

Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde

The use, care and policy of complementary and integrative practices in primary health care

Octávio Augusto Contatore ¹
Nelson Filice de Barros ¹
Melissa Rossati Durval ¹
Pedro Cristóvão Carneiro da Cunha Barrio ¹
Bernardo Diniz Coutinho ²
Júlia Amorim Santos ¹
Juliana Luporini do Nascimento ¹
Silene de Lima Oliveira ¹
Sílvia Miguel de Paula Peres ¹

Abstract *The use of Complementary and Integrative Practices (CIP) is on the increase and its institutionalization in Primary Health Care (PHC) is a challenge. This article discusses the use, care, and policies of CIP at international and national levels found in the indexed literature. A review of the literature in PubMed/Medline and the Virtual Health Library was conducted using the key search words “Homeopathy,” “Acupuncture,” “Herbal Medicine,” “Body Practices,” “Primary Health Care” and other related terms in English, Spanish and Portuguese between 2002 and 2011. The use in the literature of CIP for the treatment of specific diseases from a biomedical perspective was observed, as well as evaluations of its use for the treatment of specific diseases focused on the reaction of the users and professionals and the analysis of the political, economic and social viability of CIP in health services. The conclusion drawn is that what is predominant in the literature is the quest for the scientific validation of CIP and a biomedical methodological bias in the designs of the studies, which does not contribute to clarifying the potential care of CIP in PHC.*

Key words *Systematic review, Integrative medicine, Complementary therapies, Primary health care*

Resumo *O uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é crescente e sua institucionalização na Atenção Primária à Saúde (APS) um desafio. Este artigo discute o uso, o cuidado e as políticas das PIC na esfera internacional e nacional, por meio da literatura indexada. Foi realizada revisão da literatura no PubMed/Medline e na Biblioteca Virtual da Saúde com os unitermos “Homeopatia”, “Acupuntura”, “Fitoterapia”, “Práticas Corporais”, “Atenção Primária à Saúde” e correlatos, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, entre 2002 e 2011. Observou-se na literatura avaliações do uso das PIC para o tratamento de patologias específicas, com perspectiva biomédica; avaliações do seu uso para o tratamento de patologias específicas, porém focadas nos sentidos atribuídos pelos usuários e profissionais; análise da viabilidade política, econômica e social das PIC nos serviços de saúde. Conclui-se que predomina na literatura a busca pela validação científica das PIC e um viés metodológico biomédico no desenho dos estudos, o qual não contribui para esclarecer o potencial de cuidado das PIC na APS.*

Palavras-chave *Revisão sistemática, Medicina integrativa, Terapias complementares, Atenção Primária à Saúde*

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. 13083-887 Campinas São Paulo Brasil. oacoutatore@yahoo.com.br

² Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará.

Introdução

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é o termo criado no Brasil para as chamadas, em outros países, Medicina Tradicional (MT), Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e Medicina Integrativa (MI)¹, as quais, nas últimas décadas, têm recebido incentivo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para sua introdução na Atenção Primária à Saúde (APS)²⁻⁴.

Embora as PIC sejam utilizadas por um número crescente de pessoas em todo mundo³⁻⁷, a sua institucionalização na APS cresceu em menor proporção^{3,4,8,9}. Possivelmente, porque a efetiva implantação de novos procedimentos técnicos nos serviços públicos está vinculada a uma política de evidências científicas restritiva, que privilegia evidências quantitativas em detrimento das qualitativas.

A OMS publicou recentemente o documento *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*⁴, avaliando os índices de utilização mundial das PIC, o investimento em pesquisas na área, as características do seu consumo e sua institucionalização nos serviços de saúde na última década, como também estabeleceu as metas necessárias para sua ampliação na APS para a década seguinte. Este documento afirma ter havido substancial crescimento na utilização das PIC na última década e trouxe a estimativa de que mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias de PIC. Além disso, o documento destacou que as PIC movimentaram aproximadamente 83,1 bilhões de dólares, em 2012, no consumo de produtos originados da Medicina Tradicional Chinesa e 14,8 bilhões de dólares, em 2008, com produtos naturais, nos Estados Unidos.

Os motivos elencados pela OMS para este crescimento são: o aumento da demanda causado pelas doenças crônicas; o aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura de outras formas de cuidado; a insatisfação com os serviços de saúde existentes; o ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo às doenças; e os tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura⁴.

No início da década de 2000, Giddens¹⁰ observou o aumento na procura de tratamentos alternativos *não científicos*, especialmente por mulheres de classe média, e afirmou que um entre quatro britânicos já consultou um praticante de medicina alternativa. O autor discute a razão desse interesse e apresentou como motivo: a in-

satisfação das pessoas com a medicina ortodoxa no tratamento de dores, o aumento dos sintomas de *stress* ou ansiedade, o descontentamento com as longas listas de espera, múltiplas consultas em cadeia de especialistas e restrições financeiras.

As formas “alternativas” de cuidado, com modelo holístico de atenção, apresentam uma atraente qualificação na relação entre terapeuta-paciente e tensionam o modelo da medicina ocidental contemporânea, caracterizado pela oferta de um saber técnico cada vez mais especializado, com hipervalorização de questões biológicas e apoiado, principalmente, no aperfeiçoamento da tecnologia diagnóstica¹¹⁻¹⁴.

Igualmente importante foi a Conferência de Alma-Ata, organizada pela OMS, em 1978, na qual se incentivou o uso da MT, como estratégia alternativa de cuidado na APS, em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como forma de garantir acesso à saúde para todos. Este evento representou uma flexibilização das diretrizes promovidas até então pela OMS, que, desde sua criação, em 1948, atuava prioritariamente por meio de políticas e estratégias de saúde baseadas em um modelo hospitalocêntrico, orientadas pelo uso de tecnologia, que resultaram, entre outras coisas, no encarecimento do cuidado em saúde¹⁵⁻¹⁷. Outro marcador sociológico que influenciou as PIC nos sistemas nacionais de saúde foi o documento *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*², que ratificou a importância da adoção das MT e das MAC para a APS.

No entanto, apesar do aumento exponencial de países membros da OMS que criaram alguma legislação permitindo a utilização das PIC em serviços de saúde, poucos efetivaram a sua institucionalização, oficializando-as como políticas públicas^{3,4}. O Brasil foi um dos países membros da OMS que acatou suas preconizações, publicando a Portaria 971, em 2006¹, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC), no SUS^{18,19}. A política enfatiza a implantação das PIC na APS e, por isso, a revisão da literatura em tela é fundamental para mapear a produção acadêmica sobre os usos, os tipos de cuidado e as políticas sobre estas PIC no nível de atenção primário em saúde, nos cenários nacional e internacional.

Métodos

Nesta pesquisa bibliográfica utilizaram-se as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed/Medline. Foram realizadas buscas indepen-

dentos, por diferentes pesquisadores, posteriormente equalizadas, sobre os temas Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Práticas Corporais e Atenção Primária à Saúde, definidos com base na PNPIC. A escolha dos descritores baseou-se na experiência empírica e na pesquisa dos autores em relação às Práticas Integrativas e Complementares mais utilizadas na rede de atenção básica em saúde, na região metropolitana de Campinas, no estado de São Paulo, onde são encontradas as aplicações de Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia e Práticas Corporais, tais como Lian Gong, Tai Chi Chuan, entre outras. Foi utilizado como referência na escolha dos descritores o padrão da Biblioteca Virtual de Saúde e, no caso das Práticas Corporais, em função da pouca produção acadêmica, foi necessário utilizar outros descritores. Assim, utilizaram-se como descritores: “Homeopatia” e “Atenção Primária à Saúde”; “Homeopatia” y “Atencion Primaria de Salud”; “Homeopathy” and “Primary Health Care”; “Acupuntura” e “Atenção Primária à Saúde”; “Acupuntura” y “Atencion Primaria de Salud”; “Acupuncture” and “Primary Health Care”; “Fitoterapia” e “Atenção Primária à Saúde”; “Fitoterapia” y “Atencion Primaria de Salud”; “Fitoteraphy” and “Primary Health Care”; “Prática(s) Corporal(es)” e “Atenção Primária à Saúde”; “Practica(s) Corporal(es) y “Atencion Primaria de Salud”; “Body Practices” and “Primary Health Care”.

Foram identificados 1.544 artigos das diferentes PIC na APS, divididos em: 489 sobre Homeopatia; 262 de Acupuntura; 556 de Fitoterapia; 237 de Práticas Corporais. Como critérios de inclusão foram definidos: ter sido publicado no período entre 2002 e 2011; ser um artigo científico indexado; e constar no título ou no resumo, pelo menos, um dos descritores. Como critérios de exclusão foram definidos: artigos que não fossem de acesso aberto ou não disponibilizados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); artigos que não ofereceram acesso integral aos textos; artigos de revisão de literatura; carta; editorial e tese.

Depois de aplicados os filtros, restaram 180 artigos divididos em: 101 de Acupuntura; 36 de Homeopatia; 34 de Fitoterapia; nove de Práticas Corporais. Após a seleção final, os artigos foram classificados quanto: ao continente em que está situada a revista responsável pela publicação; ao vínculo institucional do primeiro autor; ao país em que foi feita a pesquisa; ao tipo de metodologia aplicada; e à distribuição das publicações em relação aos anos do período de 2002 a 2011.

Resultados

Os artigos foram publicados em 106 diferentes periódicos, com uma maior concentração em revistas científicas da Europa, com o número total de 49,05% (52), seguido por 30,18% (32) da América do Norte, 18,86% (20) da América do Sul, 0,94% (1) da África e 0,94% (1) da Ásia. Os 101 artigos relacionados à Acupuntura foram publicados em 52 diferentes periódicos; os 36 relacionados à Homeopatia, em 21 periódicos; os 34 relacionados à Fitoterapia, em 25 periódicos e os nove relacionados às Práticas Corporais, em oito periódicos diferentes.

Dos 180 artigos selecionados, 79,44%, ou seja 143, tiveram o primeiro autor vinculado a instituições de ensino e pesquisa; 17,78%, 32 artigos, a serviços de atenção à saúde; e 2,78%, cinco, não estavam especificados o vínculo institucional.

Quanto aos países em que foram realizadas as pesquisas, 54,44% (98) ocorreram no continente europeu, sendo que 47 artigos foram produzidos na Inglaterra; 17,22% (31) na América Latina, tendo sido 22 artigos produzidos no Brasil; 15% (27) na América do Norte, todos produzidos nos Estados Unidos; 8,34% (15), na África; e 5% (9), na Ásia.

Sobre os tipos de metodologia de pesquisa adotada, observou-se que 59,44% (107) dos artigos utilizaram métodos quantitativos; 26,67% (48), qualitativos; e 13,89% (25), quanti-qualitativos.

A distribuição temporal dos artigos publicados ao longo dos anos do período investigado, 2002-2011, sobre “Homeopatia”, “Acupuntura”, “Fitoterapia”, “Práticas Corporais” na Atenção Primária a Saúde é observada na Gráfico 1.

Emergiu da análise dos artigos uma tipologia em três blocos distintos, que determinou a opção por refletir mais detalhadamente cada grupo, ao invés de analisar especificamente cada uma das quatro PIC (“Homeopatia”, “Acupuntura”, “Fitoterapia”, “Práticas Corporais”) na APS. Os blocos foram compostos por diferentes números de artigos e denominados de: Bloco 1, 2 e 3, conforme mostra o Quadro 1.

O Bloco 1 foi composto por artigos com abordagem clínica na lógica biomédica e focados em analisar o custo/efetividade das PIC no tratamento de uma determinada patologia, sendo o que apresentou maior número de publicações, com 94 artigos e correspondendo a 52% do total pesquisado. O Bloco 2, com 23% dos artigos encontrados, foi formado pelos textos desenvolvidos com metodologia qualitativa ou mista e

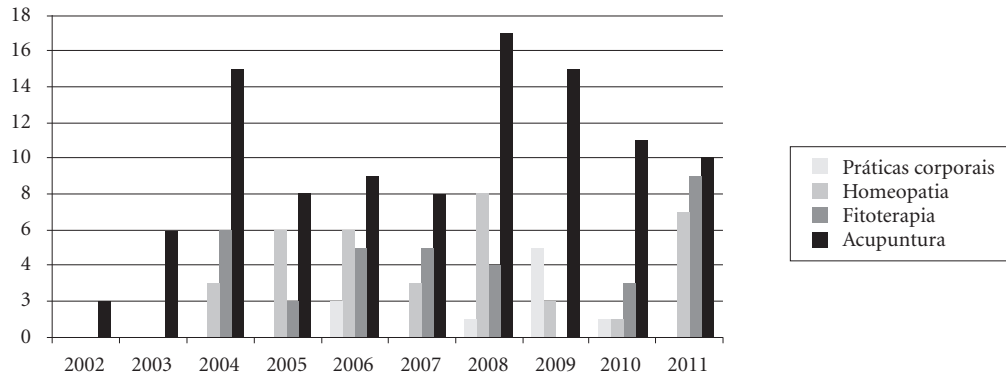


Gráfico 1. Distribuição temporal dos artigos.

Quadro 1. Síntese dos resultados.

Desenho metodológico	Agrupamentos por semelhança	
Bloco 1 - Abordagem clínica biomédica analisando custo/efetividade das PIC no tratamento de uma determinada patologia – 94 artigos (52% do total)		
Bloco 2 - Metodologia qualitativa ou mista com abordagem sobre o uso das PIC para o cuidado autóctone ou mesclado ao modelo biomédico – 41 artigos (23%)	Grupo 2.1 - cuidado de determinada patologia utilizando uma PIC especificamente, com abordagem terapêutica, em maior ou menor grau, pautada em tratamento individualizado e com intervenção holística (14 artigos - 34% do bloco).	<p>Subgrupo 1a) interesse maior em compreender como se dá o adoecimento em cada prática, utilizaram integralmente o referencial próprio da PIC para o diagnóstico e tratamento, consideraram os aspectos subjetivos, propuseram autocuidado - sete artigos (17% do bloco).</p> <p>Subgrupo 1b) utilização do diagnóstico e tratamento próprio de cada prática, observaram em menor escala aspectos pessoais subjetivos, não trouxeram proposta de autocuidado, tenderam à padronização da técnica da PIC para problemas similares – quatro artigos (10% do bloco).</p> <p>Subgrupo 1c) utilizaram parcialmente o referencial próprio das PIC para diagnóstico e tratamento. Não observaram aspectos subjetivos, não apresentaram proposta de autocuidado, valorizaram a padronização da técnica da PIC – três artigos (7% do bloco).</p>
	Grupo 2.2 - pesquisa de opinião sobre o uso das práticas e aspectos de sua aplicação, em que foram entrevistados técnicos ou usuários dos serviços de saúde – 27 artigos (66% do bloco).	
Bloco 3 - Discutem políticas públicas, promoção e gestão do uso das PIC – 45 artigos (25%)	Grupo 3.1 - pesquisas de opinião feitas entre profissionais e usuários, com o intuito de: obter informações a respeito da utilização das PIC nos serviços de saúde, discutir sua viabilidade e efetividade econômica ou terapêutica de cuidado e sua aplicação na rede pública – 22 artigos (48,9% do bloco).	
	Grupo 3.2 - avaliavam a aceitação e/ou interesse no uso das PIC nos serviços de saúde por profissionais e usuários, além do seu interesse em incluir novos tipos de práticas e ampliar sua utilização para um número maior de problemas de saúde – 23 artigos (51,1% do bloco) (15 pesquisas com técnicos e oito com usuários).	

abordagem sobre o uso das PIC num modelo de cuidado holístico, valorizador de aspectos subjetivos e do autocuidado. Por sua vez, o Bloco 3, foi constituído por trabalhos que discutiram políticas públicas, promoção e gestão do uso das PIC na APS, com 45 artigos (25%). A divisão de artigos de acordo com os blocos temáticos está representada na Tabela 1.

Discussão

A divisão dos artigos em três blocos justifica-se por duas razões: pela especificidade metodológica, no que concerne ao desenho de pesquisa efetuada, quantitativa ou qualitativa; e pelo enfoque em relação ao cuidado na APS. De forma geral, a divisão em blocos clarificou a contradição existente entre o aumento do número de pessoas que utilizam as PIC e a sua pequena institucionalização nos serviços públicos de saúde, permitindo inferir que os poucos dados científicos disponíveis subsidiam de maneira insuficiente a inserção das práticas nos sistemas de saúde.

Isso denota, por um lado, que o aumento do interesse na utilização das PIC antecede às pesquisas de validação de sua eficácia, e, por outro, que o crescimento das práticas junto à população segue outros valores para a sua validação enquanto forma de cuidado à saúde^{13,20}, como, por exemplo, valores morais diferentes daqueles adotados pela comunidade científica e seus métodos de legitimação de conhecimento²¹.

Possivelmente, a defasagem entre o aumento do uso de PIC e sua limitada institucionalização decorre da dificuldade de produzir evidências sobre as PIC, imposta pelo padrão metodológico produzido pelos desenhos de estudo hegemonicamente exigidos na contemporaneidade. Na medida em que têm maior valorização as evidências

produzidas com estudos centrados nas patologias ou sintomas e não nas pessoas e seu processo singular de adoecimento e cuidado, o conjunto de informações e conhecimento sobre as PIC não tem sido suficiente para informar tomadas de decisões para sua implantação nos serviços de saúde.

No entanto, mudanças nesse cenário estão se desenhando. Durante as décadas de 1980, 1990 e 2000 a OMS enfatizou a necessidade de estudos científicos, orientados para investigar a segurança, custo e efetividade das PIC, valorizando, para isso, especialmente os ensaios clínicos controlados^{2,3,8,9,22-27}. O documento *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*² reconheceu ter havido aumento na produção de estudos científicos sobre as PIC, sugerindo continuidade com a metodologia de ensaio clínico controlado. Já na década de 2010 a OMS tem apontado a necessidade de mais pesquisas avaliativas, que valorizem a eficácia comparativa, padrões de utilização e outros fatores qualitativos. O documento mais recente da OMS⁴ observou que o aumento mundial no uso das PIC tem sido bem maior do que o desenvolvimento das pesquisas científicas que buscam sua validação e, por isso, advogou pela necessidade de ampliar o espectro de desenhos de pesquisa.

Bloco 1: a produção de evidências quantitativas sobre as PIC

Este conjunto de artigos teve como principal característica a abordagem quantitativa, em busca de validação de procedimentos ou produção de evidências estatísticas, por isso o desenho de estudo mais comum foi o ensaio clínico controlado e aleatorizado. Um aspecto presente no resultado de tais pesquisas foi a dificuldade em demonstrar, conclusivamente, a validade da aplicação da PIC para determinada patologia e, por

Tabela 1. Número de artigos para cada bloco.

	Acupuntura	Fitoterapia	Homeopatia	Práticas Corporais
Bloco 1				
Número total de artigos - 94	67	12	14	1
Bloco 2				
Número total de artigos - 41	12	19	7	3
Bloco 3				
Número total de artigos - 45	22	3	15	5
Total	101	34	36	9

isso, foram recorrentes as recomendações de novos estudos para sua verificação²⁸.

Os artigos desse bloco buscaram validar o uso das PIC para uma determinada patologia, sempre, na lógica biomédica, tanto ao mensurar seu uso entre profissionais e usuários²⁹ como, também, ao avaliar seu custo/eficácia³⁰, segurança³¹, como procedimento técnico para o tratamento de variados tipos de doença³². O que atende ao discurso excludente da Medicina Baseada em Evidências, para legitimar novos procedimentos³³.

Tesser³⁴ ressalta que a maioria das pesquisas realizadas sobre as PIC *foram feitas partindo-se das definições científicas das doenças e dos métodos de testagem consagrados pela biomedicina*, configurando, senão uma negligência com as características das novas práticas de cuidado, uma colonização das categorias biomédicas sobre outras racionalidades médicas¹⁴. As pesquisas, portanto, contemplam, em sua maioria, um referencial biomecanicista de elaboração metodológica^{20,21,34}, pautados na patologia e no diagnóstico nosológico³⁵. Este tipo de modelo de pesquisa cria uma hegemonia que legitima abordagens reducionistas e estandardizadas que tendem a se reproduzir no cuidado e na técnica profissional, afastando e/ou dificultando o desenvolvimento e a prática de uma abordagem holística, assim como a individualização no tratamento.

Gale³⁶ aponta a insustentabilidade sociológica da utilização do modelo de produção de evidências para validar as PIC, já que este modelo é baseado em noções de “verdade” da medicina ocidental contemporânea. A autora discute, também, o quanto o mito do conhecimento científico favorece o domínio da biomedicina, com a submissão das PIC em relação ao processo de integração à medicina ocidental e, ressalta, o quanto isto é uma estratégia de controle.

Mesmo a OMS, que na preconização do uso das PIC recomendou em vários documentos^{2,3,8,9,27} a necessidade de ampliar as pesquisas científicas, supondo que este aumento, consequentemente, levaria à ampliação da adoção das PIC nos serviços públicos de saúde, só no seu mais recente documento⁴ fez a defesa do desenvolvimento de investigações científicas com metodologias menos reducionistas. No que concerne à Acupuntura, por exemplo, já em 1991 um relatório apresentado pelo Diretor Geral da 44^a Assembleia Mundial de Saúde, sobre o progresso da medicina tradicional e cuidados de saúde, apontou que, em países onde a acupuntura faz parte do patrimônio cultural, a sua utilização não apresenta nenhuma dificuldade em uma aborda-

gem integrada entre medicina tradicional e moderna. No entanto, em países onde a medicina ocidental é a base dos cuidados em saúde, o uso ético da acupuntura requer evidência objetiva de sua eficácia em condições clínicas controladas²⁷.

A Acupuntura, em relação à Homeopatia, Fitoterapia e Práticas Corporais, tem sido a PIC mais pesquisada nos últimos anos⁴, sobretudo com ensaios clínicos controlados. Alguns trabalhos analisados nesta revisão³⁷⁻³⁹ mostraram que grande parte dos ensaios clínicos é para o tratamento da dor e o seu resultado tem se mostrado pouco mais eficaz do que o efeito da “acupuntura placebo”. Algumas questões foram levantadas como possíveis interferências na eficiência desses estudos: a experiência profissional do acupunturista, incluindo a postura no momento da consulta inicial^{37,38}; a qualidade da inserção da agulha e a variação de técnicas de aplicação^{37,38}; a escolha dos participantes e sua condição clínica³⁷; a inviabilidade de se fazer uma aplicação placebo em que o aplicador desconheça qual a sua participação no estudo³⁹; a diferença na receptividade ao tratamento por parte dos participantes da pesquisa, que ao temerem estar no grupo controle recebendo acupuntura placebo oferecem, após cada sessão de acupuntura, uma descrição supostamente distorcida do que foi sentido³⁹.

Neste sentido, Souza e Luz⁴⁰, ao fazerem uma análise crítica das diretrizes e formas de pesquisa em PIC em geral, e na medicina chinesa especificamente, questionam se a forma atual dos desenhos de pesquisa é a melhor para *validar saberes de culturas orientais para o ocidente*. Os autores salientam, ainda, não desmerecer o valor do método ou da ciência, mas somente colocam em questão certos limites, necessários para poder avaliar satisfatoriamente as PIC.

Bloco 2: a produção de sentidos sobre o uso de PIC

Com 23% dos artigos encontrados (41 artigos), este bloco é composto por estudos que utilizaram metodologia qualitativa ou mista e abordaram o uso das PIC para o cuidado autóctone ou mesclado ao modelo biomédico. Os artigos deste bloco foram divididos em dois grupos: o primeiro, com 14 textos (34%), aborda ações de cuidado de determinada patologia com uma das PIC especificamente, considerando, em maior ou menor grau, a abordagem terapêutica pautada em tratamento individualizado e com intervenção holística. Predominou neste grupo os artigos de Acupuntura e de Homeopatia.

O segundo grupo, com 27 artigos (66% do bloco), teve como característica a pesquisa de opinião sobre o uso das práticas e aspectos de sua aplicação, em que foram entrevistados técnicos ou usuários dos serviços de saúde. Este grupo inclui a totalidade dos artigos (19) de Fitoterapia, quatro de Homeopatia, três de Práticas Corporais e um de Acupuntura. Os artigos de Fitoterapia são estudos etnobotânicos que avaliaram o princípio ativo das diversas plantas utilizadas nos tratamentos de saúde em sociedades tradicionais e populações de regiões urbanas, enfocando sua aplicação na atenção primária⁴¹.

Nos artigos do primeiro grupo predominaram reflexões sobre as características de cuidado das PIC, como: tratamento com abordagem holística³⁸; aplicação terapêutica individualizada^{37,39}; consulta longa^{38,42}, evocando sintomas subjetivos e experiências de vida que conectam os aspectos fisiológicos com os psicológicos, na compreensão do adoecimento⁴²; estímulo à autonomia e ao autocuidado^{38,43}; aumento da autoestima do paciente⁴³. Neste grupo, a forma de utilização do cuidado foi classificada em três gradações, conforme a maior ou menor presença dos aspectos abordados acima. Destes artigos, os que deram grande ênfase ao cuidado apresentaram interesse maior em compreender como se dá o adoecimento em cada sujeito e não só a patologia. Utilizaram integralmente o referencial próprio da PIC, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento, e consideraram os aspectos pessoais subjetivos implícitos no processo do adoecimento. Além disso, incentivaram e instruíram o autocuidado, bem como não propuseram a padronização das PIC empregadas para o tratamento de problemas similares, conforme o trabalho de Borud et al.⁴⁴.

Já em outros artigos desse grupo estavam presentes a utilização do diagnóstico e aplicação do tratamento próprio de cada prática, porém, observaram em menor escala aspectos pessoais subjetivos implícitos ao adoecimento e não trouxeram nenhuma proposta de autocuidado. Além disso, tenderam à padronização da técnica empregada em futuras aplicações da PIC no tratamento de problemas similares, como exemplifica Vaz et al.⁴⁵.

Os artigos que mencionavam pouco o cuidado utilizaram parcialmente o referencial próprio das PIC, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento. Não observaram aspectos pessoais subjetivos implícitos ao adoecimento, tampouco apresentaram uma proposta de autocuidado e valorizaram a padronização da técnica empregada no tratamento para futura aplicação da PIC, como mostra Hopwood et al.⁴⁶.

Uma das características de cuidado das PIC está no acolhimento da pessoa adoecida, sendo que seu cuidado se estende além da discriminação patológica e da intervenção técnica a um problema pontual precisamente localizado. Este tipo de cuidado é tematizado no artigo de Eyles et al.⁴², que define a homeopatia clássica como holística e afirma seu objetivo de tratar os sintomas mentais, emocionais, físicos e espirituais da pessoa, por meio de uma consulta longa, em que o terapeuta formula questões em amplitude, com o intuito de evocar sintomas subjetivos e experiências de vida. Os autores acreditam que com isto é possível compreender o mundo interior do paciente e desenvolver uma ferramenta para conectar os sintomas fisiológicos aos psicológicos.

Abordando a acupuntura, Mao e Kapur³⁸ também consideram esta abordagem clínica holística e justificam sua aplicação na atenção primária por dois motivos: por favorecer financeira e psicologicamente ao paciente criando um ambiente de cura holístico e por oferecer estímulo ao autocuidado e à mudança para um modo de vida saudável. Para os autores é compensador o tempo gasto pelo terapeuta, na consulta, incentivando ao autocuidado, já que este pode beneficiar a saúde do paciente, para além da queixa pela qual procurou o atendimento. Por fim, ressaltam que para ser um bom acupunturista é preciso ter mais do que habilidade técnica, há a necessidade de ter o “temperamento” certo, a mente aberta e ser empático, já que a maioria dos pacientes que procuram a acupuntura são portadores de dores crônicas, que não obtiveram ou alcançaram pouca ajuda pelos cuidados convencionais e que preferem outra visão de medicina e de saúde.

Outra questão relativa ao cuidado das PIC, elencada por Shaw et al.⁴⁷, diz respeito ao potencial destas práticas em conferir autonomia para os pacientes gerirem parte do cuidado das suas condições crônicas. Este mesmo fator e o desenvolvimento do autocuidado foi referido na pesquisa desenvolvida por Bassi et al.⁴³ com o uso de Práticas Corporais em Unidades Básicas de Saúde, em que os autores concluíram ter havido um ganho, entre os sujeitos participantes do estudo, na autoestima e confiança em si mesmo, no autocontrole e na visão crítica do próprio corpo.

Alguns artigos do bloco 2 aproximaram-se em muitos aspectos dos artigos do bloco 1, na sua meta de produzirem uma maior compreensão do uso das PIC, tanto ao avaliar sua efetividade para tratar de determinado adoecimento, quanto na perspectiva de conhecer a abrangência de seu uso. O que os diferencia é a utilização de um re-

ferencial próprio de cada PIC para o desenvolvimento do diagnóstico e da prescrição terapêutica, bem como a abordagem qualitativa, que permitiu compreender a produção de significados diferentes em relação às PIC, de acordo com a posição social dos atores no campo da saúde. Há, inclusive, a tentativa de Thomas et al.³⁷ que propõem um modelo de Ensaio Clínico Controlado (ECC), em que não seja padronizada a aplicação da Acupuntura, mas, sim, haja liberdade de escolha por parte do terapeuta de estabelecer o tratamento adequado à necessidade do paciente. Os autores discutem que o uso de metodologia padronizada nos ECC favorece ao estudo e não ao cuidado, especialmente por não seguirem o padrão terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa.

A análise dos graus de atenção ao cuidado oferecido nos artigos do bloco 2, que aplicaram a Acupuntura ou a Homeopatia para algum tipo de adoecimento, foi importante para detectar a presença, mesmo que pequena, de pesquisas que buscavam compreender a dimensão terapêutica do uso das PIC, sem ter que convertê-las à lógica biomédica para, assim, poder avaliar sua efetividade.

Por fim, destaca-se o grupo com o maior número de artigos do bloco 2, que estava vinculado à pesquisa de opinião a respeito do uso das PIC por profissionais e usuários. Esses textos buscaram entender, por meio dos discursos dos entrevistados, sentidos e significados dados às PIC e que embasavam a escolha da sua utilização. Neste grupo estavam majoritariamente os artigos de Fitoterapia, cujo perfil geral da análise tende para a compreensão do uso de plantas medicinais pela população. Estas pesquisas, porém, não aprofundaram a compreensão das características do diagnóstico, da aplicação terapêutica da Fitoterapia e de sua abrangência como produtora de autonomia no cuidado, por parte de quem as utiliza.

Bloco 3: dimensão sociopolítica e institucional das PIC

O Bloco 3, com 45 artigos (25%) do total pesquisado, visou contemplar os trabalhos que discutissem políticas públicas, promoção e gestão do uso das PIC. Dentre os artigos incluídos, 22 (48,89%) estão relacionados a pesquisas de opinião feitas entre profissionais e usuários, com o intuito de: obter informações a respeito da utilização das PIC nos serviços de saúde; discutir sua viabilidade e efetividade econômica ou terapêutica de cuidado; e sua aplicação na rede pública⁴⁸.

Os 23 artigos restantes deste bloco avaliavam a aceitação e/ou interesse, por profissionais e usu-

ários, no uso das PIC nos serviços de saúde, o seu desejo de incluir novos tipos de práticas e ampliar sua utilização para um âmbito maior de problemas de saúde. Destes 23 artigos, 15 são de pesquisas feitas com técnicos⁴⁹, e oito com usuários⁵⁰.

Nos estudos deste bloco foram elencadas dificuldades e favorecimentos para a ampliação da aplicação das PIC nos serviços de saúde. As principais dificuldades apresentadas foram: pouca destinação de recursos para ampliar sua implantação; pouca padronização nos estudos para avaliar a relação entre morbidade da população e efetividade terapêutica das práticas; poucos estudos clínicos que determinem a dosagem na aplicação; pouco conhecimento entre profissionais e usuários a respeito das práticas e sua potencialidade de cuidado; necessidade de melhorar a formação e aumentar a especialização de clínicos na área das PIC⁵¹.

Por outro lado, os fatores que favorecem a ampliação das PIC na APS: o trânsito profissional interdisciplinar, o que melhora a relação entre profissionais e pacientes; redução do uso de medicamentos, principalmente analgésicos e anti-inflamatórios; promoção de ações de saúde que estimulam mudança da cultura do cuidado; e introdução de práticas de autocuidado⁵².

Os artigos encontrados no bloco 3 foram constituídos de pesquisas que abordavam as PIC na sua dimensão sociopolítica e institucional, existindo ou não uma política pública estruturada que lhes desse suporte para a utilização na APS. Dentre os artigos, somente algumas pesquisas efetuadas no Brasil, como demonstra Fleith et al.⁵³, indicavam uma legislação específica para sua utilização no serviço público, notadamente a PNPIC, com base na sua institucionalização, uma discussão mais estruturada da ampliação de oferta de serviços na rede pública de saúde.

Já os estudos de diferentes nacionalidades^{48,54} não mostraram haver tal estruturação, porém a investigação por eles produzida trazia o claro interesse de qualificar o uso das práticas nos serviços de saúde e estimar, por parte da população e dos profissionais que as utilizavam, qual a sua abrangência de cuidado, no intuito de uma adoção mais ampla e de uma possível legitimação como política pública de saúde.

Neste sentido, como anteriormente, há elementos elencados nos artigos que dificultam ou favorecem a ampliação do uso das PIC nos serviços de saúde. Favorecedores são: aqueles compreendidos na perspectiva das diretrizes orientadas pela OMS para a APS¹⁵ e que dialogam com princípios da Promoção de Saúde⁹. Já os pontos

descritos como geradores de dificuldades são relativos ao impedimento da ampliação do serviço de PIC pela lógica médico-científica de avaliação e padronização de procedimentos para a sua institucionalização. Todavia os artigos desse bloco não abordaram a dimensão política da adoção de determinados modelos de cuidado nas políticas públicas de saúde, sobre os quais pesam fatores econômicos, mais especificamente mercadológicos, no processo decisório de implementação de procedimentos. Dessa forma, não contemplaram a relação existente entre política, produção de conhecimento e interesses econômicos em disputa⁵⁵.

Conclusão

A validação científica das PIC para aplicação na APS encontra-se em construção e um dos indicativos é a alta dispersão das publicações em um grande número de periódicos, o que sugere a falta de veículos especializados para a divulgação de conhecimentos relacionados às PIC nas APS.

Outro indicativo refere-se à localização geográfica dos 106 periódicos utilizados para a publicação dos artigos, uma vez que 49,65% estão no continente Europeu, 30,18% na América do Norte e 18,86% na América Latina, o que indica uma maior estruturação na busca da validação científica do uso das práticas no continente europeu.

Esta predominância de periódicos na Europa refletiu diretamente no número de pesquisas, pois dos 180 artigos encontrados, 98 (54,44%) foram produzidos em países europeus, especialmente no Reino Unido, com 47 textos. Pode-se inferir que esta concentração de artigos ocorre em função do seu sistema de saúde pública priorizar a APS e, em consequência disto, buscar ampliação do cuidado com novas formas de atenção.

Comparativamente à Europa, a América Latina tem o segundo maior número de publicações, 31 artigos ou 17,22%. Destaca-se a participação do Brasil neste bloco, em relação aos países da sua região, pois 22 artigos publicados são brasileiros e alguns deles discutindo elementos da PNPIC.

Outro indicativo da incipiência da institucionalização das PIC é observado pela irregularidade temporal das publicações nos dez anos analisados. A não linearidade da quantidade de artigos no tempo está relacionada à baixa incidência de pesquisadores dedicados à temática e à ausência de centros especializados de produção de conhecimento sobre as PIC. Embora a maior parte dos pesquisadores estivesse vinculada ao

meio acadêmico, como esperado, não foi possível observar a existência de centros especializados em pesquisa de PIC na APS.

Seguindo a característica da área de saúde, a produção acadêmica das PIC na APS apresentou a predominância de pesquisas quantitativas, com a utilização do referencial hegemônico para a sua legitimação científica. A concentração maior de artigos com abordagem biomédica demonstra que, na esfera de validação acadêmica, as PIC como campo de conhecimento ainda não foram totalmente reconhecidas e que sua estrutura requer estudos que lancem mão de outras vertentes metodológicas, para além daquelas consagradas nas ciências naturais.

A presença de textos que buscavam avaliar as práticas qualitativamente demonstra a busca de uma linguagem científica mais próxima de preservar os elementos históricos constituintes das PIC⁵⁶ e permitir sua expressão como área de conhecimento desenvolvida na interface com a racionalidade da medicina ocidental^{14,57} contemporânea.

Por fim, notou-se, nos três blocos temáticos, um significativo número de artigos almejando avaliar a aceitação das PIC entre usuários e profissionais, numa tentativa de dimensionar e ampliar o seu uso nos serviços públicos de atenção primária à saúde. Deixando ver não apenas a fase inicial de institucionalização das PIC na APS, mas também a necessidade de mais pesquisas, que auxiliem na definição dos atributos das PIC que se quer institucionalizar.

Colaboradores

OA Contatore contribuiu para o levantamento, discussão e análise dos dados, trabalhou na concepção, redação e revisão do texto; MR Duval, PCCC Barrio, BD Coutinho, JA Santos, SL Oliveira, SMP Peres e JL Nascimento contribuíram com o levantamento e a discussão dos dados; NF Barros contribuiu para a organização, discussão e análise dos dados, sendo responsável pela concepção, redação e revisão do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 4 maio.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra; 2001. [acessado 2013 ago 20]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). The word medicines situation – Tradicional medicines: global situation, issues and challenges; 2011. [acessado 2013 ago 20]. Disponível em: <http://digicollection.org/hss/en/m/abstract/Js18063en/>
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Tradicional Medicine Strategy; 2014. [acessado 2014 mar 16]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1
5. National Center for Complementary and Alternative Medicine. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States; December 2008. [acessado 2014 ago 23]. Disponível em: http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm
6. House of Lords. Science and Technology Committee. Complementary and Alternative Medicine. Sixth Report 21 November 2000. [acessado 2014 ago 23]. Disponível em: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12302.htm#1>
7. Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med* 2007; 13(6):643-650.
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Beijing Declaration; 2008*. [acessado 2013 ago 18]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Traditional medicine*. Geneva; 2009. [acessado 2013 ago 18]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf
10. Giddens A. *Sociologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
11. Barros NF. Medicina complementar uma reflexão sobre o outro lado da prática. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2000.
12. Barros NF. *A construção da medicina integrativa*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
13. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2005; 15(Supl.):145-176.
14. Luz MT, Barros NF, organizadores. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, Abrasco; 2012.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Declaration of Alma Ata*. 1978. [acessado 2011 out 26]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
16. Pires-Alvez FA, Paiva CHA, Falleiros I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: Ponte CR, Falleiros I, organizadores. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV; 2010. p. 153-180.
17. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Mehry EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
18. Barros NF, Simoni C, Trajano M. Da Medicina Alternativa a Práticas Integrativas: da história a um desafio histórico. PROMEF - Programa de Atualização. 2011; 5:9-42.
19. Barros NF, Siegel P, Simoni C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(12):3066-3067.
20. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5):914-920.
21. Palmeira G. A Acupuntura no Ocidente. *Cad Saude Publica* 1990; 6(2):117-28.
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Traditional medicine; 1987*. [acessado 2013 ago 18]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/wha4033.pdf>
23. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Traditional medicine and medicinal plants; 1988*. [acessado 2013 ago 18]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/wha4119.pdf>
24. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Traditional medicine and modern health care; 1989*. [acessado 2013 ago 18]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/wha4243.pdf>
25. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Traditional medicine and modern health care; 1991*. [acessado 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/wha4434.pdf>
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine; 2000*. [acessado 2013 ago 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip42e/3.html>
27. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials; 2003*. [acessado 2013 ago 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4926e/>
28. Quah-Smith JI, Wai MT, Russell J. Laser acupuncture for mild to moderate depression in a primary care setting – a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2005; 23(3):103-111.
29. Linde K, Weidenhammer W, Streng A, Hoppe A, Melchart D. Acupuncture for osteoarthritic pain: an observational study in routine care. *Rheumatology* 2006; 45(2):222-227
30. Whitehurst DGT, Bryan S, Hay EM, Thomas E, Young J, Foster NE. Cost-Effectiveness of Acupuncture Care as an Adjunct to Exercise-Based Physical Therapy for Osteoarthritis of the Knee. *Phys Ther* 2011; 91:630-641.
31. Filshie J, Hester J. Guidelines for providing acupuncture treatment for cancer patients – a peer-reviewed sample policy document. *Acupuncture in Medicine* 2006; 24(4):172-182.

32. Jeschke E, Ostermann T, Tabali M, Vollmar HC, Kröz M, Bockelbrink A, Witt CM, Willich SN, Matthes H. Pharmacotherapy of elderly patients in everyday anthroposophic medical practice: a prospective, multicenter observational study. *BMC Geriatr* 2010; 10:1-13.
33. Castiel LD, Póvoa EC. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências. *Cad Saude Publica* 2001; 17(1):205-214.
34. Tesser CD, organizador. *Medicinas complementares: o que é preciso saber*. São Paulo: Editora Unesp; 2010.
35. Hay E, Barlas P, Foster N, Hill J, Thomas E, Young J. Is acupuncture a useful adjunct to physiotherapy for older adults with knee pain?. The “Acupuncture, Physiotherapy and Exercise”. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2004; 5:31.
36. Gale N. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass* 2014; 8/6:805-822.
37. Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, Fitter M, Roman M, Walters S, Nicholl JP. Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. *Health Technol Assess* 2005; 9(32):1-109.
38. Mao JJ, Kapur R. Acupuncture in Primary Care. *Prim Care* 2010; 37(1):105-117.
39. Barlow F, Scott C, Coghlan B, Lee P, White P, Lewith GT, Bishop FL. How the psychosocial context of clinical trials differs from usual care: A qualitative study of acupuncture patients. *BMC Medical Research Methodology* 2011; 11:79.
40. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *História, Ciências, Saúde* 2011; 18(1):155-174.
41. Vandebroek I, Van Damme P, Puyvelde LV, Arrazola S, De Kimpe N. A comparison of traditional healers’ medicinal plant knowledge in the Bolivian Andes and Amazon. *Soc Sci Med* 2004; 59(4):837-849.
42. Eyles C, Leydon GM, Lewith GT, Brien SA. Grounded Theory Study of Homeopathic Practitioners’ Perceptions and Experiences of the Homeopathic Consultation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2011; 2011. [acessado 2015 dez 3]. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/957506/>
43. Bassi SF, Aoki T, Matsuo MAF, Rollo IMDN, Lico FMC. As Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa e a efetividade para os sujeitos participantes. *Caderno Técnico CAEPS-DANT* 2009; s.n:65-67.
44. Borud EK, Alraek T, White A, Fonnebo V, Grimsgaard S. The effect of TCM acupuncture on hot flushes among menopausal women (ACUFLASH) study: A study protocol of an ongoing multi-centre randomised controlled clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2007; 7:6.
45. Vas J, Perea-Milla E, Méndez C. Acupuncture and moxibustion as an adjunctive treatment for osteoarthritis of the knee - a large case series. *Acupuncture in Medicine* 2004; 22(1):23-28.
46. Hopwood V, Lewith G, Prescott P, Campbell MJ. Evaluating the efficacy of acupuncture in defined aspects of stroke recovery: A randomised, placebo controlled single blind study. *J Neurol* 2008; 255(6):858-866.
47. Shaw A, Thompson EA, Sharp D. Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2006; 6:76.
48. Rossi E, Baccetti S, Firenzuoli F, Belvedere K. Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system. *Homeopathy* 2008; 97(2):70-75.
49. Haselen RA van, Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher PAG. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers’ perspective. *Complementary Therapies in Medicine* 2004; 12(1):6-16.
50. Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. *Complementary Therapies in Medicine* 2004; 12(2-3):99-111.
51. Meier PC, Rogers C. Reporting Traditional Chinese Medicine Morbidity-A University of Technology, Sydney, Project with an Emphasis on Developing Standards for Testing and Reporting Data. *J Altern Complement Med* 2006; 12(6):529-534.
52. Carvalho YM. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. *Rev Brasileira de Saúde da Família* 2006; 7(11):33-45.
53. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):755-762.
54. Stange R, Amhof R, Moebus S. Complementary and Alternative Medicine: Attitudes and Patterns of Use by German Physicians in a National Survey. *J Altern Complement Med* 2008; 14(10):1255-1261.
55. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora; 2000.
56. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1801-1811.
57. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):195-206.

Artigo apresentado em 10/11/2014

Aprovado em 04/05/2015

Versão final apresentada em 06/05/2015