹³ e serve como indicador da obesidade central e de risco para doenças crônicas¹¹.
- **Sensação de fome:** Descreve a percepção autorreferenciada dos participantes quanto à fome sentida, em geral acessada por meio de questionário.¹⁴

Os efeitos sobre a **massa corporal** foram analisados por meio de Tai chi comparado a caminhada (1 ECR com 253 participantes, risco de viés incerto para randomização e alocação) e Tai chi comparado a duas sessões de avaliação de saúde e condicionamento físico (1 ECR com 250 participantes, risco de viés incerto para randomização e alocação). Os achados mostraram reduções da massa corporal em ambas as comparações, porém as diferenças não foram estatisticamente significantes.¹⁵

A **redução do IMC** foi analisada para a prática de Tai chi mais dieta hipocalórica comparada à dieta hipocalórica mais exercícios físicos convencionais. Os resultados mostraram que houve diminuição no IMC em ambos os grupos (1 ECR com 21 mulheres, risco de viés para alocação), sem diferença estatisticamente significativa entre eles.¹⁴

A **circunferência da cintura** foi avaliada para a prática de Tai chi comparada à caminhada e duas sessões de avaliação de saúde combinada a condicionamento físico. Os achados apontaram efeito favorável ao Tai chi, quando comparado a duas sessões de avaliação de saúde e condicionamento físico (1 ECR com 253 participantes, risco de viés incerto para randomização e alocação). Tai chi não se mostrou superior à caminhada, apesar dos participantes de ambos os grupos terem apresentado diminuição significativa da circunferência de cintura (1 ECR com 250 participantes, risco de viés incerto para randomização e alocação).¹⁵

Os efeitos sobre a **gordura corporal** foram analisados para Tai chi e Terapias combinadas (Tai chi mais dieta hipocalórica). Os resultados foram positivos para Tai chi, quando comparado a duas sessões de caminhada e condicionamento físico (1 ECR com 253 participantes, risco de viés incerto para randomização e alocação). Não houve diferenças significantes entre Tai chi comparado a caminhada (1 ECR com 250 participantes, risco de viés incerto para randomização e alocação)¹⁵, nem para Terapias combinadas em relação à dieta hipocalórica mais exercícios físicos convencionais (1 ECR com 21 mulheres, alto risco de viés de alocação).¹⁴

A **redução do peso corporal** foi avaliada com relação a três intervenções: Tai chi, Qi gong e Terapias combinadas (Tai chi mais dieta hipocalórica). O resultado foi melhor para o Tai chi em comparação a duas sessões de avaliação de saúde e condicionamento físico (1 ECR

com 253 participantes e risco de viés incerto para randomização e alocação), mas não houve diferença de benefício do Tai chi quando comparado à caminhada (1 ECR com 250 participantes e risco de viés incerto para randomização e alocação).¹⁵ Não houve diferença de benefício do Qi gong em comparação à Técnica de Acupressão de Tapas (TAT) e ao apoio autodirigido na avaliação inicial dos participantes. Após 12 e 24 semanas, os resultados de TAT e apoio autodirigido foram melhores, com destaque para TAT (1 ECR com 92 participantes, risco de viés de alocação incerto e alto risco de viés de atrito).⁹ Terapias combinadas em comparação a dieta mais exercícios físicos (1 ECR com 21 mulheres participantes e alto risco de viés de alocação) não apresentaram diferença de benefício, sendo que ambas levaram a redução de peso significativa.¹⁴

Por fim, para a **sensação de fome**, avaliada em Terapias combinadas (Tai chi mais dieta hipocalórica), não houve diferença nos resultados comparadas a dieta mais exercícios físicos (1 ECR com 21 mulheres participantes e alto risco de viés de alocação).¹⁴

(2) Práticas corporais da MTC no manejo de tabagismo

A busca por estudos sobre eficácia de práticas da medicina tradicional chinesa no controle do tabagismo de adultos e idosos não identificou revisões sistemáticas ou ensaios clínicos sobre o tema, indicando importante lacuna na literatura científica.

(3) Segurança das práticas corporais da MTC

A segurança refere-se a quaisquer efeitos adversos que possam ser experimentados pela pessoa exposta à intervenção. Apenas um ensaio clínico randomizado,¹⁴ com alto risco de viés de alocação, analisou a segurança da prática de Tai chi combinado a dieta para participantes mulheres com obesidade, concluindo que não houve eventos adversos durante o período de acompanhamento.

IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

Ainda são escassos os estudos sobre Tai chi, Qi gong e Tui-na, o que não permite concluir sobre eficácia e segurança dessas práticas para o tratamento de obesidade em adultos e idosos. Com relação a possíveis efeitos das práticas corporais da MTC no tabagismo não foram identificados ensaios clínicos randomizados ou revisões sistemáticas.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As práticas da medicina tradicional chinesa, especialmente a acupuntura (abordada no Capítulo 7), têm sido disseminadas como terapias não farmacológicas que auxiliam na redução de sintomas de várias doenças e melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

A falta de evidências sobre os benefícios dessas práticas no manejo de obesidade e tabagismo, no entanto, não tem sido impedimento para que sejam ofertadas no SUS, como mostram as várias experiências no Brasil.¹⁶

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde [internet]. Brasília (DF); 2018 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf
2. Yeung A, Chan JSM, Cheung JC, Zou L. Qigong and Tai-Chi for Mood Regulation. *Focus (Am Psychiatr Publ)* [internet]. 2018 [acesso em 14 jun 2021];16(1):40-47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6519567/>
3. Klein PJ, Baumgarden J, Schneider R. Qigong and Tai Chi as Therapeutic Exercise: Survey of Systematic Reviews and Meta-Analyses Addressing Physical Health Conditions. *Altern Ther Health Med*. 2019;25(5):48-53.

4. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS, Barreto JOM. Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa no tratamento de obesidade em adultos e idosos [internet]. Brasília: Fiocruz; 2020 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117703/relatorio_rr_praticas-de-mtc_obesidade_2020.pdf
5. Melo RC, Araújo BC, Silva LALB, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS, Barreto JOM. Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa no controle do tabagismo em adultos e idosos [internet]. Brasília: Fiocruz; 2020 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118201/relatorio_rr_praticas-de-mtc_tabagismo.pdf
6. Snilstveit B, Bhatia R, Rankin K, Leach B. 3ie evidence gap maps: a starting point for strategic evidence production and use, 3ie Working Paper 28. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie) [internet]. 2017 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: <https://www.3ieimpact.org/sites/default/files/2019-01/wp28-egm.pdf>
7. Carvalho APV, Silva V, Grande AJ. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Diagn Tratamento*. 2013;18(1):38-44.
8. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. *Rev Bras Med Esporte* [internet]. 2010 [acesso em 14 jun 2021];16(2):90-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/y5rNM97t3JpfshH5gHVfx6K/?lang=pt&format=pdf>
9. Elder C, Ritenbaugh C, Mist S, et al. Randomized trial of two mind-body interventions for weight-loss maintenance. *J Altern Complement Med*. 2007;13(1):67-78.
10. Bireme. Portal Regional da BVS. Distribuição da Gordura Corporal [internet]. BIREME: 2020 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=E01.370.600.115.100.062
11. Lima CGD, Basile LG, Silveira JQD, Vieira PM, Oliveira MRMD. Circunferência da cintura ou abdominal? uma revisão crítica dos referenciais metodológicos. *Simbio-Logias* [internet]. 2011 [aces-

- so em 14 jun 2021];108-131. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/133615/ISSN1983-3253-2011-04-06-108-131.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Alonso AC, Mochizuki L, Monteiro CBM, Santos S, Luna NMS, Brech GC et. al. Fatores antropométricos que interferem no equilíbrio postural. *Brazilian Journal of Biomechanics* [internet]. 2012 [acesso em 14 jun 2021];13(25). Disponível em: <http://citrus.uspnet.usp.br/biomecan/ojs/index.php/rbb/article/viewFile/193/112>
 13. Bireme. Portal Regional da BVS. Circunferência de cintura [internet]. BIREME: 2020 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=E01.370.600.115.100.160.560
 14. Dechamps A, Gatta B, Bourdel-Marchasson I, Tabarin A, Roger P. Pilot study of a 10- week multidisciplinary Tai Chi intervention in sedentary obese women. *Clin J Sport Med*. 2009;19(1):49-53.
 15. Hui SSC, Xie YJ, Woo J, Kwok TCY. Effects of Tai Chi and Walking Exercises on Weight Loss, Metabolic Syndrome Parameters, and Bone Mineral Density: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary Alternative Medicine* [internet]. 2015 [acesso em 29 de jul 2020];2015:976123. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/976123/>
 16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [internet]. Brasília (DF); 2015 [acesso em 14 jun 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf

Yoga: mapa de evidências

Cézar D. Luquine Jr.ⁱ, Daiane Sousa Meloⁱⁱ, Laura dos Santos Boeiraⁱⁱⁱ,
Aline A. V. Ribeiro^{iv}, Jorge Otávio Maia Barreto^v

INTRODUÇÃO

O yoga tem origem na Índia e está relacionado a um conjunto de conhecimentos e práticas que abarca as dimensões física, mental e espiritual. A partir do século XX, disseminou-se em países da América e Europa, onde se associou à medicina ocidental.¹ Entre as várias escolas tradicionais do yoga, persiste a compreensão desse fenômeno como prática para o desenvolvimento da consciência e do conhecimento de si.² Pessoas em diversos países utilizam o yoga como prática complementar promotora da saúde. Estão relatados na literatura os usos de yoga principalmente como técnica para aliviar dores crônicas nas costas e articulações,^{3,4} para complementar o tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade⁵ e para prevenção de doenças crônicas.^{3,4}

-
- i Cézar D. Luquine Jr. (cezar.zlj@gmail.com) é psicólogo, especialista em Saúde Coletiva, assistente de Pesquisa no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- ii Daiane Sousa Melo (dsousamelo@gmail.com) é nutricionista, mestra em Ciências (Nutrição em Saúde Pública)
- iii Laura dos Santos Boeira (laura@veredas.org) é psicóloga, mestra em Bioética, diretora executiva no Instituto Veredas
- iv Aline A. V. Ribeiro (aline.avribeiro@gmail.com) é bacharela e licenciada em Ciência Sociais, mestra em Filosofia (Estudos Culturais), pesquisadora discente no Núcleo de Estudos de Gênero - PAGU, Universidade Estadual de Campinas
- v Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br, jorgeomaia@hotmail.com) é bacharel em Direito, mestre e doutor em Políticas Públicas, pesquisador em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz - Diretoria de Brasília

O yoga é uma das técnicas de medicina tradicional e complementar reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Estratégia para Medicina Tradicional 2014-2023.⁶ Essa iniciativa, lançada primeiramente em 2002, busca apoiar nações no desenvolvimento de políticas e na implementação de ações que fortaleçam as terapias tradicionais para promover a saúde da população, o que pode impactar a expansão do yoga para países ocidentais. No ano de 2008, nos Estados Unidos, 6,1% da população relatou ter recebido orientação médica ou profissional para praticar yoga.³

Definitivamente, o yoga alcançou apelo universal como atividade para o bem-estar e alívio do estresse no Dia Internacional do Yoga de 2017. Na ocasião, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu que a prática oferece tais benefícios e contribui para uma vida saudável. Por isso, o yoga é relevante para atingir as metas da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030.⁷

O Brasil se destaca no continente americano por ter uma iniciativa específica para promover a medicina tradicional e complementar, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).⁶ Essa política incorporou o yoga no rol de práticas orientadas para os serviços públicos de saúde a partir de 2017 e está em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que recomenda as atividades corporais, principalmente nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).⁸⁻¹⁰ Apesar de ainda não estar amplamente implementado na rede de atenção, em 2004 o Ministério da Saúde identificou que 14,6% dos municípios utilizavam o yoga como prática complementar, inserida principalmente na APS.⁹

Apesar da expansão das práticas do yoga, existem algumas dificuldades para sua concreta recomendação devido à baixa qualidade das provas científicas disponíveis sobre seus efeitos. Recomenda-se que os médicos analisem se os pacientes irão se beneficiar com o yoga, considerando a história clínica, o contexto e os tipos de aulas de yoga disponíveis para cada pessoa antes de sugerir a sua prática.¹¹ (Glossário 1)

Glossário 1: características do yoga e tipos de intervenção

- **Posturas (asanas):** atividade física de um conjunto de músculos, envolvendo posturas em posições específicas e autoconcentração.¹²
- **Técnica de respiração (pranayama):** treinamento integrativo corpo-mente para controlar e regular a respiração de uma maneira específica. Também conhecida como “respiração diafragmática” ou “respiração profunda”, inclui contração do diafragma, expansão da barriga, e aprofundamento da inalação e exalação.¹²
- **Meditação:** abordagem para treinar a mente utilizando técnicas que envolvem atenção (observando os pensamentos errantes) e que podem envolver concentração (concentrando-se em um único ponto). As técnicas podem incluir foco, mantra e caminhar, com objetivo de atingir um nível mais elevado de consciência e contemplação dos pensamentos.¹²
- **Hatha yoga:** estilo básico para iniciantes, incorporando posturas, em oposição a exercícios de respiração ou meditação. Descrito como não tendo posturas muito desafiadoras.¹²
- **Laughter yoga:** consiste em exercícios de riso em grupo envolvendo riso simulado, alongamento suave, respiração rítmica, meditação e brincadeiras.¹³
- **Sudarshan kriya yoga (SKY):** envolve a prática avançada de respiração rítmica, controlada e cíclica. A técnica envolve ciclos lentos, médios e rápidos, Ujjayi (respiração vitoriosa), Bhastrika (respiração de fole) e canto de Om (mantra).¹²
- **Vinyasa yoga:** envolve movimentos fluidos e contínuos entre as posturas, com respiração coordenada. A maioria das aulas são voltadas para alunos aptos fisicamente.¹²
- **Terapias combinadas (yoga integrado):** combinação de posturas físicas, exercícios respiratórios e meditação.¹²

MÉTODOS

Para investigar a **eficácia e segurança do yoga** em relação a algumas condições de saúde, foram realizadas quatro revisões sistemáticas rápidas (RR) em 2019 e 2020: Yoga para tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos,¹⁴ Yoga para o tratamento de dor crônica e aguda em adultos e idosos,¹⁵ Yoga no controle do tabagismo em adultos e idosos¹⁶ e Yoga no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos.¹⁷ As RR foram executadas pelo Instituto de Saúde de São Paulo e

pela Fiocruz Brasília, em resposta a demandas da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde (CNPICS/DESF/SAPS/MS).

As RR partiram de uma pergunta de pesquisa e da definição de: a) critérios de inclusão e exclusão; b) bases de dados a serem consultadas e estratégias de busca; e c) processo de seleção e avaliação de qualidade metodológica das evidências. O mapa de evidências apresentado neste capítulo foi elaborado a partir dos resultados dessas RR para facilitar a visualização do quantitativo de estudos, por intervenções e desfechos. A metodologia para construção do mapa de evidências foi adaptada da organização *International Initiative for Impact Evaluation (3ie)*¹⁸ e inclui informações sobre o tópico de desfecho, o tipo de estudo, a qualidade metodológica e o resumo dos achados.

As buscas nas RR focaram na identificação de revisões sistemáticas publicadas em inglês, espanhol e português sem restrição em relação ao período de publicação. Em todas as RR¹⁴⁻¹⁷ as buscas foram feitas nas bases eletrônicas PubMed, Embase, Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Epistemonikos, Health Systems Evidence e Health Evidence. A base Rx for Change foi utilizada em duas RR.^{16,17} As estratégias de busca foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave estruturadas a partir do acrônimo PICOS (população, intervenção, comparação, desfecho, tipo de estudo), usando os vocabulários controlados MeSH (PubMed) e DeCS (BVS) e adaptando-as para as demais bases.

Todas as revisões sistemáticas (RS) incluídas passaram por avaliação da qualidade metodológica por meio da ferramenta AMSTAR 2.¹⁹ As informações detalhadas sobre a busca, incluindo data de realização e termos utilizados, e sobre o processo de seleção e avaliação da qualidade metodológica estão descritos nas versões originais das RR.¹⁴⁻¹⁷

RESULTADOS

A seguir são apresentados os principais resultados do yoga relacionados a (1) ansiedade e depressão; (2) dor crônica e aguda; (3) tabagismo; (4) obesidade e sobrepeso; (5) segurança.

O gráfico do mapa de evidências apresenta uma visão panorâmica do conjunto de desfechos analisados para essas condições de saúde.

Acesse a visualização no formato de mapa de evidências



(1) Yoga para manejo de ansiedade e depressão

A revisão rápida sobre o tema identificou 23 revisões sistemáticas que avaliaram os efeitos do Yoga para tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos.¹⁴ Foram investigados resultados sobre: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e ansiedade ou depressão relacionadas a outras condições de saúde (Glossário 2).

Glossário 2: desfechos analisados para ansiedade e depressão

- **Transtornos depressivos:** diminuição da intensidade de sintomas de depressão, em geral acompanhada por escalas específicas. Pode estar relacionado a grupos específicos como mulheres no período perinatal ou pessoas idosas.
- **Transtornos de ansiedade:** diminuição da intensidade de sintomas de ansiedade, em geral acompanhada através de escalas específicas. Pode estar relacionado a grupos específicos como mulheres no período perinatal ou pessoas idosas.
- **Ansiedade ou depressão relacionadas a outras condições de saúde:** diminuição da intensidade de sintomas de ansiedade ou depressão para pessoas que possuem outras condições de saúde, tais como insônia, esclerose múltipla, fumo, acidente vascular cerebral, câncer de mama, obesidade, osteoporose, hemiparesia e enxaqueca.

Os transtornos depressivos foram um dos desfechos analisados por meio de comparações do yoga com diferentes técnicas, produzindo resultados inconsistentes. O yoga mostrou efeitos moderados em curto prazo para a gravidade da depressão nos subgrupos de casos diagnos-

ticados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) ou de comparação com exercícios aeróbicos; já no longo prazo não houve diferença (12 ECR com 452 participantes, incluídos em uma RS com grau baixo de qualidade).²⁰

Em uma RS com baixo grau de qualidade, os resultados foram inconsistentes em quatro estudos primários que mediram os efeitos da *Laughter yoga* na depressão: houve melhora entre mulheres idosas deprimidas e redução do humor deprimido entre homens universitários em medidas imediatamente após e um mês depois da intervenção. Todavia, dois estudos primários não encontraram mudanças logo após a intervenção.¹³ Como tratamento adjunto para depressão, o yoga teve efeitos positivos em dois ensaios clínicos randomizados (ECR) incluídos em uma RS com grau baixo de qualidade.²¹

O uso de yoga parece ser benéfico no enfrentamento da depressão comparado a nenhuma intervenção (oito estudos com 319 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).²² O yoga teve efeitos positivos para depressão quando comparado a intervenções diversas, tais como SKY parcial (sem respiração cíclica), nenhuma intervenção, lista de espera, eletroconvulsoterapia, relaxamento progressivo de Jacobson e imipramina (cinco ECR com 28 a 50 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).²³ Também apresentou um benefício significativo em outra RS com grau baixo de qualidade (11 ECR com 14 a 122 participantes)²⁴ e benefícios acentuados na depressão (quatro ECR com 28 a 70 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).²⁵

O yoga teve resultados comparáveis aos de exercícios e medicamentos, porém piores que da eletroconvulsoterapia (ECT) para a redução da gravidade da depressão (sete ECR com 20 a 53 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).²⁶ Não houve diferença entre yoga e outros exercícios físicos conscientes e não conscientes para conter os sintomas depressivos (três ECR com 30 a 45 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).²⁷ Uma RS com grau criticamente baixo de qualidade encontrou efeitos conflitantes (favoráveis e desfavoráveis) para o yoga.²⁸

Já o Hatha yoga não teve diferenças de efeito em comparação ao tratamento habitual ou a controles ativos (após seis meses), mas foi mais efetivo que psicoeducação para redução de sintomas de depressão (18 ECR com 1.532 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).²⁹ Programas integrados de yoga foram elencados como possivelmente mais efetivos do que apenas exercícios baseados em yoga (seis ECR com 375 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).³⁰

Para mulheres com depressão pré-natal, o yoga foi considerado benéfico (oito ECR com 405 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³¹ O Hatha yoga teve efeitos positivos na redução dos níveis de depressão em mulheres na fase de preparo para fertilização *in vitro* (dois ECR incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).³² O uso de yoga levou à redução mais acentuada dos níveis de depressão pré e pós-natal em mulheres em comparação aos grupos de controle (13 estudos, sendo sete ECR, com 667 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo; um ECR com 57 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).^{33,34} Ao longo do tempo, os sintomas diminuíram progressivamente em ambos grupos, mas a redução foi mais acentuada no grupo de yoga (um ECR com 57 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).³⁴

Entre idosos, praticar yoga reduziu os níveis de depressão no curto prazo (quatro ECR incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³⁵ Resultados similares foram observados após três e seis meses de acompanhamento, com um efeito considerado moderado (18 ECR com 12 a 77 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³⁶

Os transtornos de ansiedade foram outro desfecho analisado por meio de comparações do yoga com diferentes técnicas, mas os resultados são conflitantes.

O yoga levou a um benefício significativo na gravidade da ansiedade (11 ECR com 14 a 122 participantes, incluídos em uma RS com grau baixo de qualidade).²⁴ O uso de yoga parece ser benéfico no curto prazo para reduzir a intensidade da ansiedade comparado a nenhuma

intervenção e a grupos ativos, com efeitos de magnitude de moderada a grande (8 estudos, sendo sete ECR, com 319 participantes no total, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).²² Um efeito de tamanho grande e significativo foi encontrado para o desfecho de ansiedade comparando yoga aos grupos sem intervenção, em lista de espera ou recebendo terapias ativas (38 ECR com 12 a 272 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³⁷

Uma revisão sistemática com grau baixo de qualidade não encontrou efeitos no curto prazo para o uso de yoga para ansiedade em comparação ao tratamento habitual e evidências limitadas foram encontradas favoráveis ao yoga em relação ao relaxamento.²⁰

Em uma revisão sistemática com grau criticamente baixo de qualidade, que incluiu 23 estudos (sendo nove ECR) com 39 a 131 participantes, os resultados foram mistos.³⁸ Dois estudos não apresentaram resultados significativos e nos demais estudos o yoga foi apontado como efetivo. Hatha yoga foi a forma mais comum utilizada e também a que mostrou melhores resultados em termos de efetividade para o estado de ansiedade (*state anxiety*). Os achados sugerem que participar de dez ou mais sessões de yoga tem relação com a efetividade da intervenção.

Também foi investigado o uso de Hatha yoga para reduzir sintomas de ansiedade, e os resultados foram positivos apesar de o efeito ser pequeno. Em análise de moderação se identificou que sessões de yoga mais longas estavam associadas a maiores benefícios e quanto maiores os níveis de ansiedade no início das sessões, maiores os benefícios (17 estudos, sendo 10 ECR, com 501 participantes, incluídos em uma RS de grau baixo de qualidade).³⁹ Todavia, outra revisão não encontrou diferenças no uso de Hatha yoga em relação a grupos ativos (18 ECR com 1.532 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).²⁹

Numa RS com baixo grau de qualidade, três ECR mediram níveis de ansiedade após o Laughter yoga: um não encontrou diferenças significativas entre os esquemas; em dois houve redução da ansiedade, medida imediatamente após e um mês após a intervenção.¹³

O Hatha yoga teve efeitos positivos na redução dos níveis de ansiedade em mulheres na fase de preparo para fertilização *in vitro* (dois

estudos incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).³² O uso de yoga levou à redução dos níveis de ansiedade em mulheres grávidas em comparação aos grupos de controle (13 estudos, sendo sete ECR, com 667 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo).³³

Entre idosos, praticar yoga reduziu os níveis de ansiedade (dois ECR incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³⁵ Devido à baixíssima qualidade metodológica dos estudos primários em uma revisão sistemática, não foi possível afirmar sobre a efetividade de yoga para ansiedade, todavia encontraram efeitos positivos do uso de yoga para transtorno obsessivo compulsivo, ansiedade de teste, fobia de cobras, neurose de ansiedade e psiconeurose (RS com grau criticamente baixo de qualidade).⁴⁰

Avaliando a **ansiedade ou depressão relacionadas a outras condições de saúde** (tais como insônia, esclerose múltipla, fumo, acidente vascular cerebral, câncer de mama, obesidade, osteoporose, hemiparesia, enxaqueca), encontrou-se um efeito positivo grande favorável ao yoga para ansiedade (38 ECR de 12 a 272 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³⁷

O yoga foi igualmente efetivo para mulheres com câncer de mama, mulheres com enxaqueca, mulheres pré-menopausa com sintomas climatéricos e idosos para diminuir níveis de ansiedade. Não teve, no entanto, efeitos significativos para pessoas com esclerose múltipla, com linfoma e com câncer durante radioterapia (23 estudos, sendo 16 ECR, com 39 a 131 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).³⁸

As medidas de depressão reduziram após a prática de yoga entre pacientes com histórico de traumas psicológicos (12 estudos, sendo 10 ECR, com 21 a 183 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).⁴¹ Em idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica, no entanto, o yoga não promoveu alterações significativas nos sintomas depressivos, na ansiedade ou na qualidade de vida (18 ECR com 12 a 77 participantes, incluídos em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).³⁶

(2) Yoga para manejo de dor crônica e aguda

A revisão rápida sobre o tema identificou 10 revisões sistemáticas que avaliaram os efeitos do Yoga para o tratamento de dor crônica e aguda em adultos e idosos.¹⁵ Esses estudos relataram resultados sobre: lombalgia, dor cervical, fibromialgia e outras dores (Glossário 3).

Glossário 3: desfechos analisados para dor crônica e aguda

- **Dor lombar/lombalgia:** dores na região lombar, incluindo redução da dor, melhora de condições de incapacidade relacionadas à dor e melhora clínica da dor.
- **Dor cervical:** dores na região do pescoço e ombros, incluindo redução da intensidade da dor, melhora da qualidade de vida relacionada à dor e melhora de condições de incapacidade relacionadas à dor.
- **Fibromialgia:** dores relacionadas à síndrome de fibromialgia, cujos sintomas incluem dor crônica generalizada, fadiga, e estresse somático e psicológico.⁴²
- **Outras dores:** inclui dores relacionadas a osteoartrite e artrite reumatoide, e síndromes do túnel do carpo e do intestino irritável.

A **lombalgia** foi um dos desfechos analisados por meio de comparações do yoga com cuidados habituais, exercícios, intervenções educativas, controle de atenção e/ou pessoas em lista de espera para yoga.

O resultado foi melhor para o yoga em comparação a cuidados habituais, atendimento médico ou educação a curto e longo prazos (seis ECR com 584 participantes, incluídos em uma RS com grau baixo de qualidade).⁴³ O yoga também foi mais efetivo em reduzir a incapacidade específica das costas a curto e longo prazos (oito ensaios, 689 participantes, incluídos em uma RS com grau baixo de qualidade).⁴³

Os efeitos do yoga foram moderadamente maiores a curto e médio prazos quando comparados ao controle de atenção ou lista de espera (respectivamente cinco e dois ECR, com amostras de 60 a 313 participantes, incluídos em uma RS com grau moderado de qualidade).⁴⁴ Comparado com exercícios físicos, o yoga teve resultados que não foram

estatisticamente significativos e apresentaram grande heterogeneidade (RS com grau moderado de qualidade).⁴⁴

Numa RS com grau moderado de qualidade, os resultados foram favoráveis ao yoga em uma semana intensiva (um ECR com 80 participantes), em quatro semanas (um ECR com 54 participantes) e aos sete meses (um ECR com 54 participantes).⁴⁵ Nessa mesma RS, em comparação a nenhum exercício, os resultados foram favoráveis ao yoga na redução da dor lombar em 4-6 semanas (dois ECR com 40 participantes), em 3-4 meses (cinco ECR com 458 participantes), e aos seis meses (quatro ECR com 414 participantes). Aos doze meses, as diferenças não mostraram significância estatística (dois ECR com 355 participantes).⁴⁵ Para melhora clínica relacionada à lombalgia, os resultados foram favoráveis ao yoga em 4-6 semanas (dois ECR com 141 participantes), aos 3 meses (três ECR com 168 participantes), e aos seis meses (um ECR, 128 participantes) quando comparado a nenhum exercício. O yoga em comparação ao exercício não apresentou diferença estatisticamente significativa na melhora clínica.⁴⁵ Os resultados foram favoráveis ao yoga quando comparado a nenhum exercício para melhora de incapacidade específica relacionada à dor lombar em 4-6 semanas (cinco ECR com 256 participantes), em 3-4 meses (sete ECR com 667 participantes), aos seis meses (seis ECR; 630 participantes), e aos doze meses (dois ECR; 365 participantes). Quando o yoga foi comparado a exercícios, não foram observadas diferenças para função específica das costas.⁴⁵

Já comparado à educação por meio de livro de autocuidado e sem exercícios físicos, o yoga apresentou efeito de grande magnitude, em médio prazo (26-32 semanas) para controle da dor (dois ECR com 88 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).⁴⁶ Um efeito global moderado foi observado para o yoga comparado a intervenções passivas. Também foi investigada a incapacidade específica relacionada à dor lombar, observando um efeito moderado do yoga para melhora da funcionalidade (quatro ECR, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).⁴⁷ Uma revisão relatou que o yoga foi eficaz na redução da dor lombar crônica, porém dois estudos incluídos nela apontaram que não houve evidências de melhora da dor.⁴⁸

A **dor cervical** foi um dos desfechos analisados por meio de comparações do yoga com cuidados habituais, exercícios, pilates, e medicina complementar e alternativa. Na comparação com cuidados habituais, o yoga teve efeito de curto prazo sobre intensidade da dor no pescoço e sobre a incapacidade relacionada à dor cervical. Também apresentou efeitos de melhora na qualidade de vida e no humor (três ECR com 88 participantes, incluídos em RS de baixo grau de qualidade).⁴⁹ Na comparação com exercícios, o yoga mostrou melhores resultados para dor cervical (nove estudos com 488 participantes) e para redução da incapacidade relacionada à dor (sete estudos com 363 participantes). Não houve diferença significativa na comparação com pilates nem com medicina complementar e alternativa (RS de grau criticamente baixo de qualidade).⁵⁰

Ao analisar os efeitos sobre a **fibromialgia**, observou-se que o yoga reduziu, em curto prazo, a dor associada à síndrome quando comparado ao tratamento tardio ou habitual (dois ECR com 88 participantes, incluídos em uma RS de grau moderado de qualidade).⁴²

Em relação aos efeitos do yoga sobre **outras dores**, observou-se melhora significativa na dor nas mãos associada à osteoartrite e à artrite reumatoide. Tais achados foram baseados em dois ECR com 276 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade.⁴⁷ O yoga promoveu melhora nos índices de dor e função física (um ECR com 11 participantes, incluído em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade), bem como na sensibilidade articular e na dor nas mãos na osteoartrite (um ECR com 26 participantes).⁵¹ Entre participantes com dor da síndrome do túnel do carpo, tanto o yoga quanto cuidados padrão (como uso de tala no punho) foram considerados benéficos no tratamento, mas o yoga não foi uma opção efetiva de tratamento da dor da síndrome do intestino irritável.⁴⁸

(3) Yoga para manejo de tabagismo

A revisão rápida sobre o tema identificou três revisões sistemáticas que avaliaram os efeitos do Yoga no controle do tabagismo em adultos e idosos.¹⁶ Foram investigados resultados sobre: redução do desejo

de fumar, abstinência de fumar, estágio de prontidão para mudança e estado de humor (Glossário 4).

Glossário 4: desfechos analisados para tabagismo

- **Redução do desejo de fumar:** desejo autorreferido de fumar, indicado pela pessoa por meio de questionários, checklists ou entrevistas.
- **Abstinência de fumar:** sintomas de abstinência do cigarro, referidos pela pessoa participante.
- **Estágio de prontidão para mudança:** resultados da escala que mede os diferentes estágios motivacionais para a mudança de comportamentos e hábitos, envolvendo a Pré-contemplação; a Contemplação; o Planejamento ou preparação; a Ação; e a Manutenção.⁵²
- **Estado de humor:** humor autorreferido da pessoa participante, que pode ser identificado por meio do preenchimento de escalas, questionários ou entrevistas.

A **redução do desejo de fumar** foi um dos desfechos analisados por meio de comparações do Hatha yoga com vídeos educativos e a nenhum tratamento. O resultado foi favorável ao Hatha yoga em ambos os casos (dois ECR com 76 participantes cada, incluídos em duas revisões sistemáticas de grau criticamente baixo de qualidade).^{53,54}

Outro desfecho analisado foi a **abstinência de fumar**, por meio de comparações de Terapias combinadas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) + Vinyasa yoga com TCC + programas de bem-estar. O resultado foi favorável para Terapias combinadas (TCC + Vinyasa yoga) em um ECR com 78 participantes, incluído em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade.⁵³ Por outro lado, quando as Terapias combinadas (TCC + Vinyasa yoga) foram realizadas em grupo, identificou-se efeito positivo do yoga na prevalência pontual de abstinência no final do tratamento, mas não houve diferença em relação ao TCC + programas de bem-estar no final do acompanhamento (um ECR com 55 participantes, incluído em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).⁵⁵

Ao avaliar o efeito do Hatha yoga no **estado de prontidão para mudança**, a intervenção teve efeito positivo se comparada ao cuidado

habitual, à dieta ou a nenhum tratamento (um ensaio quasi-randomizado com 20 participantes, incluído em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).⁵³

Para o **estado de humor**, o Hatha yoga mostrou um efeito positivo após 30 minutos da intervenção quando comparado a nenhum tratamento (um ECR com 76 participantes, incluído em uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).⁵⁴

(4) Yoga para manejo de obesidade e sobrepeso

A revisão rápida sobre o tema identificou uma revisão sistemática que avaliou os efeitos do Yoga no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos.¹⁷ Foram investigados resultados sobre: redução do peso corporal, redução do Índice de Massa Corporal (IMC), gordura corporal e circunferência da cintura (Glossário 5).

Glossário 5: desfechos analisados para obesidade e sobrepeso

- **Redução do peso corporal:** diminuição/controlado do peso (em kg) da pessoa participante.
- **Redução do IMC:** diminuição do Índice de Massa Corporal, que é calculado dividindo o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m²).
- **Gordura corporal:** percentual de gordura no corpo da pessoa participante.
- **Circunferência da cintura:** medida, em centímetros, da cintura da pessoa participante.

A **redução do peso corporal** foi um dos desfechos analisados por meio de comparações do yoga com cuidado habitual, dieta e nenhum tratamento. Não houve diferença de efeito entre a prática de yoga e os controles (cinco ECR com 197 participantes, incluídos em uma RS com grau moderado de qualidade).⁵⁶ Também não houve diferença de efeito quando o desfecho observado foi a **gordura corporal** (três ECR com 96 participantes).⁵⁶

Tanto para o yoga, quanto para o Hatha yoga, não houve diferença de efeito quando comparados ao cuidado habitual, à dieta e a nenhum tratamento para a **circunferência de cintura** (cinco ECR com 214 participantes).⁵⁶ Ao analisar os efeitos sobre a **redução do IMC**, o resultado foi favorável ao yoga quando comparado com o cuidado habitual, dieta e nenhum tratamento (cinco ECR com 197 participantes), no entanto, foi constatada elevada heterogeneidade nos estudos.⁵⁶

(5) Segurança da prática de yoga

A **segurança** do yoga está relacionada a quaisquer efeitos adversos que ocorrem com a pessoa exposta à intervenção e possam ser atribuídos a essa exposição. Quando utilizado para o tratamento de dores crônicas e agudas, o yoga não esteve associado a eventos adversos graves (três revisões sistemáticas, duas com grau baixo e uma com grau moderado de qualidade).^{42,43,49} Contudo, a prática foi associada a: aumento de dor lombar em alguns pacientes (uma RS de grau criticamente baixo de qualidade);⁴⁷ aumento da dor e hérnia de disco (uma RS de grau criticamente baixo de qualidade);⁴⁸ e um caso de celulite (uma RS de grau moderado de qualidade).⁴⁴ Na comparação entre yoga e exercícios não houve diferença entre os relatos de eventos adversos (uma RS de grau moderado de qualidade).⁴⁵

No tratamento de ansiedade e depressão não foram relatados efeitos adversos do yoga em uma RS (quatro ECR com 28 a 70 participantes, incluídos em uma RS com grau criticamente baixo de qualidade).²⁵ Porém, outras RS consideraram incertas as conclusões sobre segurança ainda que apontem que o yoga não esteve associado com aumento de lesões ou sintomas de ansiedade (duas RS com graus criticamente baixos de qualidade).^{22,26}

A avaliação da segurança do yoga para tratamento de sobrepeso e obesidade não relatou eventos adversos (uma RS de grau moderado de qualidade).⁵⁶ Também não foram identificados eventos adversos da prática de yoga para tratamento de tabagismo (uma RS de grau criticamente baixo de qualidade).⁵³

IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

O mapeamento dos usos do yoga para diferentes condições revelou uma disponibilidade de estudos maior para transtornos de ansiedade e depressão no grupo de condições avaliadas. Essa diferença já foi previamente apontada em um estudo bibliométrico sobre ensaios clínicos de yoga.³ Há uma discrepância entre os países de realização dos estudos, com grande concentração nos Estados Unidos e em outras regiões de alta renda. Por exemplo, apenas três das 37 RS incluídas nas revisões rápidas avaliaram dados de algum estudo brasileiro. Apesar de terem sido identificados resultados positivos, diferenças contextuais podem dificultar a generalização das intervenções para populações de países mais pobres, como o Brasil.

As principais lacunas identificadas a partir do mapeamento apresentado estão relacionadas à heterogeneidade das medidas de alguns desfechos, inclusive segurança. A variedade de escalas utilizadas para mensurar a melhora de sintomas ansiosos e depressivos, por exemplo, limita as conclusões sobre a efetividade do yoga e sua segurança para diversas condições. Ademais, a baixa qualidade metodológica atribuída às revisões sistemáticas exige que os resultados sejam interpretados com cautela.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A prática do yoga como intervenção terapêutica para as condições avaliadas não esteve associada a eventos adversos graves, desde que acompanhada de instrutor qualificado. Uma metanálise de estudos sobre segurança de yoga já apontou que a prática é tão segura quanto cuidados habituais e atividade física considerando eventos adversos leves e graves.⁵⁷

Os efeitos sobre as condições investigadas são diversos, com maior evidência disponível sobre o uso para dor crônica e sintomas de ansiedade e depressão. Para os casos de dor lombar e cervical os resultados foram favoráveis ao yoga comparado a cuidados habituais, mas há menos

evidência em relação a intervenções ativas. Os resultados são menos consistentes para dores associadas a fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrite, síndrome do túnel do carpo e síndrome do intestino irritável.

Na maior parte das revisões o yoga melhorou os sintomas de participantes diagnosticados com transtornos depressivos. Contudo, os resultados encontrados para transtornos de ansiedade foram conflitantes e inconclusivos. Especificamente entre mulheres no período perinatal e idosos, o yoga parece reduzir sintomas de ansiedade e depressão. É importante cautela ao interpretar os resultados sobre esses desfechos, pois não foram avaliados no longo prazo.

O yoga parece reduzir o IMC em pessoas com obesidade e sobrepeso, porém os achados são de uma única revisão sistemática. Os efeitos do yoga no tabagismo foram positivos, mas estão baseados em poucos ensaios clínicos incluídos em revisões sistemáticas de baixa qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Monro R. Yoga therapy. *J Bodyw Mov Ther* 1997;1:215-8.
2. Feuerstein G. *The yoga tradition: its history, literature, philosophy and practice*. 3. ed. Prescott: Hohm; 2008.
3. Cramer H, Lauche R, Dobos G. Characteristics of randomized controlled trials of yoga: a bibliometric analysis. *BMC Complement Altern Med* 2014;14:328.
4. Cramer H, Ward L, Steel A, Lauche R, Dobos G, Zhang Y. Prevalence, Patterns, and Predictors of Yoga Use: Results of a U.S. Nationally Representative Survey. *Am J Prev Med* 2016;50:230-5.
5. Haller H, Anheyer D, Cramer H, et al. Complementary therapies for clinical depression: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2019;9:e028527.
6. WHO - World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023 [internet]. [acesso em 20 jan 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>

7. United Nations. Sustainable Development Goals. Yoga [internet]. Jun 2017 [acesso em 20 jan 2021]. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/tag/yoga/>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF); 2014.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília (DF); 2015.
10. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexototerapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União. 28 mar 2017; Seção 1:68.
11. Burton A. Should your patient be doing yoga? *Lancet Neurol* 2014;13:241-2.
12. Gautam S, Jain A, Marwale A V, Gautam A. Clinical Practice Guidelines for Yoga and Other Alternative Therapies for Patients with Mental Disorders. *Indian J Psychiatry* 2020;62:S272-9.
13. Bressington D, Yu C, Wong W, Ng TC, Chien WT. The effects of group-based Laughter Yoga interventions on mental health in adults: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018;25(8):517-27.
14. Luquine CD Jr, Melo DS, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Yoga para tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos: resposta rápida [internet]. Brasília: Fiocruz; 2019 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118202/relatorio_rr_yoga_ansiedade_depressao.pdf
15. Ribeiro AAV, Melo RC, Bortoli MC, Toma TS, Barreto JOM. Yoga para o tratamento de dor crônica e aguda em adultos e idosos [internet]. Brasília: Fiocruz; 2019 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118203/relatorio_rr_yoga_dor.pdf

16. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS, Barreto JOM. Yoga no controle do tabagismo em adultos e idosos: resposta rápida [internet]. Brasília: Fiocruz; 2020 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117720/relatorio_rr_yoga_tabagismo_red_2020.pdf
17. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Bortoli MC, Toma TS, Boeira LS, Barreto JOM. Yoga no tratamento de obesidade e sobrepeso em adultos e idosos: revisão rápida [internet]. Brasília: Fiocruz; 2020 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118204/relatorio_rr_yoga_obesidade.pdf
18. Snilstveit B, Bhatia R, Rankin K and Leach B. 3ie evidence gap maps: a starting point for strategic evidence production and use. 3ie Working Paper 28. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie) [internet]; 2017 [acesso em 6 dez 2020]. Disponível em: <https://www.3ieimpact.org/evidence-hub/publications/working-papers/3ie-evidence-gap-maps-starting-point-strategic-evidence>
19. Shea BJ, Reeves BC, Wells GA, Thuku M, Hamel C, Moran J. et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
20. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2013;30(11):1068-83.
21. Arias AJ, Steinberg K, Banga A, Trestman RL. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *J Altern Complement Med* 2006;12(8):817-32.
22. Cramer H, Lauche R, Anheyer D, Pilkington K, de Manincor M, Dobos G, et al. Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety* 2018;35(9):830-43.
23. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: The research evidence. *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):13-24.
24. Zou L, Yeung A, Li C, Wei G-X, Chen K, Kinser P, et al. Effects of meditative movements on major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med* 2018;7(8):195.

25. Balasubramaniam M, Telles S, Doraiswamy PM. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front Psychiatry*. 2013;3:117.
26. Cramer H, Anheyer D, Lauche R, Dobos G. A systematic review of yoga for major depressive disorder. *J Affect Disord* 2017;213:70-7.
27. Tsang HWH, Chan EP, Cheung WM. Effects of mindful and non-mindful exercises on people with depression: A systematic review. *Br J Clin Psychol* 2008;47(3):303-22.
28. D'Silva S, Poscablo C, Habousha R, Kogan M, Kligler B. Mind-Body Medicine Therapies for a Range of Depression Severity: A Systematic Review. *Psychosomatics* 2012;53(5):407-23.
29. Vollbehr NK, Bartels-Velthuis AA, Nauta MH, Castelein S, Steenhuis LA, Hoenders HJR, et al. Hatha yoga for acute, chronic and/or treatment-resistant mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2018;13(10):e0204925.
30. Gong H, Ni C, Shen X, Wu T, Jiang C. Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2015;15(1):14.
31. Ng QX, Venkatanarayanan N, Loke W, Yeo W-S, Lim DY, Chan HW, et al. A metaanalysis of the effectiveness of yoga-based interventions for maternal depression during pregnancy. *Complement Ther Clin Pract* 2019;34:8-12.
32. LoGiudice JA, Massaro J. The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): A systematic literature review. *Appl Nurs Res* 2018;39:220-8.
33. Sheffield KM, Woods-Giscombé CL. Efficacy, Feasibility, and Acceptability of Perinatal Yoga on Women's Mental Health and Well-Being. *J Holist Nurs*. 2016;34(1):64-79.
34. McCloskey RJ, Reno R. Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review. *Soc Work Ment Health*. 2019;17(1):106-28.
35. Klainin-Yobas P, Oo WN, Suzanne Yew PY, Lau Y. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Ment Health* 2015;19(12):1043-55.

36. Patel NK, Newstead AH, Ferrer RL. The Effects of Yoga on Physical Functioning and Health Related Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med.* 2012;18(10):902-17.
37. Zoogman S, Goldberg SB, Voursora E, Diamond MC, Miller L. Effect of yoga-based interventions for anxiety symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Spiritual Clin Pract.* 2019;6(4):256-278.
38. Chugh-Gupta N, Baldassarre FG, Vrkljan BH. A systematic review of yoga for state anxiety: considerations for occupational therapy. *Can J Occup Ther.* 2013;80(3):150-70.
39. Hofmann SG, Andreoli G, Carpenter JK, Curtiss J. Effect of Hatha yoga on anxiety: a meta-analysis. *J Evid Based Med.* 2016;9(3):116-24.
40. Kirkwood G, Rampes H, Tuffrey V, Richardson J, Pilkington K. Yoga for anxiety: A systematic review of the research evidence. *Br J Sports Med.* 2005;39:884-91.
41. Nguyen-Feng VN, Clark CJ, Butler ME. Yoga as an intervention for psychological symptoms following trauma: A systematic review and quantitative synthesis. *Psychol Serv* 2019;16(3):513-23.
42. Langhorst J, Klose P, Dobos GJ, Bernardy K, Häuser W. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatol Int.* 2013;33:193-207.
43. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain.* 2013;29:450-60.
44. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.US; 2018 (Comparative Effectiveness Review;209.)
45. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2017:CD010671.
46. Slade SC, Keating JL. Unloaded Movement Facilitation Exercise Compared to No Exercise or Alternative Therapy on Outcomes for People with Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2007;30:301-11.

47. Ward L, Stebbings S, Cherkin D, Baxter GD. Yoga for Functional Ability, Pain and Psychosocial Outcomes in Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Musculoskeletal Care*. 2013;11:203-17.
48. Lee C, Crawford C, Buckenmaier C, Schoomaker E, Delgado R, York A. Active, Self-Care Complementary and Integrative Medicine Therapies for the Management of Chronic Pain Symptoms: A Rapid Evidence Assessment of the Literature. *J Altern Complement Med* 2014;20:A137-8.
49. Cramer H, Klose P, Brinkhaus B, Michalsen A, Dobos G. Effects of yoga on chronic neck pain: A systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2017;31:1457-65.
50. Li Y, Li S, Jiang J, Yuan S. Effects of yoga on patients with chronic nonspecific neck pain: A PRISMA systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98:e14649.
51. Morone NE, Greco CM. Mind-body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain Med*. 2007;8:359-75.
52. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47:1102-14.
53. Carim-Todd L, Mitchell SH, Oken BS. Mind-body practices: An alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132:399-410.
54. Roberts V, Maddison R, Simpson C, Bullen C, Prapavessis H. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: Systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012;222:1-15.
55. Klinsophon T, Thaveeratitham P, Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P. Effect of exercise type on smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Res Notes*. 2017;10:442.
56. Lauche R, Langhorst J, Lee MS, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis on the effects of yoga on weight-related outcomes. *Prev Med (Baltim)*. 2016;87:213-32.
57. Cramer H, Ward L, Saper R, Fishbein D, Dobos G, Lauche R. The Safety of Yoga: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Epidemiol*. 2015;182:281-93.

Equilíbrio do SER – Serviço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em João Pessoa, PB

Mônica Rocha Rodrigues Alvesⁱ, Antônia Lêda Oliveira Silvaⁱⁱ,
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourtⁱⁱⁱ, Célia Maria Cartaxo Pires de Sá^{iv},
Karoline de Lima Alves^v

INTRODUÇÃO

Este texto tem o objetivo de apresentar uma experiência exitosa com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecidas em tempo de pandemia de Covid-19 pelo “Equilíbrio do Ser”, em João Pessoa, PB.

O Ministério da Saúde (MS) apresentou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS,¹ cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos

-
- i Mônica Rocha Rodrigues Alves (monicarra05@gmail.com) – Odontóloga. Mestre em Gerontologia pelo PPGEnf/UFPB. Especialista em Acupuntura, Terapia Comunitária Integrativa e Saúde da Família
- ii Antônia Lêda Oliveira Silva (antonia.oliveira@academico.ufpb.br) – Professora Titular da UFPB; Mestre em Psicologia Social/UFPB e Doutora pela EERP-USP/São Paulo; Pós-Doutorados: ISCTE/Portugal e SUPSI-Suíça e Presidente do Instituto Paraibano de Envelhecimento da UFPB
- iii Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt (greicykel@gmail.com) – Enfermeira. Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFRGS. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia/UFPB
- iv Célia Maria Cartaxo Pires de Sá (celiamps@yahoo.com.br) – Nutricionista. Mestre. Doutoranda do PPGEnf/UFPB em Enfermagem. Integra o Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade da UFPB. Integra o Instituto Paraibano de Envelhecimento da UFPB
- v Karoline de Lima Alves (karolinelimaalves@gmail.com) – Enfermeira. Mestre. Doutoranda do PPGEnf/UFPB em Enfermagem. Integra o Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade da UFPB. Integra o Instituto Paraibano de Envelhecimento da UFPB

municípios e estados brasileiros, entre as quais se destacam as práticas de acupuntura, homeopatia e fitoterapia.

Devido à ausência de diretrizes específicas, essas práticas eram implementadas de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação. Assim, a partir das experiências existentes, a PNPIC definiu as abordagens no SUS, levando-se em consideração a crescente legitimação dessas práticas por parte da sociedade.¹

Nesse sentido, o desenvolvimento da PNPIC representa mais um passo no fortalecimento do SUS. Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde com base num modelo de atenção humanizada centrada na integralidade do indivíduo, ela contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Considerando o indivíduo na sua dimensão global, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio que requer a interação das ações e serviços existentes no SUS.

As PICS constituem um tema relevante pela importância da promoção e prevenção à saúde por meio dos métodos complementares e pela necessidade do desenvolvimento de ferramentas que fortaleçam a atenção primária à saúde. Nessa direção, o Ministério da Saúde avança no campo de monitoramento das PICS com a publicação da Portaria nº 404, de abril de 2016, que incluiu os procedimentos de terapia comunitária, dança circular (biodança), yoga, oficina de massagem/automassagem, massoterapia e orientação de tratamento termal, ampliando o escopo das PICS no cenário nacional, ao mesmo tempo em que objetiva monitorar a realização destas práticas e subsidiar a gestão do SUS.²

A implementação dessas práticas requer um olhar diferenciado para os modelos de atenção à saúde, no sentido de não se restringir ao modelo tradicional, biomédico e hospitalocêntrico, mas, sobretudo, na perspectiva de se ampliar novas possibilidades de atenção à saúde. Neste contexto, destaca-se o município de João Pessoa como referência nacional no campo das PICS no âmbito de serviços públicos de saúde, tendo em vista que a sua rede de atenção à saúde disponibiliza à população centros de especialidades holísticas operacionalizados por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

As práticas integrativas e complementares no cenário da medicina tradicional e medicina alternativa e complementar

Na busca por uma compreensão sobre a medicina alternativa e complementar (MAC) no contexto mundial, deve-se levar em consideração, pelo menos, que desde o meio do século XIX, a biomedicina, vinculada à ciência, estabeleceu-se de forma consolidada nos países mais poderosos do mundo como a medicina oficial. Esse processo, que também ocorreu no Brasil, se deu de forma diversificada. Nos países europeus e de alta renda, a biomedicina monopolizou as instituições sociais principais de cuidado à saúde e diminuiu a presença e a importância de praticantes, saberes e práticas de cuidado à saúde diferentes dos biomédicos. De acordo com o *National Center of Complementary and Alternative Medicine*, define-se a MAC como o conjunto de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da medicina convencional.³

Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da MAC nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança e eficácia. O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios. Desde a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, a OMS recomenda a seus países-membros a inclusão dessas práticas nos sistemas públicos de saúde.⁴

Tais medicinas e práticas persistiram em muitos locais onde eram fortes, estruturadas e antigas, em lugares como Índia e China, e espalharam-se por conta das migrações, dos contatos comerciais, das influências entre regiões e países vizinhos. Como exemplo, pode-se citar a Medicina Tradicional Chinesa, que se propagou através dos séculos, sendo trans-

mitida e aculturada nos países asiáticos vizinhos, da Indochina e da Indonésia, especialmente Coreia e Japão, bem como Vietnã, Tailândia, Filipinas, Malásia e o subcontinente indiano.

Entretanto, nas últimas décadas, nas sociedades ocidentais de alta renda, observa-se uma revalorização da MAC, com uma crescente procura das populações por cuidados não biomédicos, em paralelo ao uso continuado da biomedicina⁵. Essa procura e sua expansão remontam ao final da década de 1960, tendo desempenhado importante papel no conjunto de transformações denominado contracultura. Associada também ao movimento ecológico e sua crítica à sociedade industrial e de consumo, essa procura envolve uma revalorização de práticas de cuidado à saúde consideradas tradicionais ou mais “naturais”, distintas da farmacoterapia maciçamente usada na biomedicina, inclusive com importação de terapias orientais.³

Outro ponto que merece destaque na contextualização diz respeito às nomenclaturas adotadas para denominar estas práticas, uma vez que não há consensos, pois sofrem alterações a depender das diferentes realidades nos países onde são desenvolvidas. No Brasil, práticas integrativas e complementares em saúde é a designação que o Ministério da Saúde deu ao que se tem chamado na literatura científica internacional de *medicinas alternativas e complementares* (em inglês, *complementary and alternative medicine*). Referem-se ao conjunto heterogêneo de práticas, produtos e saberes, agrupado pela característica comum de não pertencerem ao escopo dos saberes/práticas consagrados na medicina convencional.⁴

A definição da Medicina Tradicional (MT)/medicina complementar alternativa, de acordo com a OMS, compreende “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios.”⁶ A MT abrange uma diversidade de saberes relacionados ao contexto cultural e ao saber popular de populações nativas, enquanto a MCA compreende uma visão mais holística sobre o processo de cuidado em saúde, não focando apenas na enfermidade⁷. Recentemente, a OMS passou a designar todo esse conjunto de medicina tradicional e complementar (MTC) ou MT.⁸ Segundo o *National Center of Complementary and Alternative Medicine*⁴, estas práticas podem ser chamadas de “práticas complementares”, quando utilizadas em associação à

biomedicina; “práticas alternativas”, quando empregadas em substituição à prática biomédica; e, por fim, “práticas integrativas”, quando são usadas conjuntamente à biomedicina, considerando que há evidências científicas de segurança e efetividade.

Neste sentido, a partir dessa contextualização, é possível assinalar que o desenvolvimento das MAC nos sistemas de saúde públicos universais é favorável e seu crescimento é incontestável nas últimas décadas. No mundo, além de um extenso e intenso uso de tais práticas nos países pobres, há uma crescente procura dessas práticas por parte das populações dos países do ocidente.³ As razões para esse crescente interesse vão desde a frustração com a biomedicina em virtude da limitação diagnóstica e terapêutica do saber biomédico, dos efeitos adversos advindos das iatrogenias e do uso indiscriminado de fármacos, corroborando com o processo de medicalização da sociedade, até as qualidades positivas relativas aos méritos próprios das MAC/MT associados a melhor relação terapeuta-usuário e ao maior estímulo à autocura dos doentes.

A importância da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

No Brasil, as limitações apresentadas pelo modelo biomédico fruto do saber científico provocaram uma dupla crise, a saber, uma crise sanitária e uma crise médica de raízes socioeconômicas, que veio corroborar na busca por formas de cuidado e práticas terapêuticas mais humanizadas e com uma compreensão mais integrada de saúde e doença, na perspectiva de uma medicina alternativa.⁸ As práticas orientadas pelos princípios do mercado, dessa maneira, por serem mais vulneráveis às pressões econômicas, priorizam a densidade tecnológica, o interesse monetário, a produtividade de consultas, de exames, de procedimentos e a prescrição de remédios. Por derivação, a doença parece ter mais valor do que o doente.⁹ Consequentemente, há uma tendência de se dar mais importância a consumir procedimentos do que desenvolver relações de cuidado.

As reflexões sobre esses aspectos facilitam o estudo e o reconhecimento das potencialidades, limites, hegemonias e contra hegemonias

na direção de uma medicina alternativa que se apresenta na contramão desse processo de mercantilização da saúde, em que a compreensão do corpo/mente constitui a ferramenta capaz de facilitar o sujeito social a reencontrar o humano por meio de experiências liberatórias de si mesmo, num desprendimento em relação a novas significações da vida e da saúde, com reflexões criativas, afetivas e singulares. Uma espécie de restauração da dignidade humana contra os mecanismos tradicionais de controle simbólico e político do sujeito social.¹⁰

Desse modo, em lados diametralmente ou aparentemente opostos, se configuram a oficializada e legitimada biomedicina, e as medicinas alternativas, também denominadas de MAC ou PICS ou terapias não convencionais ou, ainda, atividades corporais, todas revisadas a serviço da universalidade, equidade, integralidade do cuidado na saúde.

Ao se construir uma retrospectiva histórica da trajetória das PICS, observa-se que no país a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde se iniciaram a partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS. Nessa e na década seguinte, tais experiências continuaram a crescer e a se diversificar.⁹ Diante do caráter não centralizador do SUS e da participação popular, que permite uma maior autonomia para experiências pioneiras,¹¹ já existiam inúmeras atuações no SUS, mesmo antes da implantação de políticas públicas voltadas para esse fim. Na década de 1990, a temática despertou o interesse acadêmico, tendo se destacado o Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), liderado por Madel Luz, que enfocou as PICS em sua multiplicidade de saberes e práticas e em sua diversidade cultural e epistemológica.⁵

Nessa direção, em 2004, aconteceu a primeira pesquisa do MS com o objetivo de elaborar um levantamento dos municípios que realizavam algum tipo de PICS, sendo constatada a existência de 232 municípios que contavam com estrutura para esse tipo de atendimento, distribuídos em 26 estados brasileiros. Apesar do número reduzido quando comparado ao número de cidades existentes no país, é preciso levar em consideração a baixa taxa de respostas dos questionários enviados, o que não permite completa categorização do tema; entretanto, deve-se considerar que os resultados apresentaram 19 capitais dos 26 estados envolvidos.¹¹

O progressivo espaço social adquirido pelas PICS em prol da pluralidade de formas de atendimento à saúde se expressa na diversidade de políticas nacionais no SUS⁷ formuladas dentro da perspectiva de formar e promover os cuidados integrativos como: a medicina natural e práticas complementares (2005); práticas integrativas e complementares (2006); plantas medicinais e fitoterápicas (2006).

Dessa forma, desde 2005, por meio da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), o Brasil já possui políticas públicas que conferem um suporte legal para o desenvolvimento de práticas não convencionais em saúde norteadas pelas diretrizes e recomendações formuladas em conferências nacionais e nas orientações da OMS.¹²

No entanto, as experiências nos serviços do SUS intensificaram-se, particularmente, após a edição do documento da PNPIC, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da portaria GM/MS nº 971 de 03/05/2006, que garante que estas práticas possam ser realizadas no âmbito do SUS e considera o atendimento de fitoterapia/plantas medicinais, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia como principais ações. Dessa forma, o Ministério da Saúde passou a atender a necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e programar as experiências que já estavam sendo desenvolvidas na rede, identificadas no diagnóstico federal.¹¹

A PNPIC inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde no âmbito das Américas. Essa política responde ao desejo da população manifesto nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde desde 1988.¹³

Em linhas gerais, o campo da PNPIC no SUS contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que também podem ser denominados de medicina tradicional e alternativa ou complementar. Esses sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, as quais enfatizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade. Ademais, outros pontos são compartilhados pelas abordagens desse campo, como a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado, especialmente o autocuidado.¹²

Dessa forma, a PNPIC também significou um impulso no reconhecimento e crescimento de todas as demais PICS no SUS. Além disso, é uma política que surgiu em conformidade com outras políticas públicas de saúde brasileiras, sendo, portanto, uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes, o que pode favorecer a complementaridade e ampliar a variedade de opções para os cuidados em saúde.³

Esta política, além de ampliar os atendimentos em PICS/MAC no SUS, pela via da Estratégia Saúde da Família (ESF), valorizando o cuidado de si e do outro, inclusive com custos mais baixos para o sistema de saúde, e com maior credibilidade e satisfação dos participantes, contribuiu para a realização de atividades de investimento na formação e na Educação Permanente em Saúde (EPS), despertando sujeitos mais reflexivos, construtores de significados e subjetividades, para além da caracterização produtivista de um mero recurso humano voltado para gerar a quantidade exigida de procedimentos e consultas.¹⁴

Neste sentido, a PNPIC trouxe as diretrizes e ações para a inserção de serviços e produtos no SUS, relacionados às práticas já legitimadas, bem como as responsabilidades das esferas: federal, estadual e municipal, para melhoria da resolutividade quanto ao seu uso.¹⁵

Desde a sua implantação, o acesso dos usuários do SUS a essas práticas integrativas tem crescido exponencialmente. Nesses onze anos após a implantação das PICS pode-se destacar o interesse crescente da população por uma forma de atenção humanizada e de cuidado singular, iniciando o desenho de uma nova cultura de saúde e a ampliação da oferta destas práticas na rede de saúde pública.¹⁶

A experiência do Equilíbrio do Ser, em João Pessoa, PB

Ao se fazer um resgate histórico dessa construção, observa-se que desde 2005 foram desenvolvidas as primeiras atividades buscando identificar e estimular as PICS na rede de serviços do município e intensificaram-se as ações a partir de 2006, com a aprovação da PNPIC.¹⁷

O processo de consolidação dessas práticas se deu inicialmente pela mobilização do Sindicato dos Terapeutas da Paraíba, que obteve a

aprovação da Lei Municipal de nº 1.655, em 2008. Essa lei normaliza as terapias naturais para atendimento público no SUS, estabelecido por meio da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMSJP) e Secretaria Municipal do Meio Ambiente.¹⁸

Ainda entre 2007 e 2008, a SMSJP promoveu a formação de profissionais da rede em terapia comunitária integrativa, os quais passaram a introduzir nos cenários de práticas, as rodas de terapias como espaço de escuta, troca e partilha. Em 2008, também houve a inserção de homeopatas, acupunturistas e educadores físicos nas equipes formadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que favoreceu a incorporação das PICS ao cotidiano dos serviços, permitindo sua inserção na atenção básica e em outros pontos de atenção.¹⁷

Paralelamente a esse movimento, foi criado um grupo de trabalho (GT) composto por diversos atores implicados e comprometidos com as PICS no âmbito local, com o objetivo de discutir a política nacional, sensibilizar trabalhadores, usuários e gestores da rede de saúde e elaborar estratégias para a consolidação das PICS no município por meio de apoio e investimentos.¹⁷

Assim, essas ações culminaram em avanços na área das PICS, desencadeando a criação em 2010 do primeiro núcleo dessas práticas, o NUPICS Cinco Elementos, localizado dentro do Parque Arruda Câmara (BICA). Em 2012, tivemos a inauguração de dois Centros de Práticas Integrativas e Complementares: o CPICS do Valentina Canto da Harmonia e o CPICS Equilíbrio do Ser.¹⁹

Dentre essas três experiências, o CPICS – Equilíbrio do Ser é o maior serviço nessa modalidade, inaugurado em 31 de agosto de 2012, na região sul de João Pessoa, no bairro dos Bancários e parte da área de abrangência e de responsabilidade do Distrito Sanitário V. Além de ser referência para toda a rede de serviços da atenção básica do município, juntamente com os dois centros acima mencionados, ele integra a rede especializada de PICS no município.²⁰

O Equilíbrio do Ser possui ótima infraestrutura física, contando com ampla recepção, seis consultórios para terapias holísticas individuais, três para práticas coletivas, uma sala com cinco baias para práti-

cas de MTC e outras terapias, uma sala com dois locais de atendimento para terapia ayurvédica, duas salas administrativas, auditório, biblioteca, brinquedoteca, sala de reunião, área externa de horta, mandala de plantas medicinais, almoxarifado, sala de utilidades, copa e doze banheiros. Conta ainda com um laboratório de manipulação de medicamentos, com setores em separado de manipulação de líquidos, sólidos, semissólidos, homeopáticos e florais, controle de qualidade, esterilização de materiais, sala de produtos acabados, quarentena, almoxarifado para insumos e produtos farmacêuticos e área de dispensa de medicamentos.

Atualmente, esse serviço disponibiliza para a população práticas individuais como a MTC/acupuntura, auriculoterapia, moxa, ventosaterapia, homeopatia pediátrica, fitoterapia, massoterapia, reiki, cromoterapia, cristais radiônicos, aromaterapia e terapia floral. São ofertadas ainda práticas coletivas como tai chi chuan, automassagem, terapia comunitária integrativa, meditação, biodança, permacultura, resgate da autoestima, constelação familiar, yoga para crianças, gestantes e adultos, grupos coletivos de auriculoterapia, alimentação saudável, chá da tarde – fitoterapia, arteterapia e contação de histórias.

A Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, em consonância com a PNPICS, tem estimulado a inserção das PICS na atenção básica à saúde e, nessa direção, busca desenvolver estratégias de qualificação profissional, ampliando a divulgação e despertando interesse de profissionais para esta nova modalidade de cuidado que está se estabelecendo no país e que é apoiada pela OMS.

Nesse sentido, desde a inauguração dos centros de PICS na capital, muitos cursos livres de pequena duração ofertados tanto à comunidade quanto aos servidores municipais foram realizados. Essa iniciativa tem alcançado resultados importantes, na medida em que tem despertado o interesse de profissionais da rede em ampliar os conhecimentos nesta área do saber, aumentando a procura por cursos de especializações e aperfeiçoamentos em PICS.

Assim, a atual gestão da SMSJP, por meio da Coordenação das PICS, criou um núcleo de formação, educação continuada e educação permanente, que cuidará, entre outras atribuições, do planejamento das ações

de formação em saúde e da captação de parcerias com outros polos formadores, na perspectiva de ampliar a oferta de diferentes cursos, fortalecendo assim, as PICS no município.

Práticas integrativas e complementares em tempos de pandemia da COVID-19

Acupuntura: O Centro Equilíbrio do Ser organizou o processo de trabalho na perspectiva de ofertar a acupuntura e demais práticas individualizadas presenciais como a osteopatia, moxa e ventosa direcionadas a profissionais que estão na linha de frente de enfrentamento à COVID-19 e aos usuários que acessem o serviço por demanda espontânea, desde que não pertençam ao grupo de risco. Além disso, passou a ofertar o teleatendimento visando o suporte aos usuários no sentido de fortalecer o acolhimento e o vínculo, por meio de palavras de apoio, instruções de meditação ou respiração e até mesmo sugestões alimentares.

Resgate da autoestima: Realizaram-se encontros mediados em grupo de *WhatsApp* com o recurso da web conferência. Os participantes foram incentivados a realizar exercícios físicos, exercícios de respiração, de meditação, utilizando vídeos no intuito de fortalecer o autocuidado no período de confinamento, fortalecendo a troca de experiências e o apoio mútuo.

Yoga: Além de fornecer atendimentos e acompanhamentos personalizados para os participantes de todas as turmas, houve também a produção de conteúdo em vídeo com técnicas da yoga que pudessem auxiliar a população a lidar da melhor forma possível com os impactos do isolamento. Os vídeos foram disponibilizados pelas redes sociais da Prefeitura de João Pessoa, como parte do quadro “Fique em Casa”. A metodologia escolhida teve bases na yogaterapia e práticas meditativas com ênfase em técnicas de respiração, alongamentos, técnicas de concentração, sequências de posturas físicas, técnicas meditativas e relaxamento. Os atendimentos foram compostos de auxílio didático e informativo sobre

práticas fundamentais na higiene em tempos de COVID-19, bem como de orientações básicas relacionadas à promoção de saúde e imunidade, por meio de alimentação, exercícios e práticas geradoras de bem-estar.

Terapia floral: Realizaram-se atendimentos individuais durante o processo pandêmico nos últimos meses. Foram realizados teleatendimentos e, mesmo com o distanciamento social, foi possível realizar atendimentos humanizados, com pouca resistência ao atendimento por telefone, mas com boa aceitação. Foram utilizadas ligações telefônicas e videochamadas via *WhatsApp*, a fim de identificar por meio de conversa o estado emocional do paciente, durante esse período atípico, para poder intervir, caso necessário, com o uso do floral. Conforme relato individual das dificuldades enfrentadas foi elaborado um buquê de flores específicas para tal demanda e marcando um retorno de 15 dias para nova avaliação.

Fitoterapia/grupo chá da tarde: Realizaram-se encontros virtuais abordando diversos temas, visando trazer conhecimento sobre plantas medicinais como também deixar os participantes em contato uns com os outros, mesmo virtualmente, uma vez que o isolamento trouxe para os integrantes do grupo sentimentos como angústia, solidão e até mesmo ansiedade.

Resultados observados a partir das práticas em tempos de pandemia de COVID-19

Nesse momento de impactos intensos e distanciamento social, em que as pessoas estão mais em casa e/ou em condições possivelmente insalubres, é de suma importância ter e promover disciplina no autocuidado e higiene, tanto pessoal como do ambiente em que estamos. Manter uma rotina de atividades que interagem com nosso bem-estar, mesmo que seja em casa, é fundamental para a manutenção da saúde mental, física e emocional. Confirmando assim que as práticas terapêuticas estimulam o autocuidado, fortalecimento da imunidade e o bem viver, sendo imprescindíveis durante e após a pandemia. Os seguintes resultados foram observados no desenvolvimento das práticas acima descritas:

- Melhora na saúde mental dos usuários acompanhados por meio da escuta qualificada, grupos virtuais, práticas individualizadas e teleatendimentos.
- Usuários que já utilizavam as práticas integrativas e que permaneciam praticando de forma regular durante o enfrentamento pandêmico apresentavam melhores condições para administrar fisicamente, mentalmente e emocionalmente todas as questões que pudessem surgir.
- O acompanhamento via telefone ou virtual aproximou os terapeutas das questões mais profundas dos usuários, tendo um apelo positivo e estimulante, gerando o fortalecimento das práticas, trazendo benefícios ou melhorias quase imediatas, reforçando a importância do autocuidado.

Considerações finais

Procurou-se apresentar o relato da experiência de implementação do serviço de PICS, no Equilíbrio do Ser em João Pessoa, no âmbito do SUS, a importância da utilização dessas práticas no processo saúde/doença da população, promovendo qualidade de vida.

A utilização das PICS aponta experiências integradoras, ampliação das formas de cuidado, não centradas no modelo biomédico, mas pautadas numa abordagem holística, focada na vida e não na doença. Por esse meio, as pessoas apresentaram um posicionamento positivo e socializado, capaz de promover saúde, autonomia e autoconhecimento das suas necessidades.

Portanto, acredita-se na importância da formação de profissionais de saúde aptos a dispensarem a realização das práticas integrativas e complementares à população, pois, conforme a literatura apresentada, observa-se que essas práticas são ferramentas importantes de cuidado em relação à população que necessita do atendimento público de qualidade. Em decorrência disso, tal enfoque proporcionaria uma estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS, bem como a construção de um processo de mudanças culturais e comportamentais

do processo saúde-doença, além da criação de um contexto organizacional favorável à criação, uso e compartilhamento de informações e conhecimentos relativos a essas práticas, em virtude de melhorias na qualidade de vida da população.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2006a. (Cadernos de Atenção Básica; 19).
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde inclui 14 novos procedimentos na Política Nacional de Práticas Integrativas [internet]. 2016 [acesso em 2 ago 2017]. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27929-ministerio-da-saude-inclui-14-novos-procedimentos-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas>>
3. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária Brasília (DF); 2017. (Cadernos de Saúde Pública;33).
4. CNMCA - Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa. Departamento de Saúde e Serviços Humanos (EUA). Explorando a ciência da medicina complementar e alternativa: terceiro plano estratégico: 2011-2015. Washington (DC); 2011.
5. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. Cienc. Saúde (Manguinhos)*. 2009;16(2):393-405.
6. Tesser CD Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publ.*2008; 42(5):914-20.
7. Andrade JT. Costa LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Sociedade [internet]*. 2010 [acesso em 31 jul 2017]; 19(3):497-508. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29665/31537>>.

8. Dilélio A. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados Patterns in the use of outpatient care in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2594-2606.
9. Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Revista de Medicina*. 2013;92(4): 224-235.
10. Martins PH. O paradigma energético e os novos significados do corpo e da cura. In: Moscovici S, editor *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 2013.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS. Brasília (DF); 2006b.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília (DF); 2015.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. As práticas integrativas e complementares. Temático Saúde da Família. Brasília (DF); 2008.
14. Sousa IMC, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Integrar-se: uma experiência anti-utilitarista por meio das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais da Atenção Primária em Saúde. In: Martins PH, Bezerra AFB, Silva AS, Sousa IMC, organizadores. *Produtivismo na saúde: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática*. Recife: EDUFPE; 2014.
15. Rodrigues AG, Simoni C, Trajano MA, Campos TP. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso a práticas de saúde e resolutividade do sistema. In: Barreto AF, organizador. *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. Recife: EDUFPE; 2011.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. 2017d. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

- [internet]. [acesso em 2 ago 2017]. Disponível em: <<https://www.plenum.com.br/boletins/detalhes/16762>>.
17. Leite FDC, Carvalho AC. Novo Momento do SUS: realidade da PIC em João Pessoa. Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares à saúde [internet]. 2013; Juazeiro. Petrolina: UNIVASF. 2013. [acesso em 3 ago 2017]. Disponível em: <<http://www.encontroPICnse.univasf.edu.br/docs/anais26.05ultimo.pdf>>.
 18. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2016;26(3):1033–1051.
 19. Campo EM, Gondim MCN, Leite FDC. Qualificação em Práticas Integrativas e Complementares: um Relato de experiência. Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares à saúde [internet]. 2013; Juazeiro, Petrolina: UNIVASF, 2013. [acesso em 5 ago 2017]. Disponível em: <<http://www.encontropicnse.univasf.edu.br/docs/anais26.05ultimo.pdf>>.
 20. Ministério da Saúde (BR). Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016. Disponível em: bvsms.saude.gov.br.

Ensino e implementação da auriculoterapia no SUS

Lúcio José Botelhoⁱ, Charles Dalcanale Tesserⁱⁱ

INTRODUÇÃO

Há cinco anos a auriculoterapia era um tipo de tratamento relativamente pouco usado no Brasil e menos ainda no SUS, conhecido provavelmente apenas por usuários de acupunturistas (ou de outros terapeutas ‘alternativos’), alguns dos quais ocasionalmente inseriam agulhas ou aderiam com micropore sementes vegetais esféricas em pontos na orelha de seus pacientes. Durante longo tempo não se deu muita importância a essa técnica, sendo ela considerada apenas um complemento da acupuntura para alguns casos. Isso começou a mudar no SUS após 2016, com a oferta de várias edições de um curso de auriculoterapia para profissionais de nível superior da atenção primária à saúde brasileira (APS), pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), induzida e financiada pela equipe da área de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde (MS) da época. Este capítulo é uma narrativa que descreve e comenta o nascimento desse curso, sua concepção, construção, logística, oferta, resultados iniciais e mudanças ao longo desses primeiros quatro anos.

i Lúcio José Botelho (lucio.botelho@ufsc.br), médico, doutor em Saúde Coletiva, professor do Departamento de Saúde Pública, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado profissionalizante em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

ii Charles Dalcanale Tesser (e-mail: charles.tesser@ufsc.br), médico, doutor em Saúde Coletiva, professor do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC

O nascimento

Essa história começou antes, em 2010, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, SC, quando por iniciativa do Secretário de Saúde foi criada uma comissão temporária de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), com o objetivo de normatizar tais práticas no SUS municipal. Havia sido promulgada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)¹ há alguns anos e isso deu base para a iniciativa local. A comissão foi composta por profissionais da APS e da gestão da SMS, praticantes ou com formação em PICS. Ao longo de 2010 essa comissão reuniu-se periodicamente, redigiu e negociou com os profissionais interessados e a gestão da SMS a edição de uma normativa interna,² oficializada como portaria,³ que normatizava as PICS na APS e tornava permanente a comissão de PICS, com a função de promover formação na área via educação permanente e prestar assessoria técnica à SMS no tema.

Em 2011 e 2012, entre várias atividades, a comissão de PICS ofereceu duas edições de um curso presencial de auriculoterapia, cujo professor foi o médico de família e acupunturista Renato José Alves de Figueiredo⁴ – que também inseriu a auriculoterapia com outras PICS no grupo de tabagismo do Centro de Saúde do Itacorubi⁵ (experiência avaliada como boa prática em saúde pela Comissão organizadora da 1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis, tendo sido selecionado para apresentação em pôster, em dezembro de 2012, no auditório da Assembleia Legislativa de Santa Catarina).⁶ Os dois primeiros anos de atividades da comissão de PICS de Florianópolis, dos quais um dos autores (CDT) participou ativamente como assessor, foram analisados em um artigo científico, em que foi proposta uma sistematização da implantação municipal de PICS.⁷

A experiência de oferta do curso de auriculoterapia da SMS de Florianópolis e de seu uso no grupo de tabagismo chegou a Brasília em discussões sobre experiências exitosas em PICS promovidas pela área das PICS do Ministério da Saúde (MS), que já tinha em seus planos promover um curso de auriculoterapia à distância, mas não tinha recursos finan-

ceiros.ⁱⁱⁱ Isso motivou seus técnicos a fazerem, quando foi possível, em meados de 2014, um convite a um dos autores para confecção de um curso de auriculoterapia abrangente, para todo o país usando ensino a distância. Ao longo do segundo semestre de 2014 foi discutido o formato do curso com o MS e com uma equipe de profissionais convidados da Prefeitura de Florianópolis envolvidos com PICS, além de ex-alunos de pós-graduação, todos acupunturistas, que formaram uma equipe de trabalho multidisciplinar, com experiência em atenção primária e em auriculoterapia. O curso foi definido como semipresencial e voltado aos profissionais de nível superior atuantes na APS, por encomenda do MS. Também foi definida a opção pelo ensino exclusivo de estimulação por meio de sementes vegetais esféricas aderidas à pele – por exemplo, mostarda [*Sinapsis Alba*], colza [*Brassica napus*] – devido ao baixo custo e menores efeitos adversos em relação a estímulos invasivos como agulhamento. A mesma equipe concebeu o curso, produziu material didático e geriu a oferta do curso nos anos seguintes, em esquema de discussão coletiva e decisão colegiada por consenso, com a contribuição na fase de produção de revisores independentes.

A estruturação do curso

O curso foi estruturado e montado ao longo de 2015, com produção de todos os materiais didáticos. Decidiu-se por uma estrutura de curso com cinco módulos: um primeiro de introdução às PICS e à auriculoterapia; três módulos centrais, um dedicado à abordagem reflexológica, um dedicado à medicina tradicional chinesa (MTC) e um dedicado à abordagem biomédica (hipóteses neurofisiológicas de mecanismos de ação, evidências e sinais de alarme); com um módulo final discutindo implantação e prática da auriculoterapia nos serviços de APS.

Embora existam relatos de uso terapêutico de estímulo auricular por povos antigos ocidentais e orientais,^{8,9} a auriculoterapia de hoje nasceu na década de 1950 com observações clínicas do médico e acupuntu-

iii Conforme comunicação pessoal em 23/01/2021 de Daniel Miele Amado, da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde.

rista francês Paul Nogier,¹⁰ a partir de relatos de pacientes tratados com estímulos auriculares (cauterização) por curadores populares. Nogier estruturou o que chamamos, de forma simplificada, de abordagem reflexológica da auriculoterapia: localizar e estimular na orelha o ‘ponto reflexo’ da região, local, órgão ou às vezes função do corpo que está doente, afetada ou dolorosa. Trata-se de um esquema de correspondência holográfica que postula a representação, na orelha, de todo o corpo humano. Topograficamente, é como se houvesse um corpo humano em posição fetal de cabeça para baixo na orelha, em que o lobo da orelha equivale à cabeça. Nessa lógica, estimulando-se o ponto reflexo na orelha (geralmente na face anterior) pode ser obtido efeito terapêutico à distância, em qualquer parte do corpo afetada.

A abordagem pela MTC da auriculoterapia é derivada da abordagem reflexológica em um sincretismo harmonioso em que se usam raciocínios tradicionais da medicina chinesa aplicados aos pontos reflexos. Tais raciocínios referem-se sobretudo às relações entre os cinco movimentos ou elementos da MTC (água, madeira, fogo, terra, metal), correspondentes respectivamente às duplas acopladas de ‘órgãos e vísceras’ nessa medicina tradicional (*zang-fu*): rins-bexiga, fígado-vesícula, coração-intestino delgado, baço-estômago, pulmões-intestino grosso e suas associações com funções corporais e tipos de adoecimentos e sintomas. Assim, uma pessoa com lombalgia (sem sinais de alarme) terá tratamento auriculoterápico na abordagem da reflexologia via estimulação de um ponto auricular da área reflexa da região lombar (possivelmente o ponto mais doloroso dessa região, à palpação auricular). Já conforme a MTC será acrescentado o ponto dos rins, pois segundo essa abordagem a lombalgia está geralmente associada ao movimento ‘água’, associado aos ossos, aos rins e à região lombar.

Esse sincretismo da MTC com a auriculoterapia é tão harmonioso que não raro se pensa ser a auriculoterapia tradicional na China, no sentido de secular ou milenar. Devemos lembrar que a MTC já dispunha de vários modos tradicionais holográficos, hoje chamados microssistemas, de diagnose e terapêutica: pode-se fazer diagnóstico pela inspeção da língua e do rosto, pela palpação do pulso etc., que refletem a saúde-doença do corpo todo. E tratar um problema em qualquer parte via massagem, por

exemplo, nas áreas reflexas nos pés (*Tui ná*), que também contém o corpo todo. Embora a MTC usasse estimulação auricular em automassagens e contasse com versão “teórica” coerente (como, por exemplo, a união dos meridianos nas orelhas), estímulos terapêuticos nos pontos específicos auriculares hoje conhecidos, não eram usados tradicionalmente na China antes da década de 1950, até onde sabemos (por fontes de tradição oral ou registros históricos). A auriculoterapia via mapa de pontos auriculares reflexos foi um microsistema rapidamente incorporado na MTC no século XX ao lado de vários outros. Após as publicações de Nogier¹¹ os chineses absorveram, desenvolveram, detalharam e oficializaram sua auriculoterapia, como se tradicional fosse. Esse pequeno comentário histórico deixa compreensível porque não é forçada a ideia de destacar a auriculoterapia da acupuntura e ensiná-la separadamente aos profissionais da APS. Coerente com isso, também foi ‘natural’ optar por sua versão menos invasiva (mais segura, mais barata, e eficaz), de modo a socializá-la amplamente nos serviços, enriquecendo as possibilidades de abordagem dos usuários e de seu cuidado clínico na APS.

A abordagem biomédica da auriculoterapia é incontornável enquanto referência científica de saber no ocidente contemporâneo, embora não proporcione seleção ou lógica específica de uso terapêutico de pontos auriculares. Como o curso foi produzido em uma universidade, era imprescindível resumir as principais hipóteses explicativas neurofisiológicas dos mecanismos de ação estudados e propostos para a auriculoterapia,¹² mencionar um mínimo sobre medicina baseada em evidências e os estudos de eficácia e segurança, bem como abordar sinais de alarme de condições ou doenças mais graves que devem orientar a abordagem clínica e também auriculoterápica na APS (alertando para a necessidade de investigações e ou encaminhamentos adicionais).

As três abordagens mencionadas podem ser integradas na prática facilmente, ainda que uma não possa ser reduzida à outra. Uma das estratégias para introduzir uma perspectiva crítica e simultaneamente de respeito, *a priori* não hierárquico, às diferenças entre a abordagem da auriculoterapia via ciências biomédicas e via MTC/reflexologia foi a adoção da categoria, desenvolvida por Luz,^{13,14} “racionalidade médica”, com finalidade pedagógica. Tal categoria foi usada para estudo comparativo e

análise de sistemas médicos complexos, portadores de saberes, práticas e métodos articulados coerentemente entre si e que contemplam uma doutrina médica (explicações/compreensões sobre a natureza da saúde e dos adoecimentos, suas causas, tipos e formas de recuperação), ancorada em saberes sobre a dinâmica vital humana e sua morfologia e orientadores de práticas sistemáticas de diagnóstico e de terapêuticas, com base em uma cosmologia (explícita ou implícita) subjacente. Por meio do reconhecimento da existência de racionalidades médicas distintas, com seus limites e potencialidades, os alunos do curso foram introduzidos superficialmente na lógica da MTC, o suficiente para o uso da auriculoterapia, e convidados a conviver, considerar e explorar as possibilidades que os dois sistemas médicos complexos ou racionalidades médicas¹⁵ ou paradigmas (ampliando o uso do termo kuhniano¹⁶) ou estilos de pensamento¹⁷ bem diferentes podem viabilizar em termos de interpretação e ação em saúde-doença. Essa categoria facilitou ampliar e ressignificar conceitos e noções sobre saúde-doença de uma forma aplicada e vinculada aos objetivos de formação introdutória e teórico-prática em auriculoterapia.

O desafio de fazer uma formação para todo o território nacional, com uma equipe tão pequena, em que ninguém era dedicado integralmente apenas ao curso (dois docentes da UFSC, um médico acupunturista, duas farmacêuticas, uma enfermeira, um fisioterapeuta) fez com que toda a parte teórica fosse estruturada para ser autoinstrucional em ensino a distância (EaD), sendo cada um dos cinco módulos avaliado por meio de uma prova de múltipla escolha com questões e alternativas aleatorizadas de um banco de questões que habilitava os que obtivessem pelo menos 6,0 para o módulo seguinte (podendo repetir a prova o fosse quanto necessário, em outro momento, após reestudar, caso reprovasse). A parte de treinamento prático e discussões de casos clínicos foi concentrado em uma aula presencial ao final dos cinco módulos EaD.

A estruturação didática do curso foi baseada nos principais materiais didáticos: uma apostila para cada módulo. Das apostilas nasceram os roteiros das videoaulas (um roteirista e uma equipe de um laboratório de jornalismo da UFSC foram contratados para produzir e gravar as videoaulas). Foi criada também a “orelha interativa”, um recurso audiovisual on-line original, concebido pela equipe para facilitar o estudo da locali-

zação, ação e aplicação dos 30 principais pontos auriculares. Composto de pequenos vídeos legendados e narrados, acessados pela seleção de áreas anatômicas da orelha de uma figura on-line, as imagens são amplificadas mostrando os pontos auriculares nelas contidos e localizados, quando clicados levam aos vídeos descritivos. Tanto as videoaulas (duas a três em cada módulo), como a orelha interativa e as apostilas estão disponíveis na área da plataforma *moodle* da UFSC que sedia a etapa EaD do curso.

Na etapa prática, após revisão rápida de aspectos essenciais da etapa EaD, os professores instrumentalizam os alunos no uso dos apalpadouros auriculares, pinças, placas e sementes de auriculoterapia. Em trios, os alunos seguem um roteiro de localização de pontos, palpação auricular e aplicação das sementes entre eles próprios, sob supervisão, além de discutirem casos clínicos. Nessa etapa não há avaliação, apenas a participação ativa dos alunos é necessária e suficiente para a conclusão do curso, supondo finalizada com êxito a etapa EaD.

Na estruturação do curso houve vários percalços e um deles, mais dramático, foi a montagem da plataforma de inscrições e do material audiovisual da etapa EaD. Inicialmente, para uma edição piloto, em 2016, foi criado um subsistema de registro de dados para a matrícula e gerenciamento da oferta do curso. Dois meses antes do lançamento do curso, a empresa contratada abandonou o projeto, exigindo um esforço gigantesco para a recuperação dos dados, a homologação das inscrições e a certificação. Isso gerou a necessidade de troca urgente da equipe de tecnologia da informação (TI), sendo acionados emergencialmente profissionais da Superintendência de Governança Eletrônica e Tecnologia da Informação e Comunicação da UFSC para assumir o suporte do curso. O projeto, a partir daí, passou a ter a parte de TI gerenciada por uma equipe própria da universidade. A mudança causou perda de dados sobre o número total de inscritos, mantendo somente de homologados e certificados na nossa primeira edição piloto de 2016.

Terminada essa primeira edição piloto, foi realizada uma reavaliação crítica do material didático audiovisual. Apesar da boa avaliação geral pelos alunos (sintetizada no próximo tópico), seu *feedback* indicou monotonia na apresentação dos conteúdos audiovisuais da etapa EaD na edição piloto, que era pouco dinâmica. A equipe do curso decidiu por

uma reconstrução radical e integral de todo o material audiovisual EaD, iniciando do zero (das apostilas). Frente à opção pela produção profissional de videoaulas curtas, e depois da orelha interativa, pela equipe de jornalismo da UFSC, todos os materiais do curso foram sediados na plataforma *moodle* da UFSC, bem como o sistema digital de inscrições e de certificação da universidade foram utilizados para todas as demais edições do curso. As apostilas dos módulos também foram revisadas após a edição piloto, mas permaneceram sem mudanças significativas. Um relato mais detalhado da construção do curso está publicado em Tesser e colaboradores (2019).¹⁸

Avaliação do curso pelos alunos e pesquisa com egressos

Dois processos de avaliação do curso pelos alunos foram realizados sistematicamente, um deles envolvendo também a prática da auriculoterapia pós-curso pelos egressos. A primeira avaliação do curso pelos alunos foi por escrito, em papel, ao final da etapa prática presencial de cada edição do curso, quando todos os alunos eram convidados a se manifestarem por escrito anonimamente avaliando o curso, por meio de um questionário. Apresentamos aqui uma síntese das avaliações das edições primeira (piloto), segunda, terceira e complementar (assim chamada pois ocorreu ao final do primeiro contrato com o MS. A primeira edição do segundo contrato foi chamada de quarta edição, mas foi a quinta). A crescente e sustentada boa avaliação dessas edições induziu um processamento menos disciplinado, registrado e sistemático das avaliações seguintes, que se mantiveram em patamares semelhantes aos da edição complementar.

O instrumento de avaliação continha questões fechadas e abertas. As sete questões fechadas eram respondidas em escala de um a cinco, correspondendo respectivamente a péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. Havia três questões abertas: o que o aluno mais gostou do curso; quais suas sugestões para melhoria; e se tinha outro comentário a fazer. O número de respondentes variou de 74,5% dos alunos na primeira edição até 89,3% na edição complementar, sendo sempre altamente significativa.

Para sintetizar os resultados agregamos as respostas “péssimo, ruim e regular”, pois a maior soma das avaliações “péssimo e ruim” de qualquer uma das questões na primeira edição-piloto, a pior avaliada em todos os quesitos, foi inferior a 6% dos alunos, sendo que a maior proporção de avaliações “regular” de qualquer das questões na primeira edição foi de 21,62% (justamente a questão sobre o conteúdo da plataforma EaD, que teve problemas e foi reformulada totalmente para a 2ª edição, como mencionado).

Nas respostas às questões fechadas houve uma primeira tendência quantitativamente perceptível de redução da proporção de avaliações “péssimo, ruim ou regular” e “bom” da primeira edição (piloto) para a edição complementar (que foi a quarta); e uma segunda tendência temporal de aumento de avaliações “ótimo”, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Avaliação das edições um (piloto) e quatro (complementar) do curso

Itens avaliados	% de péssimo, ruim ou regular		% de bom		% de ótimo	
	1ª edição	4ª edição	1ª edição	4ª edição	1ª edição	4ª edição
Avaliação geral do curso	4,20	0,69	34,66	16,98	61,14	82,33
Avaliação geral da etapa EaD	18,98	4,46	45,63	33,62	35,39	62,09
Avaliação do conteúdo da etapa presencial	11,39	2,74	25,52	15,78	70,19	83,02
Avaliação da estrutura da etapa presencial	11,39	2,74	29,36	16,98	59,25	80,45

Avaliação das apostilas dos módulos	5,62	2,06	26,44	18,70	67,94	79,42
Autoavaliação do aproveitamento do EaD	27,38	5,15	41,25	27,79	31,37	67,24
Autoavaliação do aproveitamento do curso	18,49	8,23	57,01	47,86	24,50	44,08

Fonte: elaboração dos autores

Em conjunto, essas duas tendências permitem compreender os altos índices de avaliações agregadas “bom e ótimo” observados em todas as questões, com um leve aumento da primeira edição para a complementar. A parte quantitativa das avaliações dos alunos mostrou resultados positivos já na edição-piloto, talvez por ser o curso uma novidade na época, gratuito para os alunos (só precisavam arcar com as despesas da participação na etapa prática) e que fornecia material de uso (placa para armazenamento de sementes) e orientação para imediato início da prática da auriculoterapia nos serviços após o curso. A avaliação positiva se acentuou ainda mais nas edições seguintes, coerentemente com a melhoria sensível, na nossa avaliação, da qualidade dos materiais didáticos, sobretudo as videoaulas e a orelha interativa (inexistente na primeira edição), que são o cerne pedagógico do EaD do curso.

As respostas às três questões abertas passaram por análise qualitativa ao estilo da análise de conteúdo temático-categorial,¹⁹ sendo organizadas em três macro categorias: etapa EaD, etapa presencial e comentários sobre a qualidade do curso. Vários temas foram identificados em cada uma delas, a respeito dos quais apresentamos respostas ilustrativas mais frequentes e significativas, para valorizar aspectos positivos do curso – a grande maioria das manifestações – e identificar/registrar fragilidades. Os trechos citados

foram codificados com parte dos nomes ou iniciais das cidades que foram polos regionais, onde foram realizadas as etapas presenciais, as avaliações, seguidos de numeração identificadora da avaliação.

As respostas foram analisadas edição por edição. Todavia, por motivo de espaço e porque as diferenças maiores nas avaliações se deram entre a primeira e as demais edições, apresentaremos os dados agrupados, com destaque ocasional para a edição piloto, quando necessário.

Quanto à etapa EaD, as respostas tematizaram principalmente os materiais didáticos, com destaque para os vídeos (ou videoaulas, da segunda edição em diante), a plataforma EaD (sobretudo na primeira edição, aqui não abordada porque foi eliminada com a transferência do curso para o moodle da UFSC), questões de comunicação/apoio do curso com o aluno, tutoria e tempo de realização do EaD. O grosso das respostas envolvia elogios ao curso e ou sugestões de aperfeiçoamentos localizados. Por exemplo: *“O material em PDF é muito bom”* (Fpolis12); *“material didático excelente... acrescentou muito as 3 teorias (MTC, Neuro e Reflexo)”* (SP25); *“fiquei impressionada com a qualidade do material didático, organizado, bem estruturado e objetivo”* (PL16).

Demandas de melhoria dos vídeos na primeira edição foram comuns: *“Tornar vídeos mais dinâmicos, com menos textos e mais diálogos, imagens, dinâmicas”* (REC65); *“Nos vídeos, os slides contêm exatamente o texto da apostila, que é apenas lido, exatamente como está escrito. Isto torna as aulas pouco atrativas e pouco proveitosas”* (PO18).

Apareceram demandas e sugestões de melhoria na plataforma, mais tempo de EaD e para a aula prática, melhor comunicação do curso com o aluno e criação de tutoria durante a etapa EaD: *“Tive dificuldade para carregar os vídeos”* (BH3); *“gostaria de baixar os vídeos mas não conseguimos”* (SA19); *“não possibilita o uso em tablets e smartphones”* (REC80); *“melhorar a publicização de inscrições/cursos”* (PO2); *“melhorar a comunicação com os alunos”* (CB36); *“maior informação sobre datas de início, execução e finalização”* (PL44); *“achei a etapa online muito curta”* (CAMP32); *“ter um tempo maior entre a liberação do curso e aula presencial”* (PL46); *“senti falta de um fórum de debates para tirar dúvidas ou de um tutor de grupo”*(SP4); *“comunicação mais permanente na plataforma a distância; talvez criação de fóruns durante o processo”* (REC103). Como não há tutoria durante o

EaD, nem fóruns digitais no curso, isso parece ter gerado demandas para sua criação e existência. Todavia, devido ao tamanho restrito da equipe e ao escasso tempo dedicado por ela ao curso, essas demandas não puderam ser contempladas.

Quanto à etapa presencial, a maior parte das avaliações foram positivas: *“Conteúdo rico e profissionais competentes”* (RJ54); *“transmissão do conhecimento em auriculoterapia de maneira simples e objetiva”* (CAMP61). Apareceram algumas sugestões de mais tempo para a aula prática: *“Mais aulas presenciais com carga horária maior”* (MAC31); *“que a aula presencial tenha um tempo maior”* (MA11).

Também foram registradas algumas queixas localizadas em alguns polos sobre a estrutura física das aulas, o que não estava sob total controle da coordenação do curso, dado serem os ambientes e as salas de aula emprestadas por instituições colaboradoras: *“Faltou água, sala com acústica ruim e calor”* (REC56); *melhorar a estrutura física da aula* (N9). Outra sugestão foi para acesso mais flexível às turmas práticas com mudanças de alunos entre turmas: *“Flexibilidade em necessidade de mudança de período de prática quando devidamente justificado”* (CH88); *“Agrupar profissionais do mesmo município para o mesmo dia/horário”* (CH132).

Quanto à qualidade geral do curso, as avaliações foram amplamente elogiosas: *“Gostei da metodologia teórico-prática”* (N34); *“achei o curso excelente, desde o material didático até a plataforma muito fácil de usar [moodle]. Videoaulas excelentes e achei muito fácil a absorção do conhecimento”* (SP134). O mesmo ocorreu quanto à satisfação: *“O curso superou minhas expectativas [...] EaD, o material e a forma de ensino foram de fácil compreensão”* (SP9); *“estou plenamente satisfeita com o curso. Posso afirmar que acrescentou muito conhecimento tanto na minha vida pessoal como profissional”* (RJ40); *“parabéns pelo curso e pela iniciativa. Espero que o resultado seja um SUS mais humanizado e menos medicalizado”* (FP43); *“amei, superou minhas expectativas. Gratidão pelo conhecimento compartilhado e por essa oportunidade”* (TE29).

Por último, vários comentários positivos sobre intenções de praticar e desdobramentos do curso foram registrados: *“me estimulou a procurar mais conhecimento, fiz outro curso online sobre PICS da MTC e comprei um livro de MTC”* (CH122); *“Já penso em um projeto no local de trabalho. Com*

certeza vou aplicar” (SP77); “Adorei o curso, ele vai abrir outras portas para os profissionais que concluíram. Vai nos ajudar a trabalhar com outras formas de tratamento” (MAC01).

O segundo processo de avaliação do curso pelos alunos ocorreu em final de 2017, quando foi realizada uma pesquisa por meio de questionário on-line, respondido pelos profissionais que aceitaram o convite enviado por e-mail aos 5.703 matriculados no curso (incluindo apenas os certificados da edição piloto). O convite foi enviado um mês após o encerramento da última edição de 2017, com um reforço semanal por três semanas consecutivas, tendo os dados sido coletados entre 27/10 e 27/12/2017. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de nove minutos. O questionário on-line era respondido no software QuestionPro, tinha 35 questões fechadas, sete delas com opção “outra resposta” em aberto, para digitação livre em espaço limitado a duas linhas. Foi elaborado pela equipe do curso e pré-testado em residentes que tinham realizado o curso. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em pesquisa da UFSC (CAAE: 70289517.4.0000.0121).

O questionário tinha questões sobre o perfil do profissional, sua participação no curso e sobre o uso da auriculoterapia após o curso, bem como sobre a percepção dos egressos sobre a aceitação dos usuários e resultados clínicos obtidos. Foi respondido por 2.982 profissionais (52%), sendo que 2.476 (83%) o responderam completamente. A maioria era composta de mulheres (86%), enfermeiras (35%), fisioterapeutas (14%), psicólogas (8%) e médicas (7%).

O local de atuação de 82,2% dos participantes foi a APS e 76,91% deles atuavam ali há menos de 10 anos. Os demais atuavam na gestão, em serviços especializados de reabilitação física ou saúde mental, em universidades, em serviços especializados em PICS ou eram residentes etc. Sobre prática de PICS prévia ao curso, 72,9% dos respondentes não praticavam e 35,6% conviviam com profissionais praticantes de alguma PICS, sendo a mais frequente a auriculoterapia, em 25,6% desses casos. Apenas 16% dos respondentes mencionaram existir alguma disciplina sobre PICS na sua graduação.

Sobre a participação dos respondentes no curso, 81,6% relataram usar as apostilas sempre ou muitas vezes, 91,6% assistiram todas ou a maioria das videoaulas e 75,2% usaram sempre ou muitas vezes a “orelha interativa”.

Concluíram a etapa a distância 95% dos participantes, enquanto 69,2% dos matriculados concluíram o curso no período. Isso sugere que a maioria dos participantes da pesquisa provavelmente concluíram o curso.

Sentiram-se aptos a praticar auriculoterapia imediatamente após o curso 79% dos egressos respondentes, sendo que 73% o fizeram. Apenas 15,8% dos egressos que não iniciaram a prática pós-curso atribuíram isso a sentirem-se inseguros. O restante elencou motivos variados relacionados aos serviços, aos gestores (incluindo os que aguardavam autorização), licenças ou saída da APS etc.

Dos praticantes de auriculoterapia, 32,7% a aplicavam em atendimentos individuais convencionais, 30,1% em atendimentos específicos para auriculoterapia e 29,2% em atividades coletivas. Desses profissionais, 93% referiram boa ou ótima aceitação pelos usuários e 96% relataram perceber boa ou ótima efetividade clínica, sendo que 98,5% deles fariam uma recomendação enfaticamente ou moderadamente positiva do curso a um colega da APS. Mais detalhes e discussões sobre essa pesquisa foram publicados em artigo.²⁰

O conjunto de dados apresentado, derivado das duas avaliações do curso pelos alunos, indica fortemente que a avaliação foi boa e a maioria dos egressos (cerca de 3/4 deles) iniciou a prática da auriculoterapia após curso, com boa aceitação pelos usuários e resultados clínicos satisfatórios.

A logística da oferta

As inscrições depois da etapa piloto de 2016, foram centralizadas no sistema de inscrições da UFSC, sendo abertas a cada lançamento de edição, vinculados a um polo regional (geralmente uma capital do país ou uma cidade maior do interior) que sediava a etapa de prática presencial, até antes da pandemia de covid-19, em 2020. A capacidade de ministrar aulas presenciais espalhadas pelo país limitava o número de vagas. As inscrições eram ilimitadas, mas quando excediam o número de vagas do polo, o que ocorreu com cada vez mais frequência com o suceder das edições, houve sorteio eletrônico dos inscritos para homologação e efetivação da matrícula no curso.

Cada edição implicava uma articulação interinstitucional com secretarias municipais de saúde (inicialmente), depois secretarias estaduais

de saúde e universidades, conforme fosse necessário, de modo a espalhar os polos regionais pelo país. Essas instituições colaboradoras na sua esmagadora maioria gentilmente emprestaram as salas de aula para a etapa prática presencial do curso e prestaram algum apoio logístico, porém em alguns casos a equipe necessitou deslocar-se para garantir infraestrutura. Os professores foram deslocados sempre em duplas para ministrar as aulas práticas, e por meio de correio, transporte aéreo ou terrestre, foi enviado o material didático para uso durante as aulas e a cada aluno para uso posterior em serviço. Cada aluno recebeu uma placa para armazenamento de sementes, que era preenchida por eles. As placas usadas durante as aulas práticas foram fornecidas já abastecidas pelo curso, e eram recolhidas ao final da aula, sendo que a colocação das sementes nessas placas foi executada por alunos e técnicos da UFSC.

Houve, durante os primeiros dois anos do curso, formação de professores para ministrarem as aulas práticas, para poder diversificar os polos e ampliar a oferta de vagas. Hoje contamos com aproximadamente 24 professores treinados, de várias regiões do país, mas a maior parte do sul e sudeste e especialmente de Florianópolis.

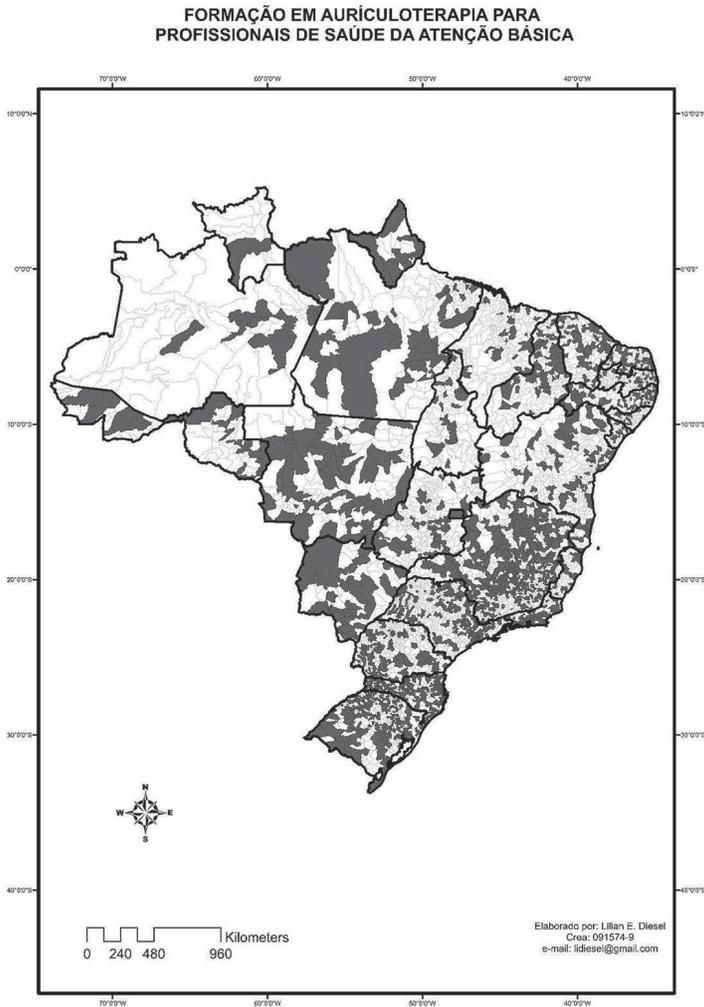
Da fase inicial para o momento atual uma das grandes diferenças é a demanda por realização do curso, que chega diretamente até nós ou por meio das coordenações de PICS de diversas regiões do país.

A atividade administrativa foi toda compartilhada entre os dois docentes e uma secretária, de modo que as tratativas para a organização das aulas práticas, prévias ao lançamento de cada edição (para definir os polos regionais) e posteriores ao lançamento (para viabilizar as aulas) foram trabalhosas e, conforme aumentava a demanda, o número de vagas e polos, nos últimos anos foi contratado mais um auxiliar para suporte administrativo.

Muito pode ser descrito dessa trajetória, da sua construção e da sua concretização, porém entendemos que a melhor maneira de colocar um parâmetro de magnitude está em apresentar os números alcançados. Destaque especial deve ser dado para a forma de divulgação do curso, que iniciou em forma de contato e oferta para secretarias municipais de saúde e passou a ter uma demanda espontânea que tem por base a comunicação entre os profissionais dos serviços do SUS e das comunidades presenciais e virtuais de PICS.

Nossa apresentação de desempenho começará pelo final, com o mapa da Figura 1, no qual aparecem todos os municípios que contam com profissionais da atenção básica formados pelo nosso curso, independente de número, em todas as edições. São cerca de 10 mil profissionais em aproximadamente 30% dos municípios brasileiros.

Figura 1. Distribuição dos municípios em que atuam egressos dos cursos



Áreas cinzentas são os municípios em que atuavam os profissionais alunos do curso

Fonte: elaboração dos autores*

Esse mapa, dentro da nossa estratégia de avaliação continuada, é um dos pilares de análise para avaliação e inclusive para a oferta de novos cursos. Observando seus vazios, programamos estratégias de expansão, ao mesmo tempo que ele nos dá a dimensão da abrangência. Realizamos os cursos presenciais em 46 cidades polos, em todos os estados e no Distrito Federal, e temos hoje uma demanda reprimida de inscrições não concretizadas maior que o número dos já certificados. Cabe ainda destacar que alguns profissionais se deslocaram, às suas expensas, mais de mil quilômetros para realizarem a parte presencial do curso em cidades de outros estados.

O Quadro 2 apresenta, por regiões, quais cidades foram polos de formação presencial, sendo que algumas, como São Paulo, foram mais vezes e outras somente uma vez. Em conjunto com o mapa acima, dão a ideia da abrangência e dos deslocamentos realizados pelos alunos.

Quadro 2. Distribuição das cidades polos da etapa presencial por região do país

Norte	Centro-oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
Macapá	Brasília	Aracaju	São Paulo	Florianópolis
Belém	Goiânia	Fortaleza	Rio de Janeiro	Curitiba
Manaus	Campo Grande	João Pessoa	Belo Horizonte	Porto Alegre
Santarém	Cuiabá	Recife	Vitória	Joinville
Marabá		Natal	Niterói	Chapecó
Rio Branco		São Luís	Angra dos Reis	Criciúma
Palmas		Salvador	Campinas	Cascavel
Porto Velho		Teresina	Montes Claros	Canoas
		Petrolina	São Carlos	Passo Fundo
		Maceió	São José do Rio Preto	Santa Maria
			Santo André	

O Quadro 3 mostra o número total de inscritos, homologados e certificados em cada uma das edições. A edição piloto foi realizada em 2016. As edições seguintes até a complementar em 2017; a quarta em 2018 e a quinta e a sexta em 2019. Para a edição piloto de 2016 não temos o total de inscritos, porém dos 1.748 homologados, 1.157 ou 66,19% dos que iniciaram o curso, receberam seus certificados. Essa edição foi fundamental para o sucesso geral, pois nos apontou correções propostas na primeira avaliação dos alunos, com o questionário preenchido ao final da etapa presencial e depois confirmadas como acertadas conforme a pesquisa sintetizada.

Quadro 3. Números de alunos envolvidos até certificação por edição do curso

Edição (ano)	Inscritos	Homologados	Certificados	C/H (%)
Piloto (2016)	-	1.748	1.157	66,19
Segunda (2017)	2.916	2.143	1.682	78,49
Terceira (2017)	1.651	1.244	776	62,38
Complementar (2017)	1.187	1.037	658	63,45
Quarta (2018)	6.989	4.413	3.054	69,20
Quinta (2019)	6.906	2.613	1.866	71,41
Sexta (2019)	1.136	691	501	72,50
Total	22.533	13.889	9.694	69,79

Legenda: C=Certificados; H=Homologados

Qui Quadrado entre homologados e certificados=25,77 com 6 DF e $p < 0,002$. O aumento do número de certificados foi associado ao de homologados, as proporções se mantiveram altas.

Fonte: elaboração dos autores

Para a realização das edições de 2017, uma mudança profunda aconteceu, já mencionada acima: o sistema de registro de todas as fases do curso foi assumido por uma nova equipe de TI, ligada à UFSC, e todo o material

didático e pedagógico foi reconstruído, revisadas as apostilas e ajustados alguns detalhes da aula presencial.

Como mostra o Quadro 3, temos, até o momento, 9.694 profissionais certificados pelo curso de auriculoterapia em todo o Brasil. A abrangência pode ser entendida de várias formas: nessas edições de 2017, que foram objeto de estudo e geraram a primeira publicação do grupo¹⁸, tivemos nas sete cidades polos alunos de todos os estados e de 433 municípios, sendo que um dos polos, o de Natal, teve alunos de municípios de outros estados que não o Rio Grande do Norte em maior número do que os locais.

Entre os obstáculos para a realização do curso, a falta de tempo foi a mais citada pelos alunos na pesquisa de final de 2017, porém o mais importante foi que 79% consideraram estar aptos para exercer a auriculoterapia, sendo que 73% dos respondentes a aplicavam em sua prática cotidiana. Os resultados mais significativos foram que 93% dos usuários aprovam o uso; 96% dos profissionais respondentes relatam boa efetividade clínica, com 99% deles afirmando que recomendariam a realização do curso para seus pares.

As edições de 2018, com quase sete mil inscritos, e as duas de 2019, que ultrapassaram os oito mil, dão essa dimensão captada na pesquisa: a chave do aumento do número de solicitações de polos e de inscrições parece ter relação com a maior divulgação por redes sociais e interpessoais, envolvendo egressos, coordenação de PICS de Brasília e nós mesmos.

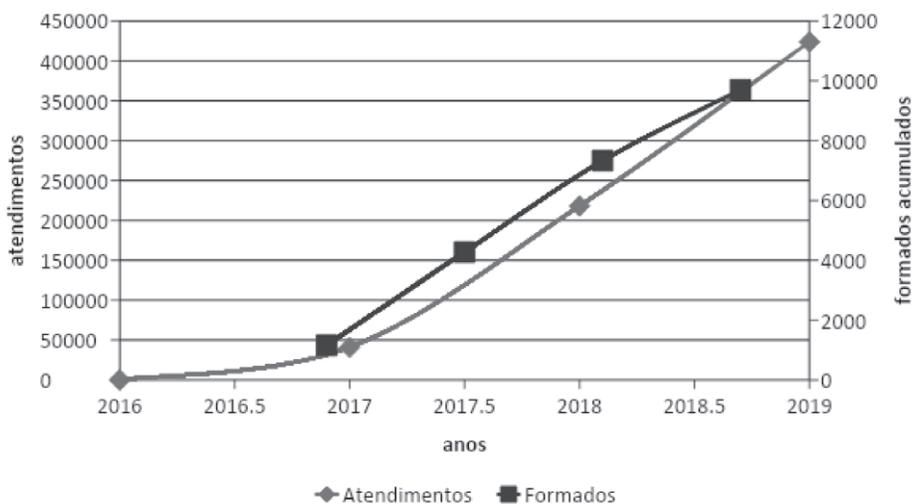
Como complemento, o que observamos nos últimos tempos foi uma crescente presença das PICS na APS, aumentando de forma exponencial a auriculoterapia no setor público, com a possibilidade de reverter um quadro histórico de maior presença das PICS no setor privado, ao menos quanto a essa técnica. É digno de nota que os únicos dados nacionais sobre a relação público-privado quanto às PICS vieram da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 do IBGE, que mostrou que apenas 5,6% das pessoas que usaram PICS nos 12 meses anteriores à pesquisa o fizeram via SUS.²¹

A produção de PICS, medida por registros secundários de dados ambulatoriais oficiais²², dá a dimensão não só do seu aumento quanto do seu potencial. Isso tem sido complementado por estudos que vão de relatos de casos em congressos até teses doutorais, inclusive avaliando associações com a diminuição do uso de alguns tipos de medicamentos.^{23,24,25}

Também é fundamental mencionar a participação em eventos da área, em que trabalhos dos egressos estão sempre presentes, assim como a expansão do curso, em andamento, para países da América Latina e a análise avaliativa da produção de aplicações auriculoterápicas no SUS pelos egressos, em curso no momento.

A Figura 2 mostra de forma inequívoca essa evolução dos atendimentos em correlação direta com o aumento dos egressos do curso. Estudos localizados regional ou localmente e outros de maior abrangência estão sendo cada vez mais realizados, dando uma perspectiva, caso sejam mantidas as condições políticas e administrativas por parte do Ministério da Saúde, de um crescimento ainda maior e de fixação das PICS e da auriculoterapia na APS.

Figura 2. Distribuição dos formados e dos atendimentos de auriculoterapia no SUS de 2016 a 2019



Fonte: elaboração dos autores, com dados do Ministério da Saúde²³

Esses números são importantes para o entendimento da evolução da auriculoterapia no SUS. A escala de formação e de atuação são diferenciadas, porém a formação sobe de aproximadamente quatro mil, até 2017,

para acumulados 10 mil, em 2019, e os atendimentos com auriculoterapia de 40.818, em 2017, passam para 217.973, em 2018 e saltam para 423.774, em 2019. Embora deva ser considerada uma certa melhora nos registros, é um crescimento bastante consistente. Nesses três anos aumentaram em 10,4 vezes as aplicações auriculoterápicas na APS, enquanto na atenção secundária aumentaram 3,5 vezes, e no conjunto do SUS aumentaram 5,1 vezes.²³ Nas palavras do MS, em seu informe de julho de 2020,²³ relativo ao período 2017-2019,^{iv} “ao analisar a oferta [de PICS] na APS [...] I (p.11). *“Considerando o total de procedimentos [no SUS], a auriculoterapia figurou como a prática [integrativa] mais realizada [...] em 2019. Em parte, associamos este aumento na rede da APS à quantidade de profissionais que vem sendo capacitados nesta prática”* (p.19). O aumento de 3,5 vezes na média complexidade provavelmente se deve também ao curso, já que, de comum acordo com o MS, foi autorizada a matrícula de profissionais de alguns tipos de serviços especializados, principalmente de saúde mental, reabilitação física, atendimento domiciliar, consultório de rua etc., chegando a aproximadamente 20% das vagas.

Considerações finais

Essa análise dos primeiros quatro anos do projeto é um exemplo de iniciativa da mais profícua parceria em saúde, a relação público/público. Ela só foi possível e exitosa, e continua sendo em 2021, com o número recorde de novos inscritos, porque os entes envolvidos, área de PICS do MS, UFSC, SMS de Florianópolis e as pessoas que participam do processo entendem que o curso foi concebido, construído e conduzido dentro de um espírito de construção do SUS como sistema público universal de saúde, e dentro de uma universidade pública federal, em um departamento de Saúde Pública, reafirmando seu compromisso com uma sociedade mais justa e com o aperfeiçoamento do SUS e da APS.

O curso de auriculoterapia é, pois, uma iniciativa de sucesso, partindo de uma ação local-municipal de socialização de conhecimento especializado em PICS. Houve apoio institucional municipal o suficiente para o

iv “Os dados referentes ao ano de 2019 são parciais, pois os estados, municípios e o Distrito Federal têm o prazo de doze meses para registrarem a produtividade nos sistemas de informação”²³ (p.3)

tema ganhar alguma visibilidade e atrair o interesse da área de PICS do MS. Induzida e financiada a sua construção, que contou com cuidados necessários de envolver uma equipe multiprofissional especializado com conhecimento teórico e experiência prática nos temas essenciais (auriculoterapia, APS, PICS, MTC, ensino), o curso foi construído com foco na simplicidade e na vinculação com a prática do cuidado na APS, dentro do espírito da educação permanente. Vinculou profissionais da APS, docentes universitários e acupunturistas que prezam o cuidado, a socialização do saber e a participação dos envolvidos na concepção, realização e gestão do curso. A dedicação da equipe do curso e o apoio de outros setores da universidade (TI, Jornalismo), que puderam ser acessados graças ao financiamento federal, foi fundamental para a qualificação e segurança do processo e do resultado.

Outro fator relevante para o sucesso do curso foi a dupla coordenação em parceria, inicialmente um tanto acidental, mas que depois se mostrou crucialmente acertada. Isso geralmente permanece nos bastidores, mas deve ser minimamente trazido à tona, por ter sido fundamental para a continuidade do projeto, que já está na segunda renovação do contrato com o MS. Inicialmente, um dos autores (CDT) estava como coordenador do projeto, mas logo no seu início (2015) ausentou-se do país e, por isso, convidou o primeiro autor (LJB) para substituí-lo por um ano na coordenação do projeto. Já havia sido montada a equipe, os recursos estavam para chegar e o não início poderia representar o fim do projeto. Após o retorno de CDT, foi composta uma dobradinha em que a coordenação técnica e pedagógica ficou com a seu cargo e a coordenação administrativa, financeira e política com LJB. A relação de respeito mútuo pelas trajetórias e visões, a vizinhança de porta no departamento de Saúde Pública da UFSC, o constante diálogo participativo entre os dois e a equipe na gestão do curso parece ter sido fundamental. Olhando retrospectivamente, para a superação dos inúmeros e frequentes problemas de um projeto que, envolvendo muitas pessoas de fora da universidade, atravessou várias atribuições político-institucionais de uma universidade federal. Como complemento, a força de uma secretária, que de forma positiva e proativa estava sempre disposta a contribuir, seja respondendo e-mails ou carregando caixas de materiais, foi fundamental. Como suporte para as questões demandadas pelos participantes e interessados nos cursos, dois alunos de graduação bolsistas,

coordenados por um segundo funcionário e pela secretária respondiam às indagações que chegavam por e-mail.

É ainda fundamental entender a dimensão acadêmica, que envolve desde pesquisa e publicações até a produção de material didático e pedagógico, passando por aprimoramentos logísticos, até a introdução de uma prática capaz de interferir no dia a dia de saúde de muitos milhares de pessoas. Essa é a dimensão do investimento em universidades públicas. O custo real de cerca de R\$ 500,00 por aluno certificado, envolvendo todas as etapas, é uma indicação de investimento eficaz para a soberania do país, que com certeza tem como um dos seus pilares a ciência, a tecnologia e a inovação. Em termos de profissionais de saúde, nosso número final é o de 22.533 inscritos ao longo do processo, certificando 9.694, ou seja, há mais na lista de espera do que formados.

Todavia, desafios maiores estão no horizonte, dado que a APS é muito grande e a expansão do ensino e da prática de auriculoterapia ainda se dá em escala proporcionalmente lenta. Quiçá em um futuro breve todos os serviços da APS e mesmo do SUS ofereçam cuidados auriculoterápicos associados aos convencionais.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS [internet]. Brasília (DF); 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 26 jan 2021]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/general/pnpic.pdf>.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC). Instrução Normativa 004/2010 [internet]. [acesso em 21 jan 2021]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28_03_2011_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b0d64ca. http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_03_2011_17.11.15.09e3252eee513041fb6dd3d5e03189f7.pdf.

3. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC). Portaria 047/2010, de 29 de dezembro de 2010. Institucionaliza as Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde de Florianópolis, implantando normas gerais para o desenvolvimento das ações na área [internet]. [acesso em 21 jan 2021]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_03_2011_17.11.15.09e3252eee513041fb6dd3d5e03189f7.pdf.
4. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC). Práticas Integrativas e Complementares – Florianópolis – Treinamento básico em auriculoterapia. 2012 [internet]. [acesso em 26 jan 2021]. Disponível em: <http://picfloripa.blogspot.com/2012/03/treinamento-basico-em-auriculoterapia.html>.
5. PICs no tratamento do tabagismo [internet]. Florianópolis: 2012 [acesso em 26 jan 2021]. Vídeo:13 min. Disponível em: http://picfloripa.blogspot.com/p/blog-page_25.html?m=1.
6. Práticas Integrativas e Complementares – Florianópolis – Experiências Exitosas [internet]. [acesso em 26 jan 2021]. Disponível em: http://picfloripa.blogspot.com/p/experiencias-exitosas_02.html
7. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11):3011-3024. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>
8. Hou PW, Hsu HC, Lin YW, Tang NY, Cheng CY, Hsieh CL. The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015; 2015:495684.
9. Gori L, Firenzuoli F. Ear acupuncture in European traditional medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007; 4(1):13-6.
10. Oleson T. *Auriculotherapy manual: Chinese and Western systems of ear acupuncture*. Elsevier Health Sciences; 2013.
11. Hsu E. Innovations in acupunctura: acupuncture analgesia, scalp and ear acupuncture in the People's Republic of China. *Soc Sci Med*. 1996; 42(3):421-30. doi: 10.1016/0277-9536(95)00106-9.

12. Mercante B, Ginatempo F, Manca A, Melis F, Enrico P, Deriu F. *Anatomo-Physiologic Basis for Auricular Stimulation*. *Med Acupunct* 2018; 30(3):141-150.
13. Motta PMR, Marchiori RA. Racionalidades m3dicas e pr3ticas integrativas em sa3de: estudos te3ricos e emp3ricos. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(4):834-835, doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400022>.
14. Nascimento MC et al. A categoria racionalidade m3dica e uma nova epistemologia em sa3de. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(12):3595-3604. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.
15. Luz MT, Barros NE, organizadores. Racionalidades m3dicas e pr3ticas integrativas em sa3de: estudos te3ricos e emp3ricos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2012.
16. Kuhn TS. *A estrutura das revoluçOes cient3ficas*. S3o Paulo: Perspectiva; 1987.
17. Fleck L. *G3nese e desenvolvimento de um fato cient3fico*. Belo Horizonte: Fabrefactun; 2010.
18. Tesser CD et al. Auriculotherapy in primary health care: a large-scale educational experience in Brazil. *J. Integr. Med*. 2019; 17(4):302-209. doi: 10.1016/j.joim.2019.03.007
19. Bardin L. *An3lise de conte3do*. 3. ed. Lisboa: EdiçOes 70; 2004.
20. Tesser CD, Santos MC, Silva EDC, Mor3 AOO, Pelachini FFT, Botelho LJ. CapacitaçaO em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. *REVISE – Revista Integrativa Em InovaçOes Tecnol3gicas Nas Ci3ncias Da Sa3de*. 2020; 5:1-18. doi: <https://doi.org/10.46635/revise.v5ifluxocontinuo.1769>
21. Boing AC. *Complementary and alternative medicine in Brazil: prevalence and modulators in 2019*.
22. Minist3rio da Sa3de (BR), Secretaria de AtençaO Prim3ria à Sa3de. Departamento de Sa3de da Fam3lia. CoordenaçaO Nacional de Pr3ticas Integrativas e Complementares em Sa3de. *Relat3rio de Monitoramento Nacional das Pr3ticas Integrativas e Complementares em Sa3de nos Sistemas de InformaçaO em Sa3de* [internet]. 2020 [acesso em 20 jan 2021]. Dispon3vel em:

http://observaPICSS.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICSS-no-Brasil-julho_2020_v1_0.pdf.

23. Moré, AOO; Tesser CD, Min LS. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med.* 2016; 34(6):476-481. doi: 10.1136/acupmed-2016-011097
24. Santos MC, Bosquetti M, Pereira J. Impactos na gestão com a oferta da acupuntura como terapia complementar em um centro de saúde de Florianópolis/SC. In: Pereira MF, organizador. *Contribuições para a gestão do SUS*. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013. p.136-154. (Coleção Gestão da Saúde Pública;5)
25. Dacal MPO, Silva IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde debate.* 2018; 42(118):724-735.doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811815>

As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira

Gabriella Carrilho Lins de Andradeⁱ, Denise Cavalcante de Barrosⁱⁱ,
Marilene Cabral do Nascimentoⁱⁱⁱ

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre a experiência brasileira na incorporação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em currículos universitários de graduação na área da saúde. A aproximação das trajetórias de Cuba e Estados Unidos da América (EUA), como exemplos de países com avanço expressivo nessa área, permitiu ampliar a reflexão por intermédio da correlação de experiências em contextos diversos.

-
- i Gabriella Carrilho Lins de Andrade (andrade.gabriella@gmail.com) é nutricionista; Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz
- ii Denise Cavalcante de Barros (barrosdc@ensp.fiocruz.br) é nutricionista; Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Tecnologista em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz
- iii Marilene Cabral do Nascimento (mnascimento3@gmail.com) é cientista social; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora associada no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF); coordenadora do Grupo Temático Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT RM-PIC Abrasco)

De pronto, observamos que a nomenclatura desse tipo de prática na área não é consensual nem homogênea, como também não o são as próprias práticas, saberes e conhecimentos que abarcam.¹ Cada país nomeia diferente esse campo heterogêneo, genérico, múltiplo e sincrético². No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) o denomina “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS); Cuba nomeia como “Medicina Natural e Tradicional” (MNT) segundo seu Ministério de Saúde Pública (Minsap); e, nos EUA, “Medicina Alternativa e Complementar” (MAC) foi o termo encontrado com maior frequência na literatura consultada. Pontuamos, porém, que a terminologia mais recente referendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a de “Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas” (MTCI), que optamos por utilizar de forma genérica neste capítulo, conferindo maior fluidez ao texto.

Dito isso, precisamos marcar que a utilização e disseminação dessas abordagens não convencionais têm alcançado crescimento exponencial no mundo,³ seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, ainda que por motivações distintas. Nos primeiros, parece ser pela insatisfação com a medicina convencional vista como materialista, muitas vezes invasiva, mecanicista, impessoal e iatrogênica, mas também pelas características próprias que as outras abordagens trazem de estímulo ao reequilíbrio, ao vínculo e à integralidade.² Nos segundos, são as motivações culturais, o fácil acesso se comparada à biomedicina e também por sua eficácia.⁴ Ademais, temos evidenciada uma crise na área da saúde que impulsiona a busca de outras racionalidades pela população capazes de promover um resgate cultural de antigas formas de cuidado⁵, sendo também um limite concreto a insustentabilidade financeira do modelo biomédico hegemônico.¹

No caso brasileiro, não obstante a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁶⁻⁸ persiste na literatura um vasto número de estudos que aponta a escassez de formação de recursos humanos para trabalhar com as MTCI no Sistema Único de Saúde (SUS), identificada como um dos mais importantes desafios para implementação de tais práticas no serviço público com qualidade, segurança e efetividade.^{2,9-14}

Documentos do MS^{13,15} também apontam a formação profissional como um dos principais desafios para ampliação dessas abordagens no

SUS, em quantidade e qualidade. Apesar do reconhecimento de que a presença das MTCI na formação de futuros profissionais contribui para um cuidado mais sensível, integral e resolutivo, com melhor relação profissional-usuário, além de favorecer o direito de escolha terapêutica,^{9,12,16,17} o Estado brasileiro ainda não fez o enfrentamento dessa questão com uma política indutiva contundente que integre os setores da educação e da saúde.

Portanto, assumimos aqui dois pressupostos: a) As universidades públicas sozinhas, leia-se sem apoio indutivo do Ministério da Educação (MEC), não conseguiram responder a esse desafio, nem no âmbito da graduação nem da pós-graduação, ambas com experiências em número crescente, mas ainda localizadas. As iniciativas de capacitação oferecidas pelo MS^{15,18} aos profissionais de saúde que já atuam no SUS, de caráter introdutório e informativo em sua maioria, embora importantes, não alteram de forma substancial esse quadro; e b) As instituições privadas de ensino estão ocupando esse espaço para atender à rápida expansão da demanda, porém, diante da carência de critérios claros estabelecidos para a formação na área, a oferta de cursos apresenta grande variação em carga horária, conteúdos mínimos, acesso à prática ambulatorial supervisionada, entre outros aspectos, o que pode ameaçar a qualidade do cuidado oferecido com as MTCI.

Esse descompasso entre a demanda por MTCI e a oferta de seu ensino e formação nos motivou a conhecer como se deu o processo de inserção e integração dessas outras abordagens em saúde em currículos universitários de países com trajetórias bem-sucedidas, ainda que diferentes, de implementação dessa formação nas graduações de categorias profissionais em saúde, como é o caso de Cuba e dos EUA. É por compreendermos que o Brasil precisa dar um salto quantitativo e qualitativo para enfrentar essa questão e poder ofertá-las com segurança, efetividade e qualidade que justificamos, apresentamos e adentramos esse debate contemporâneo.

O modo de fazer

A análise que apresentamos a seguir é um desdobramento de uma revisão bibliográfica realizada em 2018 no âmbito do desenvolvimento

de uma tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) sobre a incorporação de MTCI em currículos universitários brasileiros selecionados. Agregamos informações referentes a currículos universitários cubanos e norte-americanos a fim de subsidiar a análise sobre a experiência brasileira, com foco em cursos de graduação de categorias profissionais em saúde presentes no SUS, excluindo graduações específicas em MTCI.

Considerando sua natureza de revisão, trazemos os passos dados para esta construção e pontuamos que não se teve como objetivo conduzir uma revisão exaustiva sobre o tema. Optamos por obedecer a uma lógica que melhor atendesse às necessidades do estudo, conforme descrevemos a seguir.

A busca bibliográfica aconteceu em dois momentos. O primeiro, em junho de 2018, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, Oasis IBICT (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), utilizando uma combinação das palavras-chave para a temática que incluiu cada uma das 29 modalidades terapêuticas contempladas na PNPIC, com conectivo OR entre elas, mais os termos “práticas integrativas complementares em saúde OR práticas integrativas e complementares em saúde OR práticas integrativas e complementares OR racionalidade médica OR medicina alternativa e complementar OR medicinas tradicionais complementares e integrativas AND formação profissional OR educação universitária OR formação universitária OR graduação educação OR universidade OR currículo OR diretrizes curriculares OR grade curricular”.

Com essa estratégia de busca, foram identificados 934 documentos. Seguimos com a leitura dos títulos e, apenas quando necessário, dos resumos para realização da primeira triagem, excluindo as duplicatas encontradas. Percebemos a heterogeneidade com a qual a temática vem sendo tratada na literatura porque, ainda que tenhamos vinculado as MTCI à formação universitária, retornaram muitos trabalhos com foco no cuidado assistencial nos serviços, na resposta para doenças específicas, no desafio para inserção no contexto hospitalar, entre outros, que foram excluídos. A inclusão dos estudos para compor essa revisão se deu, exclusivamente, quando tratavam conjuntamente das abordagens não

convencionais e do ensino e formação. Feito isso, restaram ainda 298 estudos nacionais e internacionais. Posteriormente, procedemos com o corte temporal dos materiais publicados antes de 2000 (ano subsequente à formação do *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* [CAHCIM]),^{iv} que resultou na exclusão de 30 documentos.

Dos 268 restantes, seguimos a seleção para realidade brasileira, norte-americana e cubana. Da realidade brasileira, foram selecionados 25 documentos e acrescidos 5 por busca aleatória dada a valiosa contribuição, totalizando 30 documentos (entre artigos completos disponíveis, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e capítulos de livro). Para o contexto norte-americano, excluindo-se aqueles que abordavam a pós-graduação ou graduações específicas de MTCI. Foram 50 documentos inicialmente selecionados, dos quais 23 compuseram a revisão por estarem como artigos completos disponíveis para leitura. Sobre o cenário cubano, apenas um artigo foi encontrado nessa revisão inicial, por isto, realizamos uma segunda busca em abril de 2020, nas bases Scielo Cuba e BVS MTCI, que retornaram, a partir da descrição específica de “medicina natural y tradicional”, 32 e 126 documentos respectivamente, dos quais nove foram selecionados por cumprirem os critérios de inclusão. Justificamos essa integração pela necessidade de conhecer mais a realidade cubana, dado que a experiência acumulada nesse país em induzir a ampliação da formação profissional nos interessa.

Utilizamos a análise de conteúdo com abordagem temática, de acordo com Bardin¹⁹ e Minayo, Deslandes e Gomes.²⁰ Após a leitura exaustiva dos textos, os conteúdos foram sistematizados em dois blocos temáticos iniciais: trajetórias de implantação e principais desafios e estratégias. No primeiro bloco, foram descritos os principais acontecimentos e ações que contribuíram para a inserção de abordagens não convencionais em currículos de graduação das profissões de saúde de cada país. No segundo, diante da frequência e destaque em que os conteúdos em relação aos desafios e estratégias vivenciados por cada país apareceram nos documentos analisados, bem como dos objetivos do estudo, identi-

iv O CAHCIM é o consórcio acadêmico de medicina e saúde integrativa da América do Norte, que reúne mais de 70 centros que se dedicam à medicina integrativa, vinculados a instituições de ensino ou sistemas de saúde, com objetivo de fortalecer a área na academia e no atendimento clínico (<https://imconsortium.org/>)

ficamos quatro categorias empíricas: estrutura curricular e métodos de ensino; corpo docente; eficácia e evidências científicas; e contexto político-institucional. As experiências de cada país foram sistematizadas seguindo a ordem de Cuba, EUA e Brasil, a fim de facilitar a compreensão das realidades específicas.

Esse material foi utilizado para construção da seção “Um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira”, que abordará as duas experiências internacionais como contribuições para discussão da experiência brasileira de inserção das MTCI em currículos universitários das graduações em saúde.

Um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira

A discussão dos dados se deu no campo da saúde coletiva e à luz da abordagem da diversidade epistemológica, na perspectiva da promoção emancipatória da ecologia de saberes em saúde, defendida por Boaventura de Sousa Santos em sua sociologia das ausências e das emergências. O autor entende que a racionalidade dominante resiste a reconhecer a experiência social disponível (sociologia das ausências) ou possível no mundo (sociologia das emergências) e, por isto, tende a desperdiçar potenciais contribuições para a emancipação social e transformação civilizacional.²¹⁻²⁶

O atual cenário de inserção das MTCI nos currículos universitários cubanos, norte-americanos e brasileiros decorre de fatores acumulados ao longo das décadas anteriores nos respectivos países.

Trajetória de implantação em Cuba

No caso de Cuba, notamos que a construção de um sistema nacional de saúde com forte base comunitária possibilitou o alcance de elevados indicadores sanitários, apesar das dificuldades econômicas enfren-

tadas.²⁷ A realidade cubana mostrou que, para alcançar excelência, um sistema de saúde precisa de profissionais na linha de frente com formação sólida, ou seja, acesso a conteúdos e práticas clínicas de qualidade, consciência ética e terapêuticas plurais.

Para tanto, na década de 1960, houve grandes transformações nos currículos de medicina, que passaram a desenvolver um enfoque comunitário, com integração entre as áreas básica, clínica e de comunidade, e, entre pesquisa, docência e assistência pela educação no trabalho²⁸. Mas foi principalmente a partir da década de 1990 que se começou a valorizar e estimular outras formas de cuidado em saúde, o que resultou na integração das MTCI nos serviços de saúde do país.^{27,29}

A Universidade de Ciências Médicas foi pioneira nessa trajetória, com a integração, nos anos 1980, das MTCI inicialmente na pós-graduação e em seguida, em 1990, na graduação, por meio dos chamados “programas diretores”.²⁸ Também na enfermagem, os planos de estudo foram gradativamente redesenhados, cumprindo estratégias curriculares que objetivavam uma formação mais integral dos futuros profissionais, com a incorporação de programas prioritários ao sistema de saúde cubano nas disciplinas do curso e a vinculação de educação e trabalho.³⁰

Em 1992, o governo cubano reconheceu oficialmente as MTCI na atenção à saúde e, em 1995, o Ministério de Saúde Pública criou uma comissão para desenvolver as MTCI, promovendo sua aprovação como especialidade médica e a integração entre práticas convencionais e não convencionais. Desde 1996, tem-se a incorporação das MTCI em diversas frentes: clínica, ensino em medicina e enfermagem, produção farmacêutica e pesquisas.^{27,31}

Em 1995, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) publicou um documento para favorecer o debate entre seus Estados-membros com vistas à realização da “*Conferência Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação*”³², em Paris, em 1998. Cuba sediou uma oficina regional preparatória, em Havana, em 1996, denominada “*Conferência Regional sobre Políticas y Estrategias para la Transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe*”³³. Nesse mesmo ano, a Unesco publicou o “Informe da Comissão Internacional sobre Educação para

o século XXI”, que veio a embasar propostas de integração das MTCI nos currículos dos cursos de medicina cubanos.²⁸

A ampliação de cadeiras de MTCI em centros cubanos de ensino de medicina se deu principalmente a partir de 2002, inicialmente em formato disperso, heterogêneo e dependente dos docentes para efetivar sua oferta aos estudantes. Em 2009, por meio da Resolução Ministerial n. 261,³⁴ houve a aprovação de diversas modalidades de MTCI para assistência médica, ensino e pesquisa, como também de planos de estudos e estratégias curriculares que orientavam a incorporação de práticas não convencionais por meio da organização e sistematização de trabalho interdisciplinar e controle dos resultados no processo de formação. A partir de então, a integração das MTCI nos currículos de saúde ganhou maior impulso.³⁵

Para além da graduação, foram desenvolvidas outras possibilidades de educação continuada na temática, como o mestrado em MTCI com duração de dois anos, cursos diversos de 25 a 200 horas, sendo os de 160 horas para profissionais que desejassem seguir o treinamento em MTCI acrescidos de no mínimo 240 horas teórico-práticas. Em Cuba, a residência médica (2 anos) é obrigatória e tem em seu primeiro ano 120 horas de MTCI e, no último, três semanas em tempo integral ou seis semanas em tempo parcial. Os médicos cubanos podem ainda optar por outra residência de especialidade (de 3-4 anos), em que as MTCI não estão incorporadas de maneira transversal. Contudo, há uma residência própria de MTCI com duração de 4 anos para aqueles que quiserem se aprofundar.²⁷

Por fim, em 2016, no VII Congresso do Partido Comunista, “Lineamiento 132”, foi reafirmada a necessidade de “prestar máxima atenção ao desenvolvimento das MNT”²⁸, o que demonstra o lugar de consolidação das chamadas medicinas naturais e tradicionais na política de saúde cubana.²⁷ Ainda que a motivação econômica tenha sido um importante argumento inicial para tal, as consequências positivas das MTCI para o sistema de saúde cubano contribuíram fortemente para essa decisão.

Trajetória de implantação nos EUA

Do cenário norte-americano, destacamos brevemente alguns dos condicionantes mais presentes na literatura pesquisada para ressaltar a necessidade de investimento na formação profissional em MTCI. Foram eles: a) o uso crescente dessas abordagens enquanto cuidado em saúde, tanto para população adulta quanto para as crianças;^{17,36-44} b) a insatisfação, de profissionais e consumidores, com o sistema médico hegemônico; c) a ineficácia da alta tecnologia para algumas questões em saúde e sua inacessibilidade para a maioria das pessoas;⁴⁵ d) uma maior conexão com os valores, crenças e orientações sobre saúde e doença das MTCI.⁴⁶

Desde a década de 1990, havia um debate sobre a melhor maneira de educar em MTCI nos cursos de saúde “convencionais”¹⁷, ou seja, em qual quantidade, momento e com quais conteúdos⁴¹ fazê-lo, pois não mais restava dúvida acerca de sua importância. Publicado em 1997, o relatório *Encouraging Medical Student Education in Complementary Health Care Practices*, da American Medical Association, já incentivava a formação nessas práticas.⁴³

Em 1998, quase 65% das faculdades de medicina ofereciam cursos ou disciplinas eletivas em MTCI, mas com conteúdo, formato e requisitos muito heterogêneos¹⁷. Naquele mesmo ano, a American Association of Colleges of Nursing elencou competências “essenciais” e “elementos curriculares necessários” a serem incluídos na formação quando vários conselhos estaduais reconheciam a consistência das MTCI para a prática da categoria.^{47,48} Em 1999, foi criado o Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM), um esforço conjunto de diversos centros acadêmicos em saúde para remodelação da assistência médica com estudos científicos e programas de ensino que contemplassem, para além da biomedicina, a complexidade humana e a multiplicidade de sistemas terapêuticos.⁴⁹

A literatura levantada nos mostra que, antes de 2000, o ensino das MTCI nas graduações em saúde de universidades norte-americanas, além de heterogêneo, era frequentemente eletivo, não baseado em evidências e sem padrões de avaliação consistentes.^{36,40,46,49} No início do século, das

125 faculdades de medicina dos EUA, 98 ofertavam disciplinas ou cursos eletivos de MTCI voltados principalmente a diminuir preconceitos e ampliar orientações baseadas em evidências,³⁹ abordando pontos positivos e negativos do uso.⁴²

No ano 2000, foi criado o *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCAM), atual *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), com o propósito principal de conduzir pesquisas científicas em MTCI e publicizar informações na área. O NCCAM inaugurou o programa de auxílio *R25 CAM Education Grant Program* para estimular a inserção de MTCI nos currículos das escolas de medicina, enfermagem e outras. O total investido naquela ocasião somou cerca de 22,5 milhões de dólares, ao passo que o investimento mais alto para cada custeio foi de 300 mil dólares/ano, sendo cinco anos o tempo limite para recebimento.¹⁷

Entre 2000 e 2003, foram subsidiados 15 projetos para o desenvolvimento de programas de educação para pesquisa em escolas de medicina, enfermagem, instituições de MTCI, uma residência médica e na American Medical Student Association.^{36,40,45,48,50-52} As instituições favorecidas, afiliadas ao CAHCIM, elegeram conjuntamente os temas essenciais para inserção das MTCI nos currículos da saúde, tendo como objetivo central responder à necessidade de aconselhamento profissional seguro e adequado aos que delas se utilizam, embora cada instituição mantivesse autonomia para implementar suas reformas curriculares^{40,52}

Em 2004, o CAHCIM publicou o *Implementation Guide for Curriculum in Integrative Medicine* para auxiliar no desenvolvimento dos currículos (de escolas médicas principalmente) quanto aos conteúdos, valores, atitudes e habilidades em MTCI de maneira a garantir uma capacitação com autonomia e integração teórico-prática.⁵³

De 2004 a 2006, houve um incremento significativo na oferta, principalmente, de disciplinas obrigatórias de MTCI nos currículos das faculdades médicas. Nesse intervalo, a participação das consultas em MTCI também teve crescimento significativo nos gastos nacionais em saúde.^{43,49}

Trajatória de implantação no Brasil

Na situação brasileira, a institucionalização das MTCI nos serviços públicos acontece desde a década de 1980, após a criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Dadas as diretrizes de descentralização e participação popular, estados e municípios tiveram maior autonomia para implantação e implementação dessas experiências nos serviços, que vieram paulatinamente se solidificando por meio de políticas e ações locais.

Em 2005, o Resumo Executivo do que seria a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) foi divulgado pelo Ministério da Saúde.⁵⁴ Após passar por todas as instâncias, o documento final sofreu alterações, inclusive de nome, resultando na forma da Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), reconhecendo cinco modalidades de práticas para oferta em caráter multiprofissional em todos os níveis de atenção, tendo como lócus preferencial a atenção básica.⁶

A despeito do contexto político-econômico adverso, particularmente num cenário de sucateamento e desmantelamento do SUS, as MTCI ganharam visibilidade e ampliação pelas portarias ministeriais nº 849 (2017)⁷ e nº 702 (2018),⁸ somando atualmente 29 práticas reconhecidas que contribuem para o cuidado da população, ainda que sem financiamento adicional.⁵⁵

Em paralelo, como aposta de superação do modelo predominante de ensino-aprendizagem com características flexnerianas⁵⁶ e buscando a integralidade⁵⁷ na formação profissional, nasceram movimentos que culminaram na estruturação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).⁵⁸ Na área da saúde, essas diretrizes reafirmam “a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos(as) trabalhadores(as) da área” e apresentam princípios gerais norteadores do desenvolvimento dos currículos e atividades pedagógicas que prezam pela humanização e cuidado ampliado, conjugam ao saber técnico-científico as dimensões socioculturais e subjetivas^{59,60} e abrem espaço, ainda que de maneira tímida, para inclusão da perspectiva de outras abordagens.

No entanto, apesar do notório avanço das políticas e práticas de MTCI nos serviços, observa-se um importante descompasso em relação a

sua inclusão em currículos da área de saúde,^{2,11,55} sendo essa uma problemática ainda a ser enfrentada no Brasil. Luz⁶¹ sugere que:

[...] talvez o mais forte obstáculo, o mais poderoso impedimento para a expansão [delas] [...] nos serviços públicos de saúde esteja no domínio da formação dos agentes que irão exercer a prática nos serviços de saúde. Estamos falando da *formação profissional*, do ensino que prepara os agentes para o exercício de tal prática. Não se nota ainda, no início da segunda década do primeiro século do atual milênio, sinais de uma efetiva integração entre ensino e exercício profissional ligado à saúde [...]. (grifo da autora)

Ao definir a oferta das MTCI em caráter multiprofissional para as categorias presentes no SUS, com ênfase na atenção básica, a PNPIC⁶ incluiu em suas diretrizes o “desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente”. Essa diretriz, embora coerente com a oferta de cursos pelo MS a profissionais já inseridos no SUS, não contempla a inserção das MTCI nos currículos universitários para a preparação dos futuros profissionais de saúde. Dada sua presença insuficiente em cursos técnicos e de graduação, os novos profissionais de saúde tendem a chegar aos SUS sem uma base necessária para a integração dessas abordagens no cuidado em saúde. Alguns deles recorrem a cursos livres ou de pós-graduação e arcam com os custos para complementar sua formação nessa área.⁶²

O MS¹⁵ reconhece que tais cursos, ofertados principalmente por instituições de ensino privadas, guardam grande heterogeneidade e insuficiência de definições “sobre os parâmetros de formação necessários para atuação com a maioria das práticas”, fato que também mereceu destaque no II Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (II CongrePICS), em 2019, quando foi aprovada a Carta de Lagarto, assinada pela Rede de Atores Sociais em PICS (RedePICS Brasil) e várias entidades associadas. A carta sugere aos Ministérios da Educação e da Saúde a construção de critérios mínimos para formação, por meio de um processo democrático e com participação dos profissionais de saúde, dos praticantes e associações de PICS e das

instituições formativas (universidades) para que sejam também facilitados os processos avaliativos e de fiscalização dos cursos.⁶³

Concordamos com Salles, Homo e Silva⁶⁴ quando afirmam que “a realidade é que as PICS são reconhecidas no Brasil, mas não temos suficientes profissionais e nem preparação adequada para praticá-las por falta de ensino sobre elas na graduação”. Ainda são incipientes os direcionamentos formais de regulamentação do ensino das MTCI nos currículos de graduação, e falta uma política pública indutora para impulsionar sua integração na formação em saúde, de maneira que persiste uma forte tendência a limitar o ensino em saúde ao saber biomédico hegemônico.

Conquanto Cuba tenha avançado ao prezar por um currículo em saúde que garanta o cuidado integral em seus serviços de saúde, e os EUA tenham realizado esforços com foco principalmente na qualificação dos futuros profissionais para estabelecerem uma comunicação eficaz com pacientes e demais profissionais sobre outras abordagens em saúde, a experiência brasileira segue dispersa e localizada^{9,65}, largamente heterogênea em conteúdo, formato e requisitos, dependente da iniciativa de docentes e sem suficiente integração curricular.

Um diferencial que se destaca favoravelmente na trajetória brasileira é a definição de prática multiprofissional das MTCI,⁶ não limitada, portanto, à medicina e à enfermagem. Se, por um lado, essa definição contempla adequadamente a proposta de integralidade do cuidado, presente na constituição do país e nas diretrizes curriculares nacionais em saúde, por outro, o desafio para a formação profissional é fortemente ampliado, ao englobar as diferentes categorias profissionais presentes no SUS.

Principais desafios e estratégias

As trajetórias de Cuba e dos EUA avançaram na inserção e integração de MTCI nos currículos universitários de saúde, porém, estes não aconteceram sem desafios e sem a necessidade de elaboração de estratégias para o enfrentamento de fatores limitantes. Em geral, percebemos que reconhecer a contribuição dessas abordagens para o cuidado à

população foi uma etapa primordial para o enfrentamento dos desafios do processo de inclusão delas nas formações em saúde.

A partir do material analisado, foi possível ordenar esses desafios em quatro categorias: estrutura curricular e métodos de ensino; corpo docente; eficácia e evidências científicas; e contexto político-institucional, que demandaram estratégias para um redesenho do processo de ensino-aprendizagem em saúde em Cuba e nos EUA. A experiência brasileira comunga muitos dos desafios elencados, ainda que não tenha avançado o suficiente para modificação do cenário de ensino e formação em MTCI nas graduações em saúde.

Estrutura curricular e métodos de ensino em Cuba

Em Cuba, ficou clara a necessidade de enfrentar o desafio de que os conteúdos disciplinares dentro da estrutura curricular, principalmente em medicina, estivessem de fato integrados aos componentes convencionais. Foi muito importante empenhar esforços para que houvesse interconexão das diferentes disciplinas que também ocupavam posições diferentes na profissão,³⁵ o que também deveria ocorrer para as demais categorias de saúde.

Para além de conhecimentos, mostrou-se necessário investir no método; ou seja, habilidades e valores deviam conjuntamente expressar o escopo de cada disciplina com um formato de ensino coerente dos mesmos. Dessa maneira, foi estratégico que os objetivos e atividades estivessem constantemente atualizados, para que exigências novas pudessem ser incorporadas de maneira paulatina e progressiva, enquanto resposta aos cenários e tendências desenhados no correr dos anos.³⁵

Identificamos que a grande aposta para esse movimento de integração das MTCI aos currículos cubanos respondeu pelo nome de “interdisciplinaridade”. Afinal, foram as atividades interdisciplinares⁶⁶ que favoreceram a incorporação de maneira integrada e a identificação dessas abordagens no ensino e, ainda, puderam desenvolver mais motivação e protagonismo dos estudantes, de forma que os planos de

estudo deviam necessariamente abordá-las. E houve a recomendação de que fossem expandidos esses planos, que incorporaram as MTCI em diversas disciplinas.⁶⁷

Primeiramente, a experiência cubana atestou que é possível encontrar tempo hábil nos currículos para integrar as MTCI, a partir da compreensão da potência e necessidade de trabalhar diferentes paradigmas do cuidado em saúde no processo formativo. A trajetória cubana optou por uma integração não abrupta às horas obrigatórias, mas paulatina e progressiva dos assuntos, o que deve ocorrer durante todo o curso de medicina (média de seis anos).²⁷

As “estratégias curriculares” cubanas caracterizaram a integração das MTCI nas graduações em saúde com a definição de atributos mais amplos para cada categoria profissional. Elas demandaram uma integração estruturada, organizada e coerente entre várias disciplinas para compor os planos de estudos, sendo uma abordagem pedagógica com o intuito de trabalhar conhecimentos, habilidades e maneiras de atuação, para além de conteúdos,^{28,30} sob pena de não alcançarem o que almejam quando/se isolada.

A reorganização do perfil curricular cubano considerou necessidades da sociedade e também tendências internacionais e promoveu uma integração tanto em nível horizontal (nos semestres e anos acadêmicos) quanto vertical (nas disciplinas e matérias dos diferentes anos), ou seja, por meio da integração entre a área básica e a clínica, visando a inter e transdisciplinaridade, buscando o alinhamento das linhas, eixos ou estratégias curriculares.²⁸ Assim, essas estratégias curriculares versaram sobre a incorporação da temática de maneira não pontual, mas transversal, distribuindo o conteúdo ao longo dos anos do curso sem necessitar da criação de disciplinas específicas.⁶⁸ Identificamos majoritariamente tais experiências cubanas de integração no ensino da graduação em medicina, mas também na de estomatologia e na licenciatura em tecnologia da saúde.^{29,66-68}

No caso da medicina, vale mencionar o relato de uma experiência de inserção que se iniciou na disciplina de educação física e, a partir daí, desenvolveu uma estratégia de base interdisciplinar desde o primeiro ano. As principais etapas mencionadas foram: análise do próprio progra-

ma de educação física e da Estratégia Curricular de Medicina Natural e Tradicional (ECMNT); desenho da estratégia de integração; estruturação de trabalhos com as disciplinas coordenadoras; avaliação dos possíveis entraves no que tange à interdisciplinaridade com as disciplinas participantes; escolha de assuntos e conteúdos basilares de MTCI; oficinas para formação de professores; envolvimento da comunidade com discentes e docentes; e aplicação e validação da estratégia de interdisciplinaridade.⁶⁶ Um processo complexo, que envolveu várias etapas e diferentes profissionais, possivelmente facilitado por meio de um direcionamento central que caracteriza a administração cubana.

Estrutura curricular e métodos de ensino nos EUA

No contexto norte-americano, a literatura destacou a necessidade de enfrentar os tradicionais métodos de ensino-aprendizagem e avaliação, a fragmentação disciplinar⁵¹ e a superlotação nas grades curriculares.^{17,41,45,49} O vasto, diverso e complexo campo das MTCI também foi ressaltado como um desafio, ao requerer a identificação de um conjunto qualificado e conciso desse conteúdo a ser incorporado nos currículos.⁵⁰

O formato de ensino era desafiador porque a utilização de palestras, muitas vezes adotada para inserção do conteúdo de MTCI, embora aproximasse os discentes a princípio, não se mostrava suficiente para aprofundar, dada a marcante distinção paradigmática entre as abordagens. A experimentação pareceu, então, uma necessidade essencial para facilitar o entendimento de outras modalidades de cuidado. As disciplinas eletivas permitiam espaço para a experimentação, mas, apresentavam um número reduzido de vagas e, por isso, demandavam maior antecipação na matrícula, fato que, com a superlotação nas grades curriculares, exigia muita motivação discente para extrapolar a formação convencional obrigatória.⁴³

Além da importância de haver a obrigatoriedade da imersão prática nas MTCI ensinadas, possibilitando um debate que se estabelecesse também com experiências vividas, foi considerado estratégico que as pessoas pudessem escolher e decidir quais práticas queriam vi-

venciar, entendendo que isso aproximaria as pessoas das MTCI. Nesse sentido, foram sugeridas a introdução de educação interprofissional e autocuidado. Uma abordagem prática de MTCI garantiria a possibilidade de uma experimentação que pudesse ser transformadora nesse processo educativo.^{36,42,69}

Os programas financiados pelo R25 delinearam princípios-chave úteis para o desenvolvimento dos currículos e identificaram que seria possível avançar por meio de conteúdos de MTCI, divididos em habilidades fundamentais e áreas específicas. As habilidades fundamentais abordavam conteúdos introdutórios para facilitar a compreensão da terminologia específica e ampliar a motivação de utilização dessas abordagens de cuidado, com uma discussão embasada sobre seus princípios, sedimentando conhecimentos mínimos basilares para aprendizado futuro. Nas áreas específicas eram enfatizadas as práticas com evidências de tratamento exitoso principalmente quando a medicina alopática não se mostrava eficaz.⁵⁰

Os estudos analisados na revisão da literatura indicaram que os currículos norte-americanos com MTCI foram desenhados com objetivos de tornar possível a comunicação de profissionais de saúde quanto à utilização desses saberes e práticas com as pessoas pelas quais são responsáveis pelo cuidado; de estarem à vontade com as modalidades de uso mais comuns para que pudessem discutir as possibilidades entre utilizar ou não e como fazer; de se sentirem seguros para conduzir os encaminhamentos necessários daqueles que tivessem interesse em utilizar as MTCI; e de serem conhecedores das melhores maneiras quanto à obtenção de informações confiáveis sobre tais abordagens.^{17,39,40}

Destacamos brevemente algumas experiências universitárias debatidas nos artigos norte-americanos: a Universidade do Arizona, desde 1975, tem atividades obrigatórias, sendo pioneira na educação de MTCI com foco na comunicação e experimentação⁴⁵. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota, as experiências acontecem, desde 1998, nos dois primeiros anos do curso, e, para os terceiro e quarto anos, há um curso optativo curto.⁴³ Na Universidade de Duke, a inclusão de MTCI aconteceu em 2005 por meio do curso Capstone, obrigatório para o quarto ano na faculdade de medicina. Os locais e

formatos foram sendo modificados, a prática foi incluída e a obrigatoriedade foi uma característica que permaneceu.³⁶

A integração das MTCI nos currículos das instituições contempladas pelo R25 envolveu estratégias organizacionais e instrucionais como a obrigatoriedade de disciplinas na área, ainda que com carga horária variada; a concentração nos dois primeiros anos de medicina; a adoção do formato eletivo em várias experiências mesmo que o objetivo maior fosse a integração; a experimentação prática como fundamental; a oferta de rotações de imersão com praticantes de MTCI para discentes a partir do meio do curso (terceiro e quarto anos); e a utilização de palestras quando necessário para abranger um grande número de pessoas.⁵²

Outras características consideradas importantes para promover modificações bem-sucedidas dos currículos, de projetos financiados pelo R25 ou não, foram: inserir a MTCI na missão educacional da instituição, como estratégia diferencial de qualidade; formar o corpo docente de maneira contínua sobre as evidências e estratégias apropriadas de ensino; estimular lideranças em MTCI entre docentes e discentes; e promover currículos sustentáveis com recursos de referência em MTCI confiáveis.^{36,40}

Ao lado de políticas indutoras de financiamento para as instituições de ensino, foram também fatores fundamentais para impulsionar sua inserção nos currículos de graduação norte-americanos a promoção de espaços coletivos para discussão de prioridades e estratégias curriculares e a projeção das MTCI como diferencial de qualidade na formação em saúde.

Estrutura curricular e métodos de ensino no Brasil

No caso do Brasil, é preciso ainda fazer um enfrentamento quanto à carência de instituições formadoras em outras abordagens da saúde de maneira que estejam em concordância com os princípios do SUS e da saúde coletiva.² Um desafio que se tem observado é o crescimento de cursos ofertados por universidades privadas sem critérios suficientemente acordados no coletivo;^{10-12,14} sob o risco de que as práticas ve-

nam a assumir um caráter intervencionista e curativo em desarmonia com características de humanização e integralidade.¹¹

Nas instituições de ensino superior (IES) públicas, o ensino e a formação em MTCI têm acontecido de maneira difusa e heterogênea, enquanto iniciativas localizadas e sem suficiente reflexão coletiva em relação a seus objetivos e critérios. Há uma disputa por carga horária na matriz curricular, sendo complexa a inclusão das MTCI tanto por questões corporativistas, como econômicas, paradigmáticas e até religiosas, entre outras.⁶⁵

Em pesquisa sobre o perfil de ensino de MTCI nas graduações em saúde das IES públicas fluminenses, foi desenhado um retrato que parece estar próximo do perfil nacional: predomínio do formato opcional das disciplinas (eletivas e optativas), com pouca ou nenhuma integração nos currículos obrigatórios, deixando uma significativa parcela de egressos sem acesso ao tema; e disciplinas com caráter majoritariamente informativo, que, portanto, não capacitam para a prática profissional. A pesquisa destacou o desafio de ampliar, qualificar e integrar essas abordagens aos demais conteúdos da grade curricular, de maneira orientada para o SUS.⁹

A ausência de acesso ao tema entre grande parte dos egressos das graduações em saúde promove, além de desinformação, preconceito e resistência em relação à participação das MTCI no cuidado em saúde.^{70,71} Além de integrar conteúdos, habilidades e valores de MTCI na grade obrigatória, a vinculação a uma carga horária prática supervisionada é também um desafio para garantir a qualidade da formação. Ao lado disto, as disciplinas optativas deveriam ser ofertadas com objetivo de aprofundamento, visando a prática profissional como cuidado realmente ampliado.⁷² Quando a oferta se dá apenas em caráter eletivo, o aprendizado é comprometido, torna-se individualizado e dependente do desejo do graduando, que opta (ou não) por buscá-lo.⁷³

Embora seja uma experiência localizada, vale destacar um curso de graduação em saúde numa universidade pública com estratégia de integração de diferentes ações: a) no ensino, disciplinas multidisciplinares e estágio na área; b) na pesquisa, iniciação científica com projetos sobre o tema; e c) na extensão, projetos com a comunidade local.⁷⁴ A avaliação de experiências como estas pode motivar sua expansão para outras instituições.

As pesquisas sobre o ensino em MTCI no país concentram estudos sobre cursos de medicina e enfermagem.⁹ A mais recente sobre as graduações em medicina no Brasil aponta que apenas 21% delas abordam as MTCI, com maior concentração nas regiões Sul e Centro-Oeste do país, principalmente nas capitais. Evidencia-se um predomínio do ensino por disciplina ou módulo curricular optativo com ênfase nas ligas acadêmicas, com metodologias ativas e/ou tradicionais. Nele, reitera-se que não foi observado impacto da PNPIC e das novas diretrizes curriculares no número de graduações em medicina com MTCI.⁷⁵

Por fim, recentemente o MS disponibilizou, em sua versão preliminar, o livreto 7 de “Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” do Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os Gestores do SUS¹⁵, que expressa a necessidade de um esforço intersetorial e da mobilização das diferentes categorias profissionais com vistas à criação de normas para a construção de currículos e a definição de carga horária mínima para cada uma das práticas.

Embora se reconheça a necessidade de um debate coletivo, intersetorial e interinstitucional sobre o tema, este ainda está por acontecer e será facilitado mediante política indutora que se apoie na prerrogativa constitucional do SUS para ordenar a formação dos trabalhadores da área, valorize a centralidade das graduações em saúde para a integração das MTCI no cuidado e promova a construção de acordos coletivos quanto a objetivos, diretrizes e estratégias principais de inserção dessas abordagens na formação dos futuros profissionais de saúde.

O corpo docente em Cuba

Tendo em vista que o ensino de profissionais de saúde não pode acontecer sem professores capacitados, as universidades cubanas reconheceram a necessidade fundamental de ofertar aos docentes formação em MTCI. Diante disto, passaram a desenvolver projetos de formação para que os professores pudessem colaborar com um processo de ensino-aprendizagem que contemple outras racionalidades, uma vez que “so-

mente se o professor estiver preparado nessas terapias, reconhecer seu valor e usá-las no atendimento ao paciente, os alunos descobrirão seu valor, aprenderão e as usarão”^{v,68}

Desse modo, foram adotadas experiências de educação continuada com a exigência de que professores da área de saúde fossem treinados em MTCI, de modo a proporcionar-lhes a construção de uma visão multidimensional do cuidado.²⁷

O corpo docente nos EUA

No caso dos EUA, percebeu-se que, quando os currículos sofrem transformações motivadas pelo coletivo, existe maior capacidade de sustentação no tempo, com maior estabilidade de oferta, independente de mudanças pontuais no quadro de professores. Porém, aproveitar o corpo docente para uma educação de fato interdisciplinar e interprofissional foi também um importante desafio.^{39,52}

As instituições de saúde contempladas pelo *R25 CAM Education Grant Program* destacaram a necessidade de envolver praticantes das MTCI¹⁷ para sensibilização e formação do corpo docente, afinal, percebeu-se que a renovação do currículo e a integração com os conteúdos já estabelecidos seriam facilitadas pela presença de docentes sensíveis, qualificados e comprometidos com a institucionalização das MTCI, o que demanda tempo.^{39,47,48,52}

Assim, foi importante fomentar a colaboração entre acadêmicos, praticantes e professores interessados e, para tanto, se mostrou viável a criação de um comitê interdisciplinar. Com maior envolvimento e engajamento dos colaboradores, o debate e o consenso tanto ao que é imprescindível de conteúdo quanto aos objetivos do currículo pode ser amadurecido.⁴⁰

Foi igualmente estratégico investir na redução do preconceito, com ampliação da veiculação de informações sobre MTCI, por meio da pro-

v “solo si el profesor se encuentra preparado en estas terapias, reconoce su valor y las utiliza en la atención a pacientes, los estudiantes descubrirán su valor, las aprenderán y las utilizarán”⁶⁸ [trecho traduzido por uma das organizadoras do livro]

moção de espaços de discussão com abertura para dissensos, uma vez que alguns docentes se mostraram resistentes em apresentar ou defender práticas sobre as quais não tinham suficiente segurança. Outras estratégias para dar sustentação e permanência aos componentes curriculares de MTCI integrados foram a avaliação continuada do currículo e das experiências dos diversos atores nesse processo, sendo esta considerada uma avaliação formativa.⁴⁰

Percebemos também que parcerias entre universidades norte-americanas, com diferentes graus de experiências com MTCI, podem ter sido interessantes para aquelas que estavam no início. O investimento no aprendizado dos docentes pareceu prioritário e uma experiência de acampamento no qual os professores imergem por quatro semanas para aprender teoria e prática foi avaliada como uma potente possibilidade para trabalhar distintas modalidades e evidências, além de avançar nas discussões sobre como integrar MTCI nos currículos da graduação em enfermagem.⁴² Contudo, na enfermagem, houve majoritariamente a incorporação de conteúdos teóricos em detrimento das vivências, ainda que reconhecida a importância de integração dos dois formatos.⁶⁹

O corpo docente no Brasil

No Brasil, os docentes que são sensíveis à temática, e que se colocam à disposição para o ensino e pesquisa na área, guardam em comum uma exposição anterior às práticas e utilização pessoal delas em seu cotidiano.^{76,77} Parte dos docentes valida os benefícios dessas abordagens para um cuidado integral, mas ainda não se tem um consenso entre eles quanto à melhor maneira de inserção na formação.^{74,75,78}

Destaca-se também que os docentes, na realidade brasileira, continuam a ser protagonistas para inserção dessas abordagens no ensino das graduações em saúde, por meio de iniciativas pontuais, localizadas e frequentemente não institucionalizadas.^{20,79} Assim, a sustentabilidade da oferta de disciplinas com conteúdos de MTCI é afetada, por serem normalmente eletivas ou optativas, e tendem a ser

suspensas em caso de licença do docente, seja para tratamento de saúde, qualificação profissional ou aposentadoria.

A insuficiência de docentes qualificados para o ensino de MTCI em cursos de graduação em saúde também é clara no Brasil, além da expressiva resistência entre professores biomédicos para o tema. Tal como aconteceu em Cuba e nos EUA, nesse processo, a sensibilização, qualificação e participação do corpo docente especializado são desafios importantes a serem enfrentados para viabilizar uma efetiva integração das MTCI no cuidado em saúde oferecido pelo SUS.^{48,68,72}

Eficácia e evidências científicas em Cuba

Na trajetória cubana, a demanda por evidências científicas foi uma questão desafiadora, afinal, o processo de geração de evidências para comprovação de eficácia terapêutica em MTCI é considerado complexo, porque estas práticas se baseiam em pressupostos e paradigmas distintos dos encontrados na biomedicina. Creditar ou não validade a uma modalidade terapêutica com base em ensaios clínicos convencionais, sem a suficiente consideração de singularidades epistêmicas e paradigmáticas, é um debate que continua atual, com a crescente proposição de novas abordagens metodológicas para a pesquisa em MTCI.^{31,80-82}

A desqualificação de abordagens não convencionais acontece, abertamente ou de maneira dissimulada, sobretudo pela discrepância entre os pressupostos da ciência constituída e dessas outras modalidades, o que pode ofuscar interesses de indústrias farmacêuticas, que desconsideram muitas vezes a insuficiência de evidências presentes em algumas terapêuticas de orientação biomédica.^{31,83-89} Ao considerar que o método não deve ser mais importante que o resultado empírico alcançado,³¹ os cubanos buscaram enfrentar o desafio de validação de outras maneiras de cuidado em coerência a suas próprias racionalidades, a partir do reconhecimento de outras possibilidades epistêmicas.

Esse posicionamento abriu espaços para a incorporação da MTCI nos currículos e cuidado em saúde, mediante a valorização das seguintes

estratégias: a) revisão do próprio conceito de evidências; b) abertura de espaço para abordagens além da biomédica; c) utilização do método consonante ao objeto de estudo e não ao contrário; d) reconhecimento, na pesquisa, de que a utilização de MTCI geralmente acontece de maneira a combinar mutuamente diversas modalidades, o que complexifica a obtenção de conhecimento sobre a atuação de uma delas isoladamente; e) percepção de que a realidade do indivíduo é em muito diferente daquela produzida no ensaio clínico controlado, interferindo sobremaneira na resposta terapêutica; e f) compreensão de que não há uma única forma de experimentação do mundo, por mais hegemônica que seja a utilização de determinados modelos.³¹

Eficácia e evidências científicas nos EUA

Na realidade norte-americana, a inclusão de disciplinas de MTCI também promoveu o desenvolvimento de pesquisas clínicas e a busca por evidências em MTCI, incluindo o desenvolvimento de novas metodologias avaliativas.^{41,50,90} O CAHCIM e o NCCIH, já mencionados, continuam sendo instituições importantes de valorização da pesquisa nessa área, com ênfase no desenvolvimento de habilidades para encontrar e interpretar, de forma crítica, os resultados de estudos com MTCI.⁵⁰

Eficácia e evidências científicas no Brasil

No Brasil, no que tange à discussão quanto às evidências científicas, podemos ressaltar que esse foi o tema do II CongrePICS, que contou com uma conferência específica sobre isso.⁹¹ Naquele momento, foi anunciada a construção do mapa de evidências de algumas práticas, com intuito de validação científica dessas abordagens, numa parceria entre o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), a Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS/MTCI) e a Rede MTCI Américas. Concomitantemente, o

Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS) tem se dedicado a buscar evidências no campo prático para levantar evidências empíricas.⁹²

Como desdobramentos, em 2020 houve o lançamento de 14 mapas de evidências, disponíveis na base de dados Políticas Informadas por Evidências (PIE) da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), com objetivo de auxiliar a tomada de decisões políticas por meio das melhores evidências. As PIE também integram as sínteses de evidências de diferentes práticas que foram produzidas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em Brasília para a Coordenação Nacional de PICS do MS, que, a partir de então, produziu cinco informes técnicos tratando da utilização de algumas práticas.⁹² Dessa forma, o Ministério da Saúde brasileiro tem priorizado em sua agenda a busca por evidências científicas para orientar os gestores de saúde sobre a implantação das MTCI.⁹³ Os mapas de evidências são importantes ferramentas também para o ensino e a pesquisa dessas práticas no país.

Contexto político-institucional em Cuba

Em Cuba, destacou-se, nesse processo, a importância do estímulo governamental para que as MTCI fossem incorporadas aos currículos de saúde, embora com ênfase na medicina, bem como a consideração quanto à existência de tempo nos currículos e, ainda, a abrangência desse ensino a todos, docentes, discentes e médicos da área, para garantir um amplo acesso a essas práticas. Neste movimento, considerou-se imprescindível que todos os profissionais tivessem uma formação ampla que valorizasse diversas abordagens de cuidado.²⁷

Percebemos que o entendimento cubano é de que a colaboração entre as diferentes medicinas não é apenas plausível, mas apropriada,³¹ o que, nesse contexto, perpassou três pontos principais: integração, interdisciplinaridade e educação no trabalho²⁸, com o objetivo de “abandonar posições sectárias e trabalhar juntos para esclarecer incógnitas e pavimentar o caminho para novas gerações.”^{vi,31}

vi “abandonar posturas sectarias y trabajar en común para despejar incógnitas y allanar el camino a las nuevas

No campo político-institucional, foi igualmente estratégico refletir sobre o conceito e a terminologia utilizados para tais abordagens, a fim de se identificar as práticas. Houve uma concordância que o termo “medicina alternativa” seria um equívoco, mesmo sendo há muito utilizado, afinal, essas medicinas são um método ancestral, de forma que a expressão gera embates conceituais. Existem sugestões para a resolução, como o uso de termos como culturas médicas, medicinas com concepções ou racionalidades diferentes ou métodos populares,⁹⁴ entretanto, tratamos aqui de uma questão que transcende ao mero aspecto terminológico. Encarar o peso e o poder das palavras pelo significado que carregam e utilizá-las de forma consciente de seu sentido implícito e explícito é também propiciar visibilidade desses saberes e práticas.

A compreensão da necessidade do ensino de MTCI no âmbito da graduação foi também fundamental como uma estratégia para sua ampliação e efetivação nos serviços, ao passo que, se postergada para uma eventual pós-graduação, ter-se-iam diminuídas suas possibilidades de concretização. Isso porque a motivação e entendimento sobre elas poderiam estar sendo comprometidas por sua menor abrangência e, conseqüentemente, tais profissionais de saúde já formados poderiam se sentir menos responsáveis pelo direito de escolha terapêutica daqueles que cuidam. A constatação sobre a graduação ser o momento mais oportuno para início da aprendizagem em MTCI é, portanto, um elemento de destaque na trajetória cubana.^{44,95}

O cenário político centralizado na ilha, e sua dimensão territorial e populacional reduzida em relação aos EUA e ao Brasil, também são inegavelmente fatores relevantes a serem considerados nessa trajetória.

Contexto político-institucional nos EUA

No contexto norte-americano, o clima político das instituições e suas estruturas de poder e hierarquização podiam ser favoráveis ou, ainda, empecilhos adicionais para promover as mudanças necessárias.^{49,51}

generaciones”³¹ [trecho traduzido por uma das organizadoras do livro]

A estrutura democrática presente no país permitiu conciliar uma política indutora, por meio do financiamento de instituições de ensino para a integração das MTCI em currículos de graduações em saúde, com o protagonismo coletivo e individual dessas instituições. Dessa maneira, o ensino de MTCI está nos currículos universitários norte-americanos envolvendo diversas frentes como: uma contextualização dessas abordagens, pesquisas e evidências das modalidades de MTCI mais relevantes (segundo o atual NCCIH), questões referentes a métodos sobre eficácia e segurança, reconhecimento de estratégias de autocuidado e da importância do cuidado centrado na pessoa e o conhecimento e contato com provedores diretos de MTCI.⁵²

O estímulo à inserção dessas práticas na missão educacional das instituições como estratégia diferencial de qualidade, e a valorização de lideranças em MTCI entre docentes e discentes, também contribuíram para favorecer mudanças no ambiente institucional.

Contexto político-institucional no Brasil

Na realidade brasileira, para fazer o enfrentamento à lacuna de formação na área para o SUS, a principal estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde até então, está no âmbito da educação permanente, proposta pela PNPIC,⁶ para profissionais que estão em atuação no serviço, por meio de cursos introdutórios e de qualificação disponibilizados, sobretudo em ambiente virtual de aprendizagem.⁵⁵ Atualmente essa oferta contempla, em seis cursos, temáticas como medicina tradicional chinesa, antroposofia, plantas medicinais e fitoterapia e gestão em MTCI. Além disso, a auriculoterapia é tema de outro curso que vem sendo oferecido, fruto de parceria do MS e uma universidade federal. Todos apresentam uma carga horária entre 60 e 100 horas. O MS prevê uma ampliação dessa oferta com 14 novos cursos para 2021.¹⁵ Ademais, algumas secretarias municipais de saú-

de também oferecem oportunidades locais de educação permanente e/ou especialização que são pouco estudadas.⁵⁵

A formação em educação permanente de profissionais de saúde, embora relevante, não substitui a formação de futuros profissionais nas graduações em saúde, e a especialização dos atuais em nível de pós-graduação. A ampliação e potencialização da parceria entre o MS com universidades também para projetos de educação continuada, com ênfase em cursos de graduação, de forma similar ao observado no EUA, poderá ser um caminho promissor na trajetória brasileira.

No âmbito das instituições de ensino superior públicas, entretanto, o preconceito e a resistência às MTCI ainda prevalecem, principalmente, mas não apenas, na área da medicina. Iniciativas de docentes comprometidos com as MTCI, embora consigam sustentar algumas experiências importantes no ensino dessas abordagens, enfrentam frequentemente disputas hostis por carga horária no currículo, contratação de docentes especializados na área, acesso a salas de aula e principalmente a espaços e equipamentos físicos em ambulatórios de prática, para citar algumas principais.^{9,71}

No Quadro 1 apresentamos uma síntese desta seção.

Quadro 1. Principais desafios e estratégias para integração das MTCI* aos currículos de graduações em saúde em Cuba, EUA e Brasil**

Principais desafios e estratégias/Pais	Estrutura curricular e métodos de ensino	Corpo docente	Eficácia e evidências científicas	Contexto político-institucional
Cuba	<p>Integração aos componentes curriculares convencionais;</p> <p>Incorporação de conteúdos, habilidades e valores;</p> <p>Incorporação paulatina e progressiva;</p> <p>Aposta na interdisciplinaridade;</p> <p>Espaço nos currículos para integração dessas outras abordagens;</p> <p>Transversal ao longo dos anos do curso sem necessidade de criação de novas disciplinas.</p>	<p>Necessidade de sensibilização e formação dos professores;</p> <p>Educação continuada.</p>	<p>Compreensão das limitações do processo de geração de evidências;</p> <p>Desqualificação das abordagens não convencionais;</p> <p>Validação de outras maneiras de cuidado coerente às próprias racionalidades;</p> <p>Revisão do conceito de evidências;</p> <p>Reconhecimento da complexidade das abordagens.</p>	<p>Compreensão quanto a necessidade de integração entre as diferentes abordagens;</p> <p>Estímulo governamental imprescindível para induzir formação;</p> <p>Discussão sobre terminologia mais adequada e coerente aos sentidos e práticas;</p> <p>Graduação é o momento mais oportuno para iniciar a aprendizagem;</p> <p>Cenário político centralizado, dimensão territorial e populacional reduzida.</p>

Quadro1 (continuação)

Principais desafios e estratégias/Pais	Estrutura curricular e métodos de ensino	Corpo docente	Eficácia e evidências científicas	Contexto político-institucional
EUA	<p>Métodos tradicionais de ensino-aprendizagem e avaliação;</p> <p>Fragmentação disciplinar; Superfetação nas grades curriculares;</p> <p>Obrigatoriedade de imersão prática e poder de escolha das práticas;</p> <p>Educação interprofissional e autocuidado;</p> <p>Habilidades fundamentais e áreas específicas;</p> <p>Disciplinas eletivas x obrigatórias;</p> <p>Políticas indutoras de financiamento para instituições de ensino;</p> <p>Promoção de espaços coletivos para discussão de prioridades e estratégias curriculares.</p>	<p>Necessidade de sensibilização e formação do corpo docente;</p> <p>Engajamento coletivo possibilita sustentabilidade das mudanças curriculares;</p> <p>Criação de comitê interdisciplinar;</p> <p>Ampliação da veiculação de informações para redução de preconceito;</p> <p>Avaliação formativa;</p> <p>Parcerias entre universidades norte-americanas com diferentes graus de experiências;</p> <p>Imersão teórico-prática de docentes na área.</p>	<p>Necessidade de desenvolver pesquisas clínicas e busca por evidências;</p> <p>Novas metodologias avaliativas de eficácia e segurança;</p> <p>Ensino sobre pesquisa e habilidades para encontrar e interpretar resultados de estudos.</p>	<p>Estrutura rígida de poder e hierarquização nas instituições;</p> <p>Política indutora de financiamento;</p> <p>Estímulo ao protagonismo coletivo e individual das instituições;</p> <p>Projeção das MTCI como diferencial de qualidade na formação em saúde;</p> <p>Valorização de lideranças entre docentes e discentes.</p>

Quadro1 (continuação)

Principais desafios e estratégias /País	Estrutura curricular e métodos de ensino	Corpo docente	Eficácia e evidências científicas	Contexto político-institucional
Brasil	<p>Carência de formação alinhada aos princípios do SUS e da saúde coletiva;</p> <p>Oferta crescente no âmbito privado;</p> <p>Iniciativas nas universidades públicas de maneira localizada, difusa e heterogênea;</p> <p>Predomínio de disciplinas opcionais e informativas;</p> <p>Sem política indutora para os currículos das graduações em saúde e métodos de ensino.</p>	<p>Necessidade de sensibilização e formação do corpo docente;</p> <p>Não há consenso sobre melhor maneira de inserção na formação;</p> <p>Protagonistas da inserção com iniciativas pontuais.</p>	<p>Discussão atual sobre a temática;</p> <p>Produção de materiais baseados em evidências.</p>	<p>Principal estratégia do MS são os cursos de educação permanente;</p> <p>Ausência de políticas indutoras para inserção nas graduações em saúde;</p> <p>Necessidade de espaços coletivos de reflexão e debate sobre objetivos e diretrizes para a formação profissional;</p> <p>Premência de esforço intersetorial para criação de normas e critérios mínimos na área.</p>

Fonte: As autoras, 2021. *Medicina Tradicional Complementar Integrativa **Estados Unidos da América

Considerações finais

A partir das reflexões sobre as experiências internacionais, especificamente de Cuba e dos EUA, pudemos notar que, ainda que com histórias singulares quanto à inserção e integração das outras abordagens em saúde nos currículos das universidades, muitos dos desafios nessa trajetória são compartilhados pela realidade brasileira. Acreditamos que as estratégias de enfrentamento nos diferentes países podem contribuir para subsidiar reflexões quanto aos possíveis passos que o Brasil precisa dar no sentido de avançar nesse cenário.

O investimento na formação profissional em MTCI em cursos de graduação de categorias da área da saúde conquistou relevância em Cuba e nos EUA. Enquanto Cuba priorizou o ensino e formação de futuros profissionais de saúde com intuito de oferecer um cuidado integral em seu serviço público de saúde, o foco dos EUA esteve em formar profissionais capazes de, com base em informações confiáveis, se comunicar quanto à utilização e orientação das práticas. No caso do Brasil, essa definição inexistente uma vez que ainda não é possível observar um debate consistente para a construção de acordos coletivos nesse sentido.

Das categorias empíricas encontradas sobre os principais desafios e estratégias enfrentados e conduzidos nos diferentes países estudados, pudemos destacar genericamente: **1) estrutura curricular e métodos de ensino** – sobressaem questões sobre superlotação dos currículos em saúde, oferta de disciplinas eletivas e/ou obrigatórias, fragmentação ou integração disciplinar, transversalidade, experiências práticas e autocuidado; **2) corpo docente** – há uma carência de profissionais qualificados para o ensino de MTCI nas graduações o que demanda sensibilização e formação dos mesmos; **3) eficácia e evidências científicas** – são importantes estratégias de validação dessas outras abordagens em saúde sendo preciso aprofundar a reflexão sobre métodos de pesquisa e promover a utilização de referências confiáveis e, **4) contexto político-institucional** – ações indutoras de Estado para financiamento e promoção de espaços interinstitucionais de debate coletivo de objetivos e diretrizes representam um espaço central para a almejada inserção e integração das MTCI no ensino e formação no âmbito da graduação.

A experiência brasileira evidencia que os avanços enquanto políticas de saúde na área carecem de uma organização da formação e do ensino, sendo um desafio há muito identificado na literatura, mas ainda não enfrentado. A expansão sustentável dessas práticas no SUS requer prioridade na agenda das políticas públicas, com investimentos na oferta de serviços, mas também no ensino, pesquisa e extensão. A proposta de formação no currículo em caráter obrigatório possibilita que os estudantes sejam apresentados aos conteúdos, valores e habilidades em MTCI.

As contribuições específicas dos países estudados podem ser valiosas para inspirar a trajetória brasileira a trilhar novos rumos. Destacamos a proposta de integração transversal nos currículos em Cuba, que no nosso contexto sofre importantes resistências e requer um debate coletivo com apoio de autoridades da saúde e da educação. Dos EUA, identificamos iniciativas de bolsas destinadas a instituições de ensino como incentivo à formação de profissionais e ao desenvolvimento científico das MTCI nas universidades. Também merecem destaque as estratégias de promoção de encontros e reuniões entre as instituições financiadas para a discussão de objetivos principais da formação, a ênfase à formação docente e a valorização de experiências práticas de autocuidado entre os discentes.

Reiteramos ainda a necessidade de reconhecimento da graduação das categorias de saúde presentes no SUS como espaço prioritário para investimentos na formação em MTCI. Para tanto, se faz premente a discussão coletiva de parâmetros, capazes de orientar a transição de uma experiência de inserção difusa e incipiente para uma suficientemente robusta. A integração de outras abordagens em saúde de maneira interdisciplinar e transversal nos currículos, que respeite os princípios do SUS e da saúde coletiva, está sustentada na defesa da diversidade epistemológica e de uma ecologia de saberes que valide outras formas de conhecimento e experimentação do mundo, do humano e do cuidar, comprometidas com uma postura ética e emancipatória em saúde.

Por fim, recomendamos o desdobramento da pesquisa sobre formação em MTCI nesses e em outros países, inclusive com o aprofundamento nos métodos de integração curricular. Embora o Brasil tenha uma trajetória única, dada sua pluralidade e complexidade cultural e institucional, e a dimensão do SUS como sistema público e universal de saúde,

guardadas as diferenças de contexto, sempre é possível extrair lições de experiências bem-sucedidas para refletir sobre nossas escolhas ou, quando for o caso, a ausência delas.

Referências

1. Sousa IMC. Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
2. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1732-1742.
3. WHO - World Health Organization. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p. 181-200.
5. Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva - Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2007.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília(DF); 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*. 28 mar 2017. Seção 1:68.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União. 22 mar 2018. Seção 1:65.
9. Nascimento MC. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(2):751-772.
10. Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Rev Medicina*. 2013;92(4):224-35.
11. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab. Educ. Saúde*. 2012;9(3):361-378.
12. Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. Introdução. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 15-28.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006-2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília (DF); 2011.
14. Sousa IMC. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2143-2154.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os gestores do SUS. Brasília(DF);2020.
16. Broom A, Adams J. Uma sociologia da educação em saúde integrativa. In: Nascimento MC, Nogueira MI, organizadores. *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 139-153.
17. Pearson NJ, Chesney MA. The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Acad Med*. 2007;82(10):939-945.

18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [internet]. [acesso em 15 jan 2021]; Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Minayo MCS, Deslandes S e Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
21. Santos BS, organizator. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Porto: Afrontamento; 2004.
22. Santos BS. A gramática do tempo. Para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006.
23. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos-CEBRAP*. 2007;79(1):71-94.
24. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2018. 109 p.
25. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
26. Santos BS, Meneses MP, organizators. *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina; 2014.
27. Appelbaum D. Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S.medical education. *Acad Med*. 2007;81(12):1098-1103.
28. Pérez MAT. Modelo teórico de evaluación de la estrategia curricular de medicina natural y tradicional de la carrera de medicina. *Educ Med Super*. 2018;32(3):94-105.
29. Porbén YF. Medicina natural y tradicional en psicología? Aplicación de los contenidos de medicina natural y tradicional al programa de la asignatura psicología médica para estudiantes de tercer año de medicina. *Rev Ciencias Médicas*. 2007;11(2): 315-324.
30. García CT. Estrategias curriculares en la carrera de enfermería: su implementación en Pinar del Río, 2009. *Rev Ciencias Médicas*. 2010;14(2):27-33.
31. Salman JDG. Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013;39(3):540-555.

32. UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción. In: Conferência Mundial sobre Educação Superior, 9 out 1998; Paris. Paris: Unesco; 1998.
33. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en américa latina y el caribe. La Habana, Cuba, 18 al 22 de noviembre de 1996. *Educ Med Super*; 2000;14(3):284-306.
34. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Resolución Ministerial No. 261. Aprueba algunas modalidades de Medicina Natural y Tradicional para su aplicación en la asistencia médica, docencia, e investigación científica en los servicios de la salud para todo el país. *Gaceta Oficial de La República de Cuba*. 24 ago 2009.
35. Castro Martínez J, Mederos Luís II, García González A. Integración de contenidos de Medicina Natural y Tradicional desde una perspectiva interdisciplinaria. *EDUMECENTRO*. 2016;8(11):87-93.
36. Bailey ML. The Impact of a Mandatory Immersion Curriculum in Integrative Medicine for Graduating Medical Students. *Explore NY*. 2015; 11(5):394-400.
37. Conelly EM. The Vanguard Faculty program: research training for complementary and alternative medicine faculty. *J Altern Complement Med*. 2010;16(10):1117-23.
38. Chaterji R. A large-sample survey of first- and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Altern Ther Health Med*. 2007;13(1):30-5.
39. Frenkel M. Lessons learned from complementary and integrative medicine curriculum change in a medical school. *Med Educ*. 2007;41(2):205-13.
40. Sierpina V. Creating sustainable curricular change: lessons learned from an alternative therapies educational initiative. *Acad Med*. 2007;82(4):341-50.
41. Stratton TD et al. Evaluating CAM education in health professions programs. *Acad Med*. 2007;82(10):956-61.

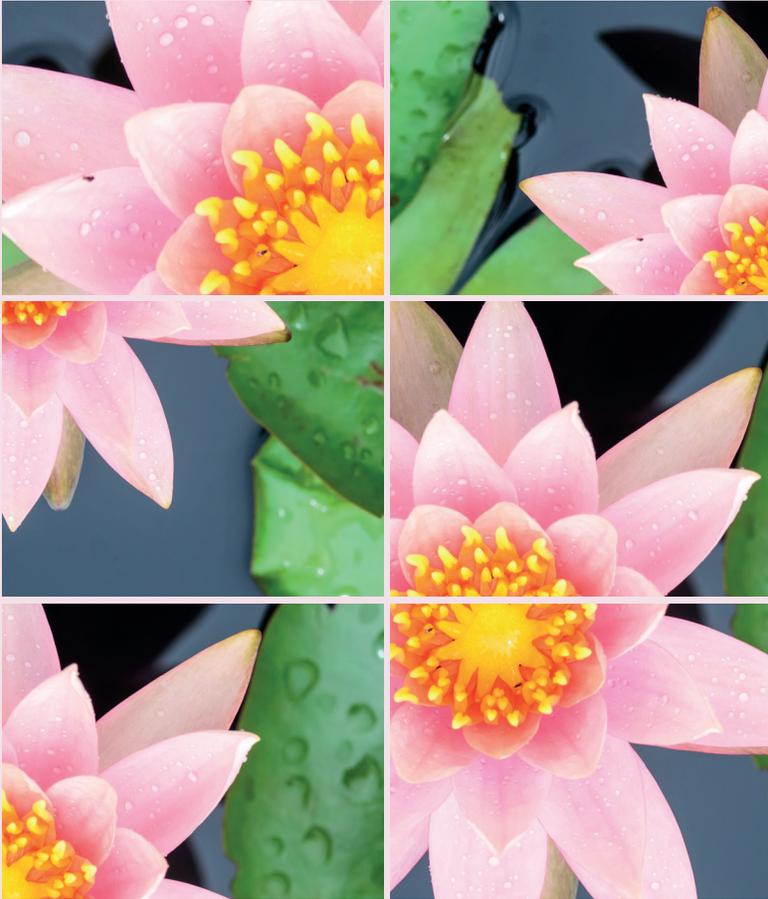
42. Cornman BJ, Carr CA, Heitkemper MM. Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore NY*. 2006;2(3):226-31.
43. Torkelson C, Harris I, Kreitzer MJ. Evaluation of a complementary and alternative medicine rotation in medical school. *Altern Ther Health Med*. 2006;12(4):30-4.
44. Chlan L, Hálcon L. Developing an integrated baccalaureate nursing education program infusing complementary/alternative therapies into critical care curricula. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2003;15(3):373-379.
45. Maizes V. Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Acad Med*. 2002;77(9):851-60.
46. Brokaw JJ. The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors. *Acad Med*. 2002;77(9):876-81.
47. Hálcon LL et al. Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nurs*. 2003;19(6):387-97.
48. Booth-LaForce C. Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *J Prof Nurs*. 2010;26(5):293-300.
49. Kligler B. Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: a proposal. *Acad Med*. 2004;79(6):521-31.
50. Gaster B. What should students learn about complementary and alternative medicine? *Acad Med*. 2007;82(10):934-8.
51. Sierpina V. Barriers, strategies, and lessons learned from complementary and alternative medicine curricular initiatives. *Acad Med*. 2007;82(10):946-50.
52. Lee MY. Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies. *Acad Med*. 2007;82(10):939-45.

53. Otani MAP, Barros NFA. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1801-1811.
54. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de medicina natural e práticas complementares – PMNPIC. Brasília (DF);2005.
55. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*. 2018;42(1):174-188.
56. Paim JS, Almeida-Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
57. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS; 2006.
58. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(1):20-31.
59. CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, destinado a apresentar novos princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação da área da saúde, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos nas IES.
60. Vilas Boas. Educação Médica: desafio da humanização na formação. *Saúde em Redes*. 2017;3(2):172-182.
61. Luz MT. Prefácio. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. O ensino de práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec Editora; 2011. 171 p.
62. Batalha E. Saúde em várias dimensões [internet]. Brasil: 2020 mar. [acesso em 7 jan 2021]. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/saude-em-varias-dimensoes>
63. Almeida V. II CongrePICS exige formação com qualidade [internet]. Brasil; 2019 [acesso em 3 jan 2021]. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/ii-congrepics-exige-formacao-com-qualidade/>

64. Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares: situação do seu ensino na graduação de Enfermagem no Brasil. *Rev. Saúde.* 2014;8(3-4):37-44.
65. Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare enferm.* 2014;19(4):741-746.
66. Yera RR, Martínez CMF. Las relaciones interdisciplinarias entre la Educación Física y la Medicina Natural y Tradicional. *Rev Podium.* 2017;12(1):52-58.
67. Alonso DH. Propuesta metodológica. Vinculación del programa farmacología I con la medicina natural tradicional. Perfil de servicios farmacéuticos: Methodological proposal. Linking the syllabus of Pharmacology I with Natural Traditional Medicine. Profile of Pharmaceutical Services. *Rev Ciencias Médicas.* 2007;11(3): 259-267.
68. Ramírez VG. Estrategia curricular de Medicina Natural y Tradicional en la disciplina Estomatología Integral. *Rev Haban Cienc Méd.* 2018;17(3):494-507.
69. Richardson SF. Complementary health and healing in nursing education. *J Holist Nurs.* 2003;21(1):20-35.
70. Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trab Educ Saúde.* 2017;15(1):301-320.
71. Barros NE, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(11):2368-2376.
72. Oliveira IF. Homeopatia na Graduação Médica: Trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Rev Bras Educ Med.* 2018; 42(1):94-104.
73. Siebeneichler P. Práticas integrativas e complementares em saúde na universidade: a formação como mola propulsora do bem viver. Rio Grande do Sul: Escola de Enfermagem, UFRGS, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Enfermagem.
74. Barreto BB. Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde: importância para a formação profissional [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.

75. Albuquerque LVC. Complementary and Alternative Medicine Teaching: Evaluation of the Teaching-Learning Process of Integrative Practices in Brazilian Medical Schools. *Rev Bras Educ Méd.* 2019;43(4):109-116.
76. Barros NF, Tovey P. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. *Rev Gaúcha de Enfermagem.* 2007; 28(2):207-14.
77. Sena J. Visão docente sobre plantas medicinais como um saber e sua utilização como medicamento. *Rev Enferm UERJ.* 2006;14(2):196-201.
78. Trindade Filho MA. Terapia Ocupacional e práticas integrativas e complementares em saúde na perspectiva de docentes. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Terapia Ocupacional.
79. Cruz LR. Ensino das práticas integrativas e complementares na graduação em medicina no Brasil: um olhar sobre a UFBA. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso.
80. *Jornal da USP.* Homeopatia e preconceito: ausência de evidências científicas ou negação das existentes? [internet]. Brasil;2017 [acesso em 14 dez 2020]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/homeopatia-e-preconceito-ausencia-de-evidencias-cientificas-ou-negacao-das-existentis/>
81. Fønnebo V . Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. *BMC Medical Research Methodology.* 2007;7:7.
82. Adams J, Broom A. Entendendo a medicina integrativa: a importância de uma perspectiva crítica das ciências sociais e a construção de capacidade em pesquisa. In: Nascimento MC, Nogueira MI, organizadores. *Intercâmbio Solidário de Saberes em Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares.* São Paulo: Hucitec Editora; 2013. p.40-54.
83. Tesser CD, Norman AH. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária? *APS em Revista.* 2019;1(1):39-49.
84. Schmitz J et al. Positive Treatment Expectancies Reduce Clinical Pain and Perceived Limitations in Movement Ability Despite Increased Experimental Pain: A Randomized Controlled Trial on Sham Opioid Infusion in Patients with Chronic Back Pain. *Psychother Psychosom.* 2019 Jul 12:1-12.

85. Tucker HR et al. Harms and benefits of opioids for management of non-surgical acute and chronic low back pain: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2020;54(11):664.
86. Machado GC et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(7):1269-1278.
87. Mansi I, Mortensen E. The controversy of a wider statin utilization: why? *Expert Opin Drug Saf* 2013;12(3),327-37.
88. Götzsche PC. *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare.* London: Radcliffe Publishing; 2013.
89. Angel M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito.* 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
90. Witt CM, Withers SR. Research training in integrative medicine: how can we make teaching and learning in research methods more sustainable and engaging? *Explore NY.* 2013;9(5):279-84.
91. ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. II CongrePICS e IV PICSNE [internet]. [acesso em 19 jan 2021]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/outros-eventos/ii-congre-pics-e-iv-picsne/41808/>
92. Almeida V. Consórcio Acadêmico debate pesquisa em saúde integrativa e mapas de evidências [internet]. [acesso em 19 jan 2021]. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/consorcio-academico-debate-pesquisa-em-saude-integrativa-e-mapas-de-evidencias/>
93. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS.* Brasília (DF); 2018.
94. Duvergel Rodríguez E. Consideraciones de la medicina oriental como ciencia básica no como método alternativo. *Rev Inf Cient.* 2012;74(2).
95. Liu MA. Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates. *J Altern Complement Med.* 2014; 20(9):718-26.



Ministério da **Saúde**



INSTITUTO
VEREDAS



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



Natália Cavalcini



INSTITUTO
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO