

Prevalência de uso de práticas integrativas e complementares e doenças crônicas: Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Prevalence of the use of integrative and complementary practices and chronic diseases: 2019 National Health Survey

1

TEMAS LIVRES

Mário Círio Nogueira (<https://orcid.org/0000-0001-9688-4557>)¹
Ana Carolina Moreira Bicalho (<https://orcid.org/0000-0002-6731-2805>)¹
Ana Flávia Côrrea Magalhães (<https://orcid.org/0000-0001-7474-0448>)¹
Julia Barroso Marques Martins (<https://orcid.org/0000-0003-0716-3139>)¹
Marcella Barroso Marques Martins (<https://orcid.org/0000-0003-1063-6857>)¹

Abstract *The study sought to investigate the association between having a chronic disease or condition and the prevalence of having recourse to Integrative and Complementary Practices (ICP) among the Brazilian adult population. Chronic diseases are a serious public health issue and there are limitations of Western medicine to offer effective answers. Thus, the demand for ICP has increased as they constitute a humanized treatment option, with low cost and ease of acquisition. A cross-sectional population-based study was carried out using data from the 2019 National Health Survey. The prevalence of ICP use was estimated by categories of the other variables (presence or absence of chronic conditions) and prevalence ratios (PR) were adjusted for sociodemographic variables. The prevalence of the use of a given ICP, in the last 12 months, by the adult Brazilian population (18 years of age and over) was 5.5% (95%CI: 5.2%-5.8%), and adults with a chronic condition had a higher prevalence of use (PR: 2.11; 95%CI: 1.89-2.36), even after adjusting for sociodemographic characteristics. Stroke, asthma, arthritis, work-related musculoskeletal disorders, depression and other mental illnesses, chronic obstructive pulmonary disease, cancer and heart disease such as hypertension were associated with a higher prevalence of ICP use.*

Key words Complementary therapies, Chronic disease, Prevalence, Epidemiological surveys

Resumo *O estudo investigou a associação entre ter alguma doença ou agravo crônicos e a prevalência de uso de práticas integrativas e complementares (PIC) na população adulta brasileira. As doenças crônicas constituem uma séria questão de saúde pública e há limitações de respostas satisfatórias pela medicina ocidental. Assim, tem aumentado a procura pelas PIC por serem uma alternativa humanizada, de menor custo e de fácil aquisição. Foi realizado um estudo transversal de base populacional utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Foram estimadas as prevalências de uso das PIC por categorias das demais variáveis (presença ou não de agravos crônicos), além de razões de prevalência (RP) ajustadas por características sociodemográficas. A prevalência de uso de alguma PIC, nos últimos 12 meses, pela população brasileira (a partir de 18 anos) foi de 5,5% (IC95%: 5,2%-5,8%), e os adultos com algum agravo crônico tiveram maior prevalência de uso (RP: 2,11; IC95%: 1,89-2,36), mesmo após ajuste sociodemográfico. Acidente vascular cerebral, asma, artrite, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, depressão e outras doenças mentais, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer e doenças cardíacas, como hipertensão arterial, tiveram associação com maior uso de PIC.*

Palavras-chave Terapias complementares, Doença crônica, Prevalência, Inquéritos epidemiológicos

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Av. Eugênio do Nascimento s/n°, Dom Bosco. 36038-330 Juiz de Fora MG Brasil.
mario.cirio.nogueira@gmail.com

Introdução

A atenção à saúde no Brasil tem adotado um olhar mais integral para com os indivíduos, ampliando a concepção de saúde-doença e utilizando novas práticas de cuidado, como as práticas integrativas e complementares (PIC). Assim, a partir da Portaria GM/MS 971, de 3 de maio de 2006, as PIC no Brasil foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)¹. Destacam-se, na PNPIC, o foco na atenção humanizada, na centralidade do indivíduo e na prevenção e promoção da saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – principalmente cardiovasculares, diabetes, câncer e respiratórias – são consideradas uma séria questão de saúde pública². Em 2019, mais de 70% do total de óbitos na população mundial se deu pelas DCNT³. Elas têm caráter multicausal, afetando o ser em sua individualidade e totalidade. Logo, a atenção e o cuidado a essas doenças também deve compartilhar dessas características, obtendo melhora dos sintomas de forma holística e respeitando a sensação subjetiva de bem-estar⁴. Entretanto, e paralelamente aos avanços da medicina hegemônica, foram sendo detectadas suas limitações na impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para essas doenças, sobretudo os componentes psicológicos ou subjetivos que as acompanham⁵. A medicina hegemônica, chamada biomedicina, fragmentou as pessoas em órgãos e sistemas doentes, dificultando o alcance da integralidade do cuidado; as PIC, por outro lado, ao adotarem uma visão do ser humano mais integradora, centrada na unidade do indivíduo e na sua relação com o meio, acabam tendo um saber e uma prática facilitadores da integralidade⁶.

Assim, cada vez mais pacientes com doenças crônicas recorrem às PIC⁷. Além de sua visão humanizada, essas práticas constituem uma opção de abordagem de menor custo e de fácil aquisição, solucionando ou amenizando os problemas de saúde⁸. Outras razões para essa procura são os riscos de toxicidade das drogas utilizadas, a medicalização da vida, a ineficácia de tratamentos tradicionais no bem-estar do paciente e a tendência de focar apenas o caráter biológico da doença e desconsiderar componentes emocionais e psicossociais⁵.

Nesse contexto, sendo a demanda por medicina integrativa uma constante em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desen-

volveu a Estratégia para a Medicina Tradicional 2014-2023, que tem como objetivos incentivar os estados membros a utilizarem a medicina tradicional e complementar de forma segura e eficaz, beneficiando-se de sua potencial colaboração para a saúde e o bem-estar e reforçando a relação com doenças crônicas e com a melhoria do estilo e dos hábitos de vida⁹.

Atualmente, o monitoramento da implementação das PIC, em consonância com a PNPIC, é realizado a partir dos dados de alguns sistemas de informações, como Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), além de inquéritos nacionais de base populacional, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹⁰. A PNS é um dos principais instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar os indicadores globais, incluindo os dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, do Plano de Ações Globais para Prevenção e Controle das DCNT e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. Assim, a PNS reúne informações sobre determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira, sendo o padrão ouro dos inquéritos de saúde do país. Ela foi realizada pela primeira vez em 2013 e em sua segunda edição, em 2019, deu sequência às investigações no âmbito da saúde no país. Com os dados da PNS 2019, é possível estimar indicadores de saúde consistentes para formular políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção, aprimorando o SUS¹¹.

As doenças crônicas são uma questão de saúde pública relevante no Brasil e têm impacto direto na qualidade de vida da população³. Atualmente, existem diversas abordagens que buscam ampliar o cuidado de pessoas com essas comorbidades, como as práticas integrativas⁶. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre ser portador de alguma doença ou agravo crônicos e o uso das PIC na população brasileira, utilizando os dados da PNS 2019.

Métodos

Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS é um inquérito de base populacional com amostragem representativa do Brasil¹¹. Teve uma amostragem em três estágios: setores censitários,

domicílios e um morador adulto em cada domicílio. Seu questionário teve três partes: informações sobre o domicílio, sobre todos os moradores (respondidos por um residente) e sobre o morador selecionado. Para este artigo foi utilizado o banco de microdados da PNS baixado de sua página na internet (<https://www.pns.icict.fiocruz.br>). Foram analisados dados obtidos por meio de questionários respondidos por moradores selecionados com 18 ou mais anos. Houve exclusão das pessoas que se autodeclararam de cor ou raça amarela e indígena, em razão do pequeno número de respondentes nessas categorias e do elevado coeficiente de variação (Malta et al., 2021)¹². Dessa forma, a amostra analisada totalizou 87.187 pessoas.

A variável de desfecho utilizada, extraída do módulo J do questionário (“Utilização de serviços de saúde”), foi:

- Uso das PIC nos últimos 12 meses: sim; não (código da variável no banco da PNS: J05301).

As variáveis de exposição, referentes a ser portador de alguma doença ou agravos crônicos, extraídas do módulo Q do questionário (“Doenças crônicas”), foram:

- Diagnóstico médico de hipertensão arterial: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q00201).

- Diagnóstico médico de diabetes: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q03001).

- Diagnóstico médico de doença do coração: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q06306).

- Diagnóstico médico de AVC: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q068).

- Diagnóstico médico de asma: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q074).

- Diagnóstico médico de artrite ou reumatismo: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q079).

- Diagnóstico médico de DORT: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q088).

- Diagnóstico médico de problema crônico de coluna: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q084).

- Diagnóstico médico de depressão: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q092).

- Diagnóstico médico de outra doença mental: sim; não (código das variáveis no banco da PNS: Q11007, Q11008 e Q11009).

- Diagnóstico médico de doença pulmonar crônica: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q11604).

- Diagnóstico médico de câncer: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q120).

- Diagnóstico médico de insuficiência renal crônica: sim; não (código da variável no banco da PNS: Q124).

Foram criadas as variáveis “Alguma doença crônica”, com as categorias “sim” (se a pessoa tinha alguma das doenças ou do agravos listados) ou “não”, e “Multimorbidade”, com as categorias “sim” (se a pessoa tinha duas ou mais entre as doenças ou os agravos listados) ou “não”.

Foram selecionadas as seguintes covariáveis sociodemográficas, referentes ao módulo C do questionário (“Características gerais dos moradores”):

- Sexo: masculino; feminino (código da variável no banco da PNS: C006).

- Idade, excluídos os menores de 18 anos e categorizada em > 18 a 29 anos; 30 a 44 anos; 45 a 59 anos; 60 a 74 anos; 75 anos ou mais (código da variável no banco da PNS: C008).

- Cor ou raça, categorizada em: branca, preta, amarela, parda ou indígena; foram excluídas da análise as categorias amarela e indígena (código da variável no banco da PNS: C009).

Também foram selecionadas no banco de dados da PNS as seguintes covariáveis:

- Renda domiciliar per capita, categorizada em salários-mínimos: até meio; de meio a um; de um a dois; de dois a três; mais que três (código da variável no banco da PNS: VDF004).

- Escolaridade, categorizada em: fundamental incompleto ou equivalente, médio incompleto ou equivalente, superior incompleto ou equivalente ou superior completo (código da variável no banco da PNS: VDD004A).

- Situação de residência: urbana ou rural (código da variável no banco da PNS: V0026).

- Unidade da federação de residência, agregada por grandes regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (código da variável no banco da PNS: V0001).

Foram estimadas prevalências de uso das PIC com intervalos de confiança de 95% (IC95%) por categorias das demais variáveis (presença ou ausência de doenças crônicas), além de razões de prevalência ajustadas pelas covariáveis apontadas, também com intervalos de confiança de 95% (IC95%), pela regressão de Poisson.

O processamento do banco de dados e a análise estatística foram realizados pelo programa R, levando em conta a amostragem complexa, utilizando a biblioteca *survey*, elaborada para análises de inquéritos com amostragem complexa.

O estudo não necessitou de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, pois se baseou em dados obtidos no *site* de livre acesso da PNS. A

PNS teve aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019.

Resultados

A prevalência de uso nos últimos 12 meses de alguma PIC pela população adulta brasileira (a partir de 18 anos) foi de 5,5% (IC95%: 5,2%-5,8%). As PIC mais usadas foram plantas medicinais e fitoterapia, acupuntura e homeopatia (Tabela 1).

As mulheres usaram mais as PIC do que os homens e a faixa etária de menor uso foi a de menores de 30 anos. Houve maior prevalência de uso das PIC em pessoas com renda e escolaridade mais altas. A prevalência de uso também foi maior no meio rural, em comparação com o urbano e na região Norte (Tabela 1).

Os adultos com alguma doença ou agravamento crônicos tiveram maior prevalência de uso (RP: 2,11; IC95%: 1,89-2,36), mesmo após ajuste para características sociodemográficas. Tiveram associação com maior uso de PIC: hipertensão arterial, outras doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), asma brônquica, artrite, doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT), depressão e outras doenças mentais, DPOC e câncer. A multimorbidade teve associação um pouco maior com o uso de PIC (Tabela 2).

O uso de plantas medicinais e fitoterapia teve prevalência de 3,2% (IC95%: 2,9%-3,4%) e, em relação às doenças e agravamentos, só não teve associação com outras doenças cardíacas, AVC e câncer (Tabela 3).

A prevalência de uso da acupuntura foi de 1,5% (IC95%: 1,3%-1,7%) e teve associação marcante com o aumento da renda e da escolaridade, tendo também menor prevalência na zona rural e na região Norte, como distinção das demais PIC (Tabela 1). Também teve associação com a maioria das doenças e dos agravamentos, sendo ainda mais intensa com multimorbidade (Tabela 4).

A homeopatia teve prevalência de uso de 1,0% (IC95%: 0,8%-1,1%), maior no sexo feminino, com renda e escolaridade maiores, e teve menor prevalência na região Norte (Tabela 1). Teve associação com menos doenças e agravamentos do que as outras PIC: apenas asma brônquica, artrite, problemas na coluna, depressão e outras doenças mentais. E teve menor prevalência de uso em pessoas com diabetes *mellitus* (Tabela 5).

Discussão

A análise dos dados confirmou a hipótese do presente estudo de que os portadores de doenças ou agravamentos crônicos tinham maior prevalência de uso das PIC. Ao fazer um comparativo por tipo de doença, as que tiveram associação com uso de PIC foram as doenças cardíacas, osteoarticulares, mentais, respiratórias e câncer.

Outro estudo que analisou o uso de PIC por idosos, também utilizando dados da PNS, porém de 2013, estimou o uso dessas em 5,4%¹³, com prevalência maior quando comparada com a população geral nesse mesmo ano, que foi de 4,1%¹⁴. Quanto ao uso de PIC de acordo com a presença de doenças ou agravamentos crônicos, no mesmo estudo foram estimadas, após ajuste por sexo e idade, maiores proporções de uso entre os idosos com colesterol alto, artrite ou reumatismo, problema crônico de coluna, entre outros. Nos idosos com depressão, observou-se que o uso das PIC foi 62% maior do que naqueles que não apresentavam essa condição. A associação positiva entre essas comorbidades e o uso de PIC também foi encontrada na PNS 2019, em se tratando de adultos e idosos. Entretanto, no estudo da PNS 2013 não foi observada relação entre hipertensão e o uso das PIC nos idosos¹³, diferentemente do que foi encontrado no presente estudo.

Nos EUA, pesquisa de base populacional baseada em dados fornecidos pela *National Health Interview Survey* – NHIS 2012 estimou a prevalência de 29,5% de uso de PIC em adultos, lá denominadas *complementary and alternative medicine* (CAM)¹⁵. Nesse estudo, foi observado que as pessoas com doenças crônicas tiveram uma prevalência de uso menor, ao contrário do nosso. É válido ressaltar que no estudo norte-americano as CAM foram agrupadas em cinco domínios, sendo que o que compreende métodos manipulativos e baseados no corpo, incluindo quiropraxia, osteopatia e massoterapia, foi responsável por 24,3% da prevalência de uso geral¹⁵. Além disso, algumas modalidades, como tratamentos biológicos (ervas, remédios e dietas especiais), oração, hipnose e terapias energéticas (biocampo e terapias baseadas em bioeletromagnética), não foram incluídas na PNS 2019. Esta avaliou em seu questionário apenas o uso individual e terapêutico de acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra PIC nos últimos 12 meses. No estudo norte-americano, participantes com apenas

Tabela 1. Prevalência de uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por características sociodemográficas, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Alguma PIC		Fitoterapia		Acupuntura		Homeopatia	
	Prevalência % (IC95%)	RPa (IC95%)	Prevalência % (IC95%)	RPa (IC95%)	Prevalência % (IC95%)	RPa (IC95%)	Prevalência % (IC95%)	RPa (IC95%)
Geral	5,5 (5,2-5,8)		3,2 (2,9-3,4)		1,5 (1,3-1,7)		1,0 (0,8-1,1)	
Sexo								
Masculino	4,0 (3,7-4,4)	Ref	2,6 (2,3-2,9)	Ref	0,9 (0,7-1,0)	Ref	0,6 (0,4-0,7)	Ref
Feminino	6,8 (6,3-7,2)	1,67 (1,50-1,85)	3,6 (3,3-3,9)	1,38 (1,21-1,57)	2,0 (1,8-2,3)	2,37 (1,88-2,99)	1,3 (1,1-1,6)	2,38 (1,85-3,08)
Faixa etária								
18 a 29 anos	3,4 (2,9-3,9)	Ref	2,0 (1,6-2,3)	Ref	0,7 (0,4-1,0)	Ref	0,6 (0,4-0,9)	Ref
30 a 44 anos	5,6 (5,1-6,1)	1,42 (1,20-1,68)	3,1 (2,6-3,5)	1,43 (1,17-1,76)	1,5 (1,3-1,7)	1,78 (1,09-2,89)	1,0 (0,8-1,3)	1,32 (0,82-2,12)
45 a 59 anos	6,3 (5,7-6,8)	1,62 (1,36-1,92)	3,6 (3,2-4,0)	1,73 (1,41-2,13)	1,8 (1,5-2,2)	2,17 (1,33-3,52)	1,2 (0,9-1,6)	1,57 (0,97-2,56)
60 a 74 anos	6,5 (5,9-7,0)	1,66 (1,39-1,98)	3,8 (3,4-4,2)	1,87 (1,51-2,31)	2,1 (1,7-2,5)	2,45 (1,49-4,04)	1,0 (0,8-1,3)	1,34 (0,83-2,17)
75 anos ou mais	6,7 (5,4-8,0)	1,83 (1,46-2,31)	4,5 (3,4-5,7)	2,21 (1,59-3,07)	1,4 (0,9-1,9)	1,88 (1,00-3,53)	0,8 (0,5-1,1)	1,40 (0,79-2,48)
Raça/cor								
Branca	6,7 (6,1-7,2)	Ref	3,0 (2,6-3,4)	Ref	2,2 (1,9-2,5)	Ref	1,6 (1,3-1,9)	Ref
Preta	4,4 (3,8-5,0)	0,88 (0,75-1,02)	3,0 (2,5-3,5)	1,01 (0,83-1,23)	0,9 (0,6-1,2)	0,80 (0,57-1,11)	0,6 (0,3-0,8)	0,76 (0,50-1,15)
Parda	4,6 (4,3-5,0)	0,90 (0,80-1,01)	3,4 (3,0-3,7)	1,03 (0,88-1,21)	1,0 (0,7-1,2)	0,93 (0,70-1,23)	0,5 (0,4-0,6)	0,68 (0,48-0,95)
Renda per capita								
Até 1/2 SM	4,0 (3,5-4,6)	Ref	3,5 (3,0-4,1)	Ref	0,3 (0,2-0,4)	Ref	0,2 (0,1-0,3)	Ref
1/2 até 1 SM	3,8 (3,3-4,2)	0,93 (0,79-1,08)	2,8 (2,4-3,1)	0,87 (0,73-1,04)	0,5 (0,4-0,7)	1,44 (0,86-2,40)	0,4 (0,3-0,6)	1,53 (0,79-2,95)
1 até 2 SM	4,9 (4,3-5,4)	1,17 (1,00-1,36)	2,8 (2,4-3,2)	1 (0,82-1,22)	1,4 (1,1-1,7)	2,94 (1,79-4,84)	0,8 (0,5-1,0)	1,98 (1,07-3,65)
2 até 3 SM	7,3 (6,2-8,4)	1,54 (1,22-1,94)	2,9 (2,3-3,5)	0,99 (0,77-1,27)	3,1 (2,2-4,0)	5,17 (2,73-9,78)	1,3 (0,9-1,7)	2,50 (1,28-4,88)
Mais de 3 SM	12,9 (11,5-14,2)	2,29 (1,84-2,84)	4,4 (3,6-5,2)	1,33 (1-1,78)	5,2 (4,4-6,0)	6,76 (3,88-11,78)	4,1 (3,2-5,0)	5,80 (2,9-11,62)

continua

uma doença crônica tiveram menor prevalência de uso referido de alguma CAM quando comparados aos que não têm tais condições, com exceção daqueles que apresentam hipercolesterolemia. Os hipertensos tiveram prevalência de 28,3%, diabéticos de 25% e obesos de 10,8%, en-

quanto as pessoas sem essas condições apresentaram prevalência de 29,5%, e em relação à hipercolesterolemia a prevalência foi de 31,5%¹⁵. Já o nosso estudo evidenciou que 6,7% dos indivíduos que têm o diagnóstico de hipertensão arterial relataram fazer uso de alguma modalidade de

Tabela 1. Prevalência de uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por características sociodemográficas, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Alguma PIC		Fitoterapia		Acupuntura		Homeopatia	
	Prevalência % (IC95%)	RPa (IC95%)						
Escolaridade								
Fundamental incompleto ou equivalente	4,5 (4,1-4,9)	Ref	3,7 (3,3-4,0)	Ref	0,7 (0,4-0,9)	Ref	0,3 (0,2-0,3)	Ref
Médio incompleto ou equivalente	3,5 (2,9-4,1)	0,90 (0,75-1,09)	2,5 (2,0-3,0)	0,9 (0,74-1,1)	0,5 (0,3-0,7)	0,70 (0,40-1,23)	0,6 (0,2-0,9)	1,97 (0,97-4,00)
Superior incompleto ou equivalente	4,5 (4,1-5,0)	1,12 (0,97-1,29)	2,3 (2,0-2,6)	0,87 (0,75-1,02)	1,4 (1,1-1,6)	1,70 (1,07-2,7)	0,8 (0,5-1,1)	2,37 (1,56-3,60)
Superior completo	11,7 (10,7-12,6)	1,91 (1,59-2,30)	4,6 (3,8-5,3)	1,52 (1,2-1,92)	4,5 (3,9-5,1)	2,61 (1,60-4,27)	3,3 (2,8-3,8)	4,51 (2,72-7,50)
Situação								
Urbano	5,5 (5,1-5,9)	Ref	2,9 (2,6-3,1)	Ref	1,7 (1,5-1,9)	Ref	1,1 (0,9-1,3)	Ref
Rural	5,5 (4,7-6,3)	1,37 (1,16-1,63)	4,9 (4,1-5,7)	1,56 (1,27-1,92)	0,3 (0,2-0,4)	0,46 (0,31-0,67)	0,3 (0,2-0,4)	0,91 (0,61-1,36)
Grande Região								
Norte	6,8 (6,0-7,6)	Ref	6,0 (5,3-6,8)	Ref	0,5 (0,4-0,6)	Ref	0,5 (0,4-0,7)	Ref
Nordeste	5,2 (4,5-5,8)	0,74 (0,63-0,88)	4,1 (3,5-4,7)	0,65 (0,53-0,79)	0,8 (0,6-0,9)	1,61 (1,15-2,24)	0,3 (0,2-0,3)	0,48 (0,33-0,70)
Sudeste	5,3 (4,8-5,9)	0,60 (0,52-0,70)	2,1 (1,8-2,5)	0,34 (0,27-0,42)	2,1 (1,8-2,5)	2,30 (1,62-3,26)	1,4 (1,1-1,7)	1,39 (0,97-1,98)
Sul	6,4 (5,7-7,1)	0,70 (0,60-0,83)	3,2 (2,7-3,8)	0,5 (0,4-0,63)	1,6 (1,3-1,9)	1,80 (1,25-2,60)	1,3 (1,0-1,6)	1,31 (0,87-1,97)
Centro-Oeste	4,4 (3,8-5,1)	0,53 (0,44-0,65)	2,5 (2,0-3,1)	0,41 (0,33-0,52)	1,1 (0,9-1,4)	1,39 (0,96-2,02)	0,8 (0,6-1,0)	0,89 (0,60-1,32)

IC95%: intervalo de confiança. RPa: razão de prevalência ajustada pelas covariáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação e grande região de residência. Ref: referência. SM: salário-mínimo.

Fonte: Autores.

PIC, contra 5,1% sem o diagnóstico, o que leva a uma razão de prevalência ajustada de 1,23 a favor da presença dessa doença crônica. Já em relação à diabetes, não houve associação com uso de PIC.

Ainda segundo a pesquisa norte-americana, mesmo com os hipertensos apresentando menor prevalência de uso de CAM do que os normotensos, em comparação com as outras doenças crônicas, a hipertensão arterial foi a comorbidade que mais se relacionou com o uso variado de CAM¹⁵. Assim, essa condição foi uma das mais relacionadas ao uso de PIC em ambos os estudos. Nos dados obtidos pelo NHIS, referentes aos EUA, participantes com hipertensão demons-

traram o uso de uma variedade maior de tratamentos, incluindo quatro dos cinco domínios de CAM considerados¹⁵. No presente estudo, participantes com hipertensão apresentaram razão de prevalência ajustada positiva para o uso das PIC consideradas: fitoterapia 1,30 (IC95%: 1,12-1,51), acupuntura 1,40 (IC95%: 1,07-1,85) e homeopatia 1,40 (IC95%: 1,00-1,94). Ainda sobre a hipertensão, médicos de família do Rio Grande do Norte acreditam que os fitoterápicos podem ser usados como auxiliares na sua prevenção e manejo, por exemplo em situações em que a elevação da pressão arterial está relacionada a um componente de ansiedade¹⁶.

Tabela 2. Prevalência de uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por doenças crônicas, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Prevalência % (IC95%)	RPb (IC95%)	RPa (IC95%)
Geral	5,5 (5,2-5,8)		
Hipertensão arterial			
Não	5,1 (4,8-5,5)	Ref	Ref
Sim	6,7 (6,1-7,3)	1,32 (1,19-1,46)	1,23 (1,09-1,38)
Diabetes mellitus			
Não	5,4 (5,1-5,8)	Ref	Ref
Sim	6,2 (5,0-7,4)	1,14 (0,93-1,39)	1,09 (0,88-1,33)
Doença cardíaca			
Não	5,4 (5,1-5,7)	Ref	Ref
Sim	7,0 (5,8-8,1)	1,29 (1,09-1,53)	1,21 (1,02-1,44)
AVC			
Não	5,5 (5,1-5,8)	Ref	Ref
Sim	7,1 (5,1-9,1)	1,31 (0,98-1,74)	1,37 (1,02-1,44)
Asma brônquica			
Não	5,3 (5,0-5,6)	Ref	Ref
Sim	9,3 (7,4-11,2)	1,76 (1,43-2,18)	1,67 (1,36-2,05)
Artrite			
Não	5,0 (4,7-5,3)	Ref	Ref
Sim	11,4 (10,0-12,8)	2,27 (2,00-2,58)	1,96 (1,71-2,26)
DORT			
Não	5,3 (5,0-5,7)	Ref	Ref
Sim	11,3 (9,0-13,7)	2,12 (1,71-2,64)	1,85 (1,49-2,30)
Problema na coluna			
Não	4,4 (4,0-4,7)	Ref	Ref
Sim	9,6 (8,8-10,4)	2,21 (2,00-2,44)	2,11 (1,92-2,33)
Depressão			
Não	4,9 (4,6-5,2)	Ref	Ref
Sim	10,8 (9,6-12,1)	2,22 (1,96-2,52)	1,87 (1,65-2,12)
Outra doença mental			
Não	5,4 (5,1-5,7)	Ref	Ref
Sim	11,8 (8,4-15,3)	2,18 (1,62-2,94)	2,10 (1,57-2,80)
Doença pulmonar crônica			
Não	5,4 (5,1-5,7)	Ref	Ref
Sim	10,7 (6,3-15,2)	1,98 (1,30-3,02)	1,99 (1,34-2,98)
Câncer			
Não	5,4 (5,0-5,7)	Ref	Ref
Sim	10,1 (7,9-12,4)	1,89 (1,51-2,37)	1,42 (1,14-1,77)
Insuficiência renal crônica			
Não	5,5 (5,1-5,8)	Ref	Ref
Sim	6,5 (4,2-8,8)	1,19 (0,84-1,70)	1,19 (0,84-1,68)
Alguma doença crônica			
Não	3,4 (3,1-3,7)	Ref	Ref
Sim	7,5 (7,0-8,0)	2,23 (2,00-2,49)	2,11 (1,89-2,36)
Multimorbidade			
Não	4,3 (4,0-4,6)	Ref	Ref
Sim	9,7 (8,9-10,5)	2,24 (2,04-2,47)	2,17 (1,97-2,40)

IC95%: Intervalo de confiança. RPb: razão de prevalência bruta. RPa: razão de prevalência ajustada pelas covariáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação e grande região de residência. Ref: referência. AVC: acidente vascular cerebral. DORT: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Fonte: Autores.

Tabela 3. Prevalência de uso de plantas medicinais e fitoterapia por doenças crônicas, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Prevalência % (IC95%)	RPb (IC95%)	RPa (IC95%)
Geral	3,2 (2,9-3,4)		
Hipertensão arterial			
Não	2,8 (2,6-3,1)	Ref	Ref
Sim	4,2 (3,7-4,7)	1,47 (1,29-1,67)	1,30 (1,12-1,51)
Diabetes mellitus			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	3,6 (3,0-4,2)	1,14 (0,95-1,36)	1,00 (0,83-1,21)
Doença cardíaca			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	3,9 (3,1-4,7)	1,26 (1,02-1,55)	1,16 (0,94-1,44)
AVC			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	5,2 (3,4-7,0)	1,67 (1,17-2,37)	1,44 (1,00-2,07)
Asma brônquica			
Não	3,1 (2,8-3,3)	Ref	Ref
Sim	4,9 (3,5-6,3)	1,60 (1,21-2,12)	1,68 (1,27-2,23)
Artrite			
Não	2,9 (2,6-3,1)	Ref	Ref
Sim	6,6 (5,5-7,8)	2,30 (1,93-2,75)	1,95 (1,63-2,34)
DORT			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	5,3 (3,7-6,9)	1,71 (1,26-2,33)	1,83 (1,34-2,49)
Problema na coluna			
Não	2,5 (2,3-2,8)	Ref	Ref
Sim	5,4 (4,8-6,0)	2,12 (1,87-2,41)	1,94 (1,71-2,20)
Depressão			
Não	2,9 (2,6-3,1)	Ref	Ref
Sim	5,5 (4,6-6,4)	1,91 (1,61-2,26)	1,88 (1,58-2,23)
Outra doença mental			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	6,3 (3,7-8,9)	2,02 (1,32-3,07)	2,19 (1,44-3,32)
Doença pulmonar crônica			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	5,1 (3,2-7,1)	1,64 (1,12-2,41)	1,78 (1,21-2,62)
Câncer			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	4,3 (3,2-5,5)	1,38 (1,05-1,82)	1,19 (0,90-1,57)
Insuficiência renal crônica			
Não	3,1 (2,9-3,4)	Ref	Ref
Sim	4,3 (2,7-5,9)	1,36 (0,93-2,01)	1,33 (0,91-1,95)
Alguma doença crônica			
Não	2,0 (1,8-2,3)	Ref	Ref
Sim	4,2 (3,9-4,6)	2,08 (1,83-2,36)	1,95 (1,70-2,23)
Multimorbidade			
Não	2,5 (2,2-2,7)	Ref	Ref
Sim	5,7 (5,1-6,3)	2,29 (2,03-2,59)	2,24 (1,97-2,54)

IC95%: intervalo de confiança. RPb: razão de prevalência bruta. RPa: razão de prevalência ajustada pelas covariáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação e grande região de residência. Ref: referência. AVC: acidente vascular cerebral. DORT: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Fonte: Autores.

Tabela 4. Prevalência de uso de acupuntura por doenças crônicas, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Prevalência % (IC95%)	RPb (IC95%)	RPa (IC95%)
Geral	1,5 (1,3-1,7)		
Hipertensão arterial			
Não	1,3 (1,2-1,5)	Ref	Ref
Sim	2,0 (1,6-2,4)	1,50 (1,18-1,91)	1,40 (1,07-1,85)
Diabetes mellitus			
Não	1,4 (1,3-1,6)	Ref	Ref
Sim	2,2 (1,2-3,2)	1,51 (0,95-2,41)	1,51 (0,95-2,38)
Doença cardíaca			
Não	1,5 (1,3-1,6)	Ref	Ref
Sim	2,0 (1,4-2,6)	1,37 (0,99-1,89)	1,29 (0,93-1,79)
AVC			
Não	1,5 (1,3-1,7)	Ref	Ref
Sim	1,3 (0,5-2,1)	0,88 (0,48-1,62)	1,15 (0,61-2,15)
Asma brônquica			
Não	1,4 (1,3-1,6)	Ref	Ref
Sim	2,9 (1,5-4,3)	2,05 (1,27-3,32)	1,79 (1,12-2,88)
Artrite			
Não	1,3 (1,1-1,4)	Ref	Ref
Sim	4,3 (3,4-5,3)	3,43 (2,66-4,41)	2,85 (2,17-3,74)
DORT			
Não	1,4 (1,2-1,6)	Ref	Ref
Sim	5,3 (3,7-7,0)	3,83 (2,77-5,3)	2,50 (1,77-3,53)
Problema na coluna			
Não	1,1 (0,9-1,2)	Ref	Ref
Sim	3,0 (2,5-3,5)	2,84 (2,3-3,5)	2,70 (2,23-3,27)
Depressão			
Não	1,2 (1,1-1,4)	Ref	Ref
Sim	3,8 (2,9-4,7)	3,09 (2,39-4,00)	2,15 (1,68-2,74)
Outra doença mental			
Não	1,5 (1,3-1,6)	Ref	Ref
Sim	3,7 (1,9-5,6)	2,54 (1,52-4,24)	2,22 (1,39-3,54)
Doença pulmonar crônica			
Não	1,4 (1,3-1,6)	Ref	Ref
Sim	4,9 (0,7-9,0)	3,38 (1,41-8,11)	3,06 (1,36-6,87)
Câncer			
Não	1,4 (1,3-1,6)	Ref	Ref
Sim	3,5 (2,1-4,8)	2,39 (1,62-3,55)	1,43 (0,96-2,14)
Insuficiência renal crônica			
Não	1,5 (1,3-1,7)	Ref	Ref
Sim	1,4 (0,4-2,4)	0,92 (0,44-1,90)	0,95 (0,46-1,96)
Alguma doença crônica			
Não	0,8 (0,6-0,9)	Ref	Ref
Sim	2,2 (1,9-2,5)	2,80 (2,19-3,59)	2,44 (1,94-3,07)
Multimorbidade			
Não	1,0 (0,9-1,2)	Ref	Ref
Sim	3,2 (2,7-3,7)	3,17 (2,56-3,91)	2,89 (2,38-3,52)

IC95%: intervalo de confiança. RPb: razão de prevalência bruta. RPa: razão de prevalência ajustada pelas covariáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação e grande região de residência. Ref: referência. AVC: acidez vascular cerebral. DORT: distúrbios ortomusculares relacionados ao trabalho.

Fonte: Autores.

Tabela 5. Prevalência de uso de homeopatia por doenças crônicas, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Prevalência % (IC95%)	RPb (IC95%)	RPa (IC95%)
Geral	1.0 (0.8-1.1)		
Hipertensão arterial			
Não	0.9 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	1.2 (0.9-1.4)	1.25 (0.92-1.69)	1.40 (1.00-1.94)
Diabetes mellitus			
Não	1.0 (0.9-1.2)	Ref	Ref
Sim	0.4 (0.1-0.7)	0.42 (0.20-0.86)	0.48 (0.24-0.98)
Doença cardíaca			
Não	1.0 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	1.4 (0.7-2.1)	1.46 (0.88-2.43)	1.54 (0.92-2.57)
AVC			
Não	1.0 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	0.5 (0.2-0.8)	0.50 (0.25-1.00)	0.77 (0.38-1.60)
Asma brônquica			
Não	0.9 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	1.7 (1.1-2.4)	1.84 (1.22-2.77)	1.51 (1.04-2.20)
Artrite			
Não	0.9 (0.7-1.0)	Ref	Ref
Sim	2.1 (1.4-2.9)	2.43 (1.64-3.60)	2.31 (1.52-3.50)
DORT			
Não	1.0 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	1.1 (0.5-1.6)	1.11 (0.66-1.89)	0.75 (0.44-1.27)
Problema na coluna			
Não	0.8 (0.7-0.9)	Ref	Ref
Sim	1.7 (1.3-2.1)	2.16 (1.65-2.82)	2.21 (1.68-2.91)
Depressão			
Não	0.8 (0.7-1.0)	Ref	Ref
Sim	2.3 (1.7-2.9)	2.79 (2.11-3.68)	1.90 (1.41-2.56)
Outra doença mental			
Não	0.9 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	3.6 (1.5-5.8)	3.80 (2.08-6.96)	3.04 (1.63-5.68)
Doença pulmonar crônica			
Não	1.0 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	2.0 (0.4-3.6)	2.09 (0.93-4.72)	1.93 (0.90-4.15)
Câncer			
Não	0.9 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	2.2 (0.7-3.6)	2.29 (1.14-4.60)	1.42 (0.73-2.74)
Insuficiência renal crônica			
Não	1.0 (0.8-1.1)	Ref	Ref
Sim	2.0 (0.2-3.8)	2.08 (0.85-5.13)	2.28 (0.93-5.56)
Alguma doença crônica			
Não	0.5 (0.4-0.6)	Ref	Ref
Sim	1.5 (1.2-1.7)	2.98 (2.28-3.89)	2.93 (2.17-3.96)
Multimorbidade			
Não	0.8 (0.6-1.0)	Ref	Ref
Sim	1.6 (1.3-2.0)	2.02 (1.52-2.67)	1.96 (1.44-2.68)

IC95%: intervalo de confiança. RPb: razão de prevalência bruta. RPa: razão de prevalência ajustada pelas covariáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação e grande região de residência. Ref: referência. AVC: acidente vascular cerebral. DORT: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Fonte: Autores.

Na PNS 2019, a respeito da multimorbidade, pessoas com duas ou mais doenças ou agravos tiveram prevalência de uso das PIC semelhante àquelas com pelo menos uma comorbidade, com as seguintes razões de prevalências 2,17 (IC95%: 1,97-2,40) e 2,11 (IC95%: 1,89-2,36), respectivamente. Já na análise populacional realizada nos EUA, foi evidenciado que, na maioria das combinações de duas ou três doenças crônicas, o uso de CAM era menor quando comparadas à ausência de doença crônica. Por exemplo, participantes diabéticos obesos tiveram chance 30% menor de usar CAM do que aqueles sem essas duas condições crônicas (aOR = 0,70; IC95%: 0,55-0,88)¹⁵. As diferenças observadas nesses estudos se relacionam às características do sistema de saúde e ao modelo de cuidado de cada país. O efeito diminuído observado na presença de uma ou mais doenças no uso geral de CAM pode ser reflexo do fato de que, quando os indivíduos têm duas ou mais comorbidades, é mais provável que estejam sob cuidados rigorosos de um profissional de saúde convencional e estejam em uso de múltiplos medicamentos. Tal fato é evidenciado pelo dado que mostra que os participantes que têm plano de saúde e duas ou mais doenças crônicas foram 16% menos propensos a fazer uso de alguma modalidade de CAM quando comparados àqueles sem plano de saúde e com duas ou mais condições crônicas¹⁵.

Diferentemente do encontrado nesse contexto norte-americano, a associação positiva entre o uso de PIC e a presença de doença crônica evidenciada em nosso estudo pode ser explicada pelo potencial dessas em conferir autonomia no tratamento. Além disso, há um maior incentivo ao autocuidado e à responsabilização pela própria saúde, bem como à redução da frequência de transtornos mentais comuns e da medicalização⁸. Nesse mesmo sentido, em Bangladesh, pesquisa sobre a prevalência de uso de PIC em pacientes com doenças crônicas buscou entender as razões pelas quais os pacientes crônicos usam CAM, tendo como respostas: evitar efeitos adversos (55,5%), ser efetivo (41,6%) e custo mais baixo e facilidade de acesso (38,8%)¹⁷.

Em um panorama geral do uso das PIC no Brasil, nosso estudo concluiu que sua prevalência nos últimos 12 meses pela população a partir de 18 anos foi de 5,5% (IC95%: 5,2%-5,8%) em 2019. Essa prevalência cresceu desde 2013, quando era de 4,1% (IC95%: 3,8%-4,4%)¹⁴. No entanto, a prevalência de uso pelos usuários dos serviços públicos de saúde pode ser muito maior, principalmente quando as PIC são ofertadas de

forma expressiva. Por exemplo, estudo feito com usuários de uma UBS em Minas Gerais estimou a prevalência de seu uso em 53,3%¹⁸. É importante, portanto, considerar como os participantes de cada estudo foram selecionados; nesse último, já eram usuários da rede pública de saúde, enquanto os participantes da PNS foram abordados pelos pesquisadores em seus domicílios, e nem todos eram usuários regulares de serviços de saúde públicos ou privados, menos propensos, portanto, a estarem fazendo algum tipo de tratamento, seja convencional ou de PIC.

Em uma revisão sistemática internacional sobre a prevalência do uso de CAM pela população geral em diversos países, também em um período de 12 meses, abrangendo os anos de 2005 a 2012, foram encontradas taxas muito superiores às do nosso estudo¹⁹. No Reino Unido, a estimativa foi de 26%; nos EUA, o uso de todas as CAM por adultos, excluindo a oração, foi estimado em 38%. As três maiores taxas de uso de CAM foram em países do leste asiático, sendo no Japão de 76%, na Coreia do Sul de 75% e na Malásia de 56%¹⁹. Entretanto, houve diferenças de metodologia que dificultam a comparação desses valores entre países, como faixas etárias e técnicas de amostragem variáveis. É importante lembrar também que as CAM envolvem algumas práticas não incluídas na PNS, o que pode superestimar os dados encontrados nesses países. Para exemplificar, a Pesquisa Nacional de Saúde da Austrália (PNSA) em 2011-2012 estimou que 9,3% da população havia feito uso de pelo menos uma das seis PIC (quiropaxia, naturopatia, acupuntura, osteopatia, herbalismo e hipnoterapia)²⁰. Entretanto, ao incluir massoterapia, medicina tradicional chinesa e outras terapias complementares (como uso de vitaminas, minerais, óleos suplementares), a PNSA de 2014-2015 mostrou um grande aumento na prevalência, chegando a 43,2% dos adultos²¹.

No presente estudo, as PIC mais usadas foram plantas medicinais e fitoterapia, com 3,2%, seguidas de acupuntura, com 1,5%, e homeopatia, com 1,0%. O estudo baseado na PNS 2013 foi semelhante na sequência das PIC de maior prevalência, que continuou sendo o uso de plantas medicinais e fitoterapia (2,5%) em primeiro lugar, seguidas de acupuntura (0,9%) e homeopatia (0,6%)¹⁴. Sobre essas PIC, revisão sistemática internacional compreendendo os anos de 2001 a 2007 avaliou a prevalência de visitas a praticantes de cada CAM na população geral em 12 meses. Nos EUA, estimou-se que a prevalência de visita a profissionais de homeopatia, fitoterapia e acupuntura foi entre

1,4% e 1,8%. No Reino Unido foi semelhante, 1,6% a 1,9%. Na Austrália, 1,2% a 2,8%, sendo a prevalência de visita a um acupunturista a maior delas. No Canadá, a maior prevalência de visita foi ao homeopata e ao acupunturista, 2,3% ambos, e a um profissional fitoterápico, com 0,6%²². Esses dados corroboram o fato de a prevalência geral do uso das PIC/CAM ser consideravelmente maior no âmbito internacional em comparação ao Brasil devido, ao menos em parte, à maior diversidade de práticas consideradas, visto que, ao analisar cada PIC isoladamente, a magnitude de prevalência se assemelha à encontrada no presente estudo brasileiro.

Apesar dessa semelhança, nota-se no Brasil uma prevalência de uso de plantas medicinais e fitoterapia muito superior às outras PIC, o que não é visto nos outros países. Isso pode ser explicado pelo fato de o Brasil ter grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica. Existe um incentivo institucional, que incorpora essa prática ao Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação, em 2006, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, para regulamentar e garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional. Ainda, nosso país tem a maior biodiversidade do mundo, com imensa diversidade étnica e cultural, tendo grande conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais e tecnologia para validá-lo cientificamente²³.

No entanto, é importante atentar que as pesquisas internacionais estudaram a prevalência de visita ao profissional, e não o uso geral das PIC pela população, como foi feito no presente estudo. Para complementar, Tribess *et al.* fizeram um levantamento etnobotânico com os moradores locais na região de mata atlântica do estado de Santa Catarina e encontraram que a prática da medicina tradicional em comunidades rurais é uma fonte importante de autocuidado, diretamente ligada aos princípios da APS no manejo de patologias frequentes²⁴. Nesse cenário, destaca-se a importância da implementação da Farmácias Viva na APS, que associa conhecimentos e usos populares de plantas e evidências científicas, além de produzir remédios fitoterápicos seguros para uso da população, considerando também efeitos colaterais e contraindicações de cada um deles²⁵.

Em relação às características dos usuários de PIC que têm ao menos uma doença crônica, o estudo de base populacional dos EUA em 2018 verificou que as mulheres foram 25% mais propensas a usar CAM do que os homens, e os negros/afroamericanos foram 54% menos em

relação aos brancos. Já os graduados do ensino médio e do superior foram 80% e 2,12 vezes mais propensos, respectivamente¹⁵. No Brasil, o presente estudo e a pesquisa referente à PNS 2013¹⁴ constataram que o maior uso das PIC está entre as mulheres, de maior faixa etária e de maior escolaridade, na região Norte e no meio rural. No entanto, entre os norte-americanos estudados não houve relação significativa nas chances ajustadas de uso de CAM por idade¹⁵, o que não foi observado nos dados da PNS 2019. No presente estudo, a faixa etária de maior uso foi a de 75 ou mais anos. Algumas razões estão relacionadas à sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida e à participação mais ativa no tratamento nesse segmento da população que apresenta maior prevalência de doenças crônicas²⁶. Considerando-se o uso menor das PIC em pessoas mais jovens e saudáveis, comparativamente aos idosos e portadores de doenças crônicas, uma maneira de incentivar seu uso é integrando-as às ações de promoção de saúde, que também envolvem uma concepção ampliada do processo saúde-doença²⁷.

No que diz respeito ao maior uso de PIC pelas mulheres, alguns autores discutem como essa questão está relacionada ao legado de uma sociedade patriarcal, em que a mulher se tornou a responsável pela manutenção doméstica e pelo cuidado dos familiares²⁸. Com isso, elas normalmente têm mais informações sobre o cultivo e a aplicabilidade de plantas medicinais e acabam recorrendo a elas²⁹, o que também se estende a outras modalidades de PIC. Outros autores apontam também para uma maior busca das mulheres pelas práticas que contribuem para o bem-estar e que valorizam o autocuidado, como as PIC²⁶.

Neste estudo foi encontrada menor prevalência de uso da acupuntura na região Norte e na zona rural, e maior prevalência de uso com o aumento da renda e da escolaridade, o que evidencia uma concentração desse serviço relacionada às desigualdades sócio geográficas do nosso país. Em relação à distribuição geográfica, para a elaboração da PNPIC foi realizado um diagnóstico prévio da inserção das PIC nos serviços prestados pelo SUS e verificou-se que a acupuntura estava presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais, onde há maior infraestrutura¹.

Em 2017, Losso e Lopes identificaram que, apesar de existir acupuntura na atenção básica no estado de Santa Catarina, esse serviço ainda estava muito limitado à região litorânea do estado³⁰. Isso evidencia algumas questões no que diz

respeito à inserção da acupuntura nos serviços públicos de saúde, entre elas estruturas físicas das unidades de saúde, com áreas restritas, além da dificuldade para seu financiamento³¹. Assim, a PNPIC apontou em seu documento oficial para a necessidade de repensar a inserção dessa prática no SUS, visando atingir a universalidade de acesso¹.

Estudo quantitativo-exploratório encontrou que a região Norte foi a que teve menor número de estabelecimentos que ofertavam PIC³². Uma justificativa pode ser a probabilidade de as PIC na região Norte serem praticadas por curandeiros(as), benzedeiros(as), xamãs, às margens do sistema público de saúde, uma vez que há extrema riqueza natural e cultural nessa região para a utilização dessas práticas fora das unidades de saúde³¹. Isso se relaciona aos achados do presente estudo, uma vez que a prevalência de uso de plantas medicinais e fitoterapia foi maior na região Norte, o que difere da prevalência de uso de acupuntura e homeopatia, que são PIC que demandam maior necessidade de visita a um estabelecimento para o seu uso.

A limitação do presente estudo diz respeito a seu delineamento transversal, que impossibilita identificar uma relação de causalidade. Portanto, as associações encontradas levantam hipóteses sobre relações causais que precisam ser testadas em estudos longitudinais.

Conclusão

De acordo com a presente pesquisa, os portadores de doenças crônicas tiveram maior prevalência de uso das PIC. Esse dado demonstra a necessidade de alertar os profissionais de saúde para a importância do conhecimento dessas práticas, já que seus pacientes as utilizam. Assim, é necessário o esforço dos profissionais de saúde e dos gestores rumo à institucionalização da PNPIC, principalmente no cenário da APS, uma vez que tais práticas auxiliam no resgate de saberes populares, favorecem o cuidado integral e promovem sustentabilidade, valorização do autocuidado e participação ativa do paciente em todo o processo de saúde-doença. Também é de suma importância o incentivo à inclusão desses conhecimentos na grade curricular dos cursos da área da saúde, bem como na produção científica, visando o preparo dos profissionais e a consolidação da política.

Por último, nota-se que, apesar do aumento na prevalência de uso das PIC, ainda é baixa perto do potencial de crescimento e abrangência dessas práticas. Espera-se que mais estudos e pesquisas sejam conduzidos sobre a temática.

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção, do planejamento, da análise, da interpretação e da redação do trabalho, bem como aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília: MS; 2015.
2. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JADL. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saude Soc* 2018; 27(1):106-115.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool [Internet]. 2020. [cited 2023 ago 30]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: MS; 2014.
5. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude Soc* 2002; 11(1):67-84.
6. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):195-206.
7. Santos JR, Zanelatto PF, Barbosa MA, Medeiros M. A utilização da Homeopatia associada a outras terapias para o tratamento de doenças crônicas. *Cogitare Enferm* 2009; 14(1):92-98.
8. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saude Debate* 2019; 43(123):1205-1218.
9. World Health Organization (WHO). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023 [Internet]. 2013. [cited 2021 maio 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455>
10. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IB, Fernandes VC, Demarzo MMP, Spagnuolo RS, Patrio KP. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2):395-405.
11. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
12. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, Santos FP, Almeida WS, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL. Analysis of demand and access to services in the last two weeks previous to the National Health Survey 2013 and 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(Supl. 2):e210002.
13. Marques PP, Francisco PMSB, Bacurau AGM, Rodrigues PS, Malta DC, Barros NF. Uso de práticas integrativas e complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Saude Debate* 2020; 44(126):845-856.
14. Boing AC, Santiago PHR, Tesser CD, Furlan IL, Bertoldi AD, Boing AF. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. *Complement Ther Clin Pract* 2019; 37:1-5.
15. Mbizo J, Okafor A, Sutton MA, Levya B, Stone LM, Olaku O. Complementary and alternative medicine use among persons with multiple chronic conditions: results from the 2012 National Health Interview Survey. *BMC Complement Altern Med* 2018; 18(1):281-292.
16. Varela DSS, Azevedo DM. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. *Trab Educ Saude* 2014; 12(2):273-290.
17. Shahjalal M, Chakma SK, Ahmed T, Yasmin I, Mahmud RA, Hossain A. Prevalence and determinants of using complementary and alternative medicine for the treatment of chronic illnesses: a multicenter study in Bangladesh. *PLoS One* 2022; 17(1):e0262221.
18. Vieira IC, Jardim WPCA, Silva DP, Ferraz FA, Toledo PS, Nogueira MC. Demanda de atendimento em práticas integrativas e complementares por usuários da Atenção Básica e fatores associados. *Rev APS* 2018; 21(4):551-569.
19. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract* 2012; 66(10):924-939.
20. O'Brien SK, Malacova E, Sherriff JL, Black LJ. The Prevalence and predictors of dietary supplement use in the Australian population. *Nutrients* 2017; 9(10):1154.
21. Australian Bureau of Statistics. *Australian Health Survey: health service usage and health related actions, 2011-12*. Australia: Australian Bureau of Statistics; 2013.
22. Cooper KL, Harris PE, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of visits to five types of complementary and alternative medicine practitioners by the general population: a systematic review. *Complement Ther Clinical Pract* 2013; 19(4):214-220.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterapia*. Brasília: MS; 2006.
24. Tribess B, Pintarelli GM, Bini LA, Camargo A, Funez LA, de Gasper AL, Zeni ALB. Ethnobotanical study of plants used for therapeutic purposes in the Atlantic Forest region, Southern Brazil. *J Ethnopharmacol* 2022; 164:136-146.
25. Heisler EV, Palma JS, Badke MR, Heck RM, Meincke SM. Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais. *Rev Pesqui* 2015; 7(3):2998-3008.
26. Pinto GF, Oliveira FRA, Nicácio RAR, Mattos M, Santos DAS, Olinda RA, Goulart LS. Uso de práticas integrativas e complementares por idosos. *Saude Pesqui* 2020; 13(2):275-282.
27. 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):261-72.
28. Almeida AV, Tavares Mafrá SC, da Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos Contextos* 2015; 14(1):115-131.
29. Vasconcelos MK, Lima AR, Barbieri RL, Heck RM. Medicinal plants used by octogenarians and nonagenarians from a small village in Rio Grande/RS, Brazil. *Rev Enferm UFPE* 2016; 5(6):329-336.
30. Losso LN, Lopes SS. Análise da oferta e produção de atendimento em acupuntura na atenção básica em Santa Catarina. *Tempus* 2018; 11(2):159-177.
31. Paiva LP, Nunes MM, Simões LG, Crivelaro AG, Neves TV. O uso da acupuntura na Atenção Primária no Brasil. *Res Soc Dev* 2021; 10(13):e528101321363.
32. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Ofertas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 36(1):e00208818.

Artigo apresentado em 20/12/2022

Aprovado em 13/09/2023

Versão final apresentada em 15/09/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva