

## Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual

Quaternary prevention and integrative and complementary practices (II): contextual approach

*Prevención cuaternaria y prácticas integradoras y complementarias (II): enfoque contextual*

Charles Dalcanale Tesser<sup>1</sup>, Armando Henrique Norman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC

### Resumo

**Introdução:** A prevenção quaternária (P4) pode envolver o uso de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), que progressivamente têm sido ofertadas na atenção primária à saúde (APS). **Objetivo:** Discutir aspectos contextuais do cuidado na APS que facilitam o exercício de PICS como prática de P4. **Métodos:** Ensaio em perspectiva hermenêutica, que envolve compreender a literatura selecionada ('reconstrução') e dialogar com as práticas atuais da P4 ('integração'), para ampliar seus horizontes. **Resultados e discussão:** Vários fatores dificultam o uso de PICS como P4 na APS. Um deles é a evocação da medicina baseada em evidências (MBE) como avaliadora da eficácia das PICS. Todavia, cinco conjuntos de argumentos contextuais facilitam esse uso: (1) Uma abordagem crítica da MBE frente à P4 e às PICS; (2) A compreensão da colonização das PICS pela biomedicina; (3) A segurança contextual derivada da longitudinalidade do cuidado na APS; (4) A influência do espectro de gravidade clínica dos usuários na APS na consideração da eficácia; e (5) As limitações inerentes à MBE associadas ao conhecimento de outras racionalidades médicas e PICS pelos profissionais podem enriquecer a prática da P4. Para isso, as PICS - especialmente em racionalidades médicas vitalistas - deveriam ser contextualizadas e alinhadas com os valores e preferências dos usuários. **Conclusão:** Uma gama de PICS e evidências científicas compõem diversas fontes de conhecimento na APS que podem contribuir para a P4 na tomada de decisão clínica. As PICS como estratégia de P4 são possíveis, justificadas e deveriam ser estimuladas tendo em vista a complexidade do cuidado no contexto da APS, principalmente no espectro de baixa a média gravidade clínica.

**Palavras-chave:** Prevenção Quaternária; Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Programa de Estímulos e Incentivos.

#### Autor correspondente:

Charles Dalcanale Tesser.  
E-mail: charles.tesser@ufsc.br

#### Fonte de financiamento:

CNPq / Bolsa produtividade (Proc. 303999/2018-7).

#### Parecer CEP:

não se aplica

#### Procedência:

não encomendado.

#### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 10/06/2020.

Aprovado em: 17/02/2021.

**Como citar:** Tesser CD, Norman AH. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2566. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2566](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2566)



## Abstract

**Introduction:** Quaternary prevention (P4) may involve the use of integrative, complementary and alternative medicine (I&CAM), which have been progressively offered in primary health care (PHC). **Objective:** To discuss contextual aspects of PHC care that facilitate I&CAM as a P4 practice. **Methods:** Hermeneutic perspective essay, which involves the understanding of selected literature ('reconstruction') and a dialogue with the current practices of P4 ('integration') to broaden its horizons. **Results and discussion:** Several factors hinder the use of I&CAM as P4 in PHC. One of them is the evocation of evidence-based medicine (EBM) as an evaluator of the effectiveness of I&CAM. However, five sets of contextual arguments facilitate the use of I&CAM in PHC: (1) Critical approach by EBM to P4 and I&CAM; (2) Understanding I&CAM colonisation by biomedicine; (3) Contextual security derived from the longitudinality of care in PHC; (4) Patients' clinical severity spectrum in PHC and effectiveness; and (5) The limitations inherent to EBM associated with health professionals' knowledge on I&CAM and other medical rationalities can enrich and contribute to P4 practice. For this, I&CAM - especially in vitalistic medical rationalities - should be contextualised and aligned with patients' values and preferences. **Conclusion:** A range of I&CAM and scientific evidence compose several sources of knowledge in PHC that can contribute to P4 in clinical decision-making. The I&CAM as P4 strategy is possible, justified, and should be stimulated in view of the complexity of care in the context of PHC, especially in spectrum of low to medium clinical severity.

**Keywords:** Quaternary Prevention; Complementary Therapies; Primary Health Care; Family Practice; Program for Incentives and Benefits.

## Resumen

**Introducción:** La prevención cuaternaria (P4) puede implicar el uso de prácticas integrales y complementarias de salud (PICS), que se han ofrecido progresivamente en la atención primaria de salud (APS). **Objetivo:** Discutir aspectos contextuales de la atención de APS que facilitan el ejercicio de PICS como práctica de P4. **Métodos:** Ensayo en una perspectiva hermenéutica, que implica comprender la literatura seleccionada ("reconstrucción") y dialogar con las prácticas actuales de P4 ("integración"), para ampliar sus horizontes. **Resultados y discusión:** Varios factores dificultan el uso de PICS como P4 en APS. Una es la evocación de la medicina basada en la evidencia (MBE) como evaluador de la efectividad de PICS. Sin embargo, cinco conjuntos de argumentos contextuales facilitan este uso: (1) Un enfoque crítico de MBE para P4 y PICS; (2) La comprensión de la colonización de las PICS por la biomedicina; (3) Seguridad contextual derivada de la longitudinalidad de la atención en APS; (4) La influencia del espectro de severidad clínica de los usuarios en APS al considerar la efectividad; y (5) Las limitaciones inherentes a la MBE asociadas con el conocimiento de los profesionales de salud sobre PICS y otras racionalidades médicas pueden enriquecer y contribuir a la práctica de P4. Para esto, las PICS - especialmente en racionalidades médicas vitalistas - deberían ser contextualizadas y alineadas con los valores y preferencias de los pacientes. **Conclusión:** Una variedad de PICS y evidencia científica componen varias fuentes de conocimiento en la APS que pueden contribuir para la P4 en la toma de decisiones clínicas. Las PICS como estrategia de P4 son posibles, justificadas y deberían ser estimuladas en vista de la complejidad de la atención en el contexto de la APS, especialmente en el espectro de baja a media gravedad clínica.

**Palabras clave:** Prevención Cuaternaria; Terapias Complementarias; Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Programa de Estímulos e Incentivos.

## Introdução

Prevenção quaternária (P4) é a ação de identificar pacientes em risco de sobremedicalização, para protegê-los de novas invasões médicas e sugerir-lhe intervenções eticamente aceitáveis<sup>1</sup>. Na atenção primária à saúde (APS), a P4 geralmente é operacionalizada por meio da utilização crítica, competente e judiciosa dos recursos diagnósticos e terapêuticos biomédicos associados com uma abordagem clínica holística e centrada no usuário.

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são saberes/técnicas e produtos para cuidado à saúde-doença que não pertencem à *mainstream medicine*<sup>2</sup>. Elas incluem sistemas médicos complexos, ou racionalidades médicas<sup>3</sup> (RM) e outras práticas complementares (PCs), que vem se inserindo nos serviços da APS<sup>2</sup>. No Brasil, desde 2006, algumas PICS vem sendo estimuladas no SUS<sup>4</sup> e atualmente sua diversidade aumentou para 29 modalidades, com a maior parte da sua oferta ocorrendo na APS<sup>5</sup>.

Várias PICS têm potencial de serem utilizadas como prática de P4, ao estimularem o autocuidado, contribuir na redução de excessos da biomedicina e conseqüente sobremedicalização do sofrimento humano. Elas permitem enriquecer a observação assistida e trazem saberes de outras RM para interpretação/ação em relação aos adoecimentos. Com isso, podem ampliar eticamente as alternativas e os diálogos sobre os planos terapêuticos, otimizando o centramento do cuidado no usuário e o estímulo à autocura<sup>6</sup>.

Porém, a utilização de PICS como P4 na APS brasileira enfrenta dificuldades contextuais diversas. Há incertezas sobre a eficácia de muitas PICS. Elas raramente são ensinadas nos cursos de graduação, gerando relativo desconhecimento das PICS pelos profissionais. Há carência de regulamentação das

formações e de habilitação para o exercício de muitas PICS<sup>7</sup>. Também é comum haver sobrecarga dos profissionais, devido ao subdimensionamento da APS no país. Além disso, as PICS concorrem com a necessidade de melhoria da qualidade do cuidado convencional da APS, agravado pela escassez de médicos de família e comunidade (MFCs)<sup>8</sup>. Todavia, outros fatores contextuais facilitam a utilização de PICS na APS. Eles devem ser considerados na construção de uma compreensão da interface entre P4 e PICS, pois contribuem para atenuar fatores dificultadores.

O objetivo deste artigo é discutir aspectos do contexto da APS que facilitam o exercício de PICS como prática de P4. Esse tema é raramente desenvolvido na literatura sobre P4 e este ensaio visa contribuir para suprir esta lacuna. Trata-se de um ensaio com perspectiva hermenêutica, cuja metodologia envolve: (1) Compreender o sentido da literatura selecionada (“reconstrução”); e (2) Dialogar com as práticas atuais da P4 (‘integração’), abrindo horizontes de possibilidade<sup>9</sup>. Devido a ênfase prática da P4, focamos na integração. O texto está estruturado em tópicos apresentados sem ordem de relevância.

### **P4 e a eficácia dos cuidados com PICS**

Os profissionais de saúde procuram ofertar tratamentos com eficácia relevante. Por isso, não basta as PICS serem pouco iatrogênicas ou menos medicalizantes. Para serem utilizadas como P4, elas devem ter também eficácia suficiente. A medicina baseada em evidências (MBE) tem orientado a avaliação das PICS. Para vários problemas de alta prevalência e relevância na APS, há evidências de benefícios significativos de algumas PICS. Por exemplo, para dor lombar crônica existem efeitos benéficos do yoga, acupuntura, osteopatia, hipnose, tai chi chuan, massagens terapêuticas e terapia de exercícios<sup>10</sup>. Há evidências convergentes e positivas de segurança<sup>11</sup> e eficácia do tratamento complementar com auriculoterapia para problemas osteomusculares (incluindo lombalgia)<sup>12</sup> e dores<sup>13</sup>, insônia<sup>14,15</sup>, sintomas mentais comuns (ansiedade<sup>16</sup>) e situações crônicas (obesidade<sup>17,18,19</sup>). Há cada vez mais revisões e metanálises para muitas PCs e práticas de RM vitalistas, como yoga<sup>20</sup>, tai chi chuan, meditação etc. Há PICS com maior acúmulo de evidências favoráveis, como por exemplo, mindfulness<sup>21,22</sup>. A cada PICS considerada há que se revisar cuidadosamente a literatura científica.

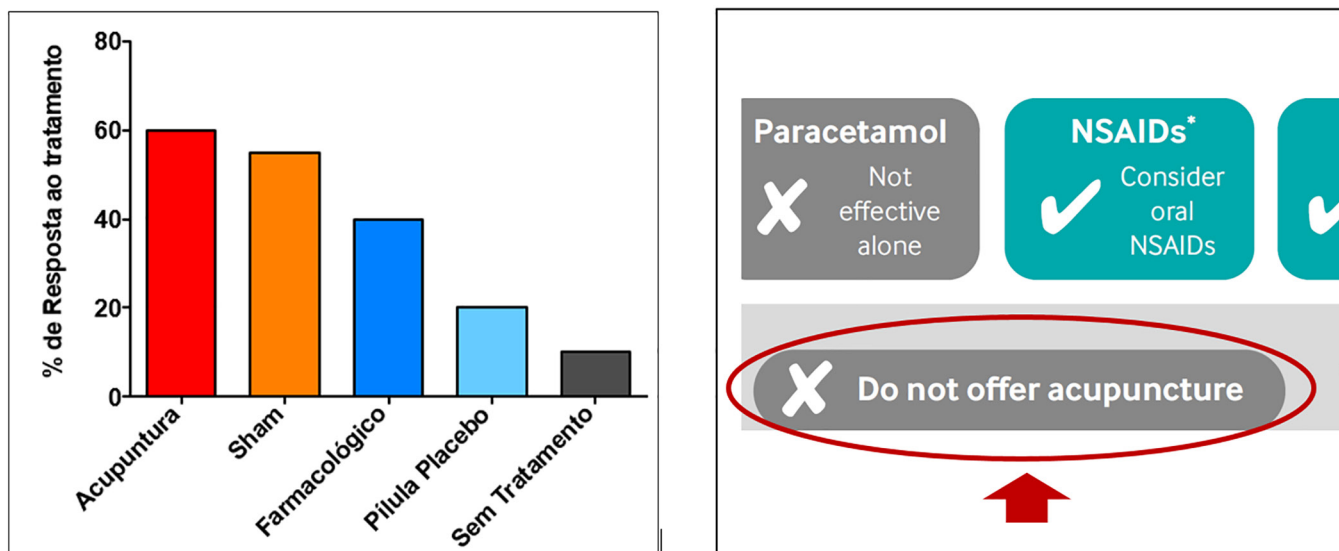
É quase regra que a qualidade das evidências sobre eficácia de PICS seja considerada baixa, embora muitas vezes elas sejam positivas e convergentes. Por exemplo, a primeira avaliação das revisões sobre acupuntura para ansiedade incluiu 10 revisões publicadas entre 2007 e 2018. Os resultados são convergentes e positivos e “a qualidade metodológica da maioria das revisões incluídas e a qualidade das evidências eram baixas”<sup>23</sup> (p.252).

A MBE é a certificadora científica atual da eficácia, inclusive das PICS. Entretanto, para isso é necessário saber avaliar as evidências e ter competência em PICS, sobretudo no caso de RM (ver adiante). Essas duas competências raramente andam juntas, o que complica a situação. Existem também preconceitos e manipulações grosseiras das evidências. Dois exemplos sobre homeopatia e acupuntura ilustram esses problemas.

Sobre a homeopatia, há ignorância ou negação das evidências científicas<sup>24</sup>. Isso gera preconceitos, perpetuados pela sua ausência nos cursos de medicina, com um “falso jargão repetidamente evocado que diz não existirem evidências científicas que embasem o tratamento homeopático”<sup>25</sup> (pp.1393-4). É possível traduzir parte dos saberes homeopáticos em linguagem biomédica<sup>26</sup>. Até 2017 (desde 1991), havia sete grandes revisões sistemáticas com metanálises e seis delas foram favoráveis à homeopatia<sup>27</sup>.

A única revisão desfavorável<sup>28</sup> foi publicada no *Lancet* em 2005 e teve repercussão mundial, com editorial declarando o fim da homeopatia<sup>29</sup>. Logo vieram à tona sérios problemas metodológicos que mostraram que os oito ensaios metanalisados não eram representativos da homeopatia<sup>27,30,31</sup>. Apenas 16% dos ensaios selecionados inicialmente na revisão - e nenhum dos oito metanalisados - representavam a metodologia homeopática de individualização do tratamento<sup>32</sup>. Isso indica forte desprezo pelos aspectos cognitivos e metodológicos da RM homeopática.

Houve manipulação espúria na diretriz clínica para dor lombar do *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)<sup>33,34</sup> de 2016 e 2018. A acupuntura mostrava-se eficaz em ensaios clínicos<sup>35</sup> e revisões<sup>36,37</sup>. Mas em vez de comparar sua eficácia com o tratamento farmacológico, placebo ou não-tratamento, o NICE primeiro comparou acupuntura com acupuntura falsa (sham), exigindo uma diferença minimamente importante (MID)<sup>38</sup> entre ambas. A Figura 1 mostra que a acupuntura seguida de sham são mais eficazes que medicação convencional e placebo.



**Figura 1. Evidências sobre acupuntura na dor lombar e na diretriz do NICE\***

Legenda: \*NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

Fonte: lado esquerdo: material didático gentilmente cedido por Dr. Ari O.O. Moré, baseado em Cummings<sup>35</sup> e MacPherson<sup>34</sup>. Lado direito: destaque do infográfico de Bernstein et al.<sup>38</sup>.

Porém, a diferença pequena entre acupuntura e sham (frente ao critério de MID adotado) eliminou a acupuntura (lado direito da Figura 1) da diretriz, que é considerada de alta qualidade<sup>39</sup>. O padrão de MID foi aplicado de forma desigual e inconsistente, rigidamente na acupuntura e vagamente para outras intervenções<sup>34</sup>. A partir das evidências, essa eliminação não é justificável.

A crise da MBE envolve o reconhecimento da manipulação dos ensaios clínicos e metanálises vinculados a interesses escusos (indústrias das biotecnologias)<sup>40</sup>. Veja-se o uso das estatinas em prevenção primária: insignificante clinicamente, repleto de danos obscuros e importantes e de conflitos de interesses. Tal uso foi aceito pelas instituições e médicos via MBE<sup>41</sup>.

### Colonização das PICS pela biomedicina via MBE

Na institucionalização de várias PICS existe a imposição de padrões teórico-metodológicos biomédicos<sup>42,43</sup>, desqualificando e desvalorizando os saberes das PICS<sup>44</sup>, especialmente das RM vitalistas.

No entanto, razões epistemológicas apoiam a abertura da mentalidade para estudo e experimentação de outras RM e PCs. Na MBE impera um positivismo quase ingênuo, como se as evidências equivalassem a fatos objetivos do mundo. A visão positivista não é considerada um relato abrangente da investigação científica há quatro décadas<sup>45</sup>, mas isso não teve impacto na biomedicina e na MBE.

Uma primeira crítica ao positivismo é que a observação é carregada de teoria, crenças, valores e suposições básicas. Mesmo em experiências controladas não existe uma percepção objetiva da natureza das coisas. As obras de Kuhn<sup>46</sup> e de outros filósofos mostraram essa complexidade. Uma segunda crítica veio da tese de Duhem-Quine<sup>47</sup>, que afirma que as teorias científicas são subdeterminadas pelos dados. As escolhas teóricas não são determinadas exclusivamente pela 'evidência'. Qualquer conjunto de evidências pode apoiar numerosas, até contraditórias, teorias. A eleição de uma teoria demanda adoção de critérios extra-empíricos, sujeitos aos preconceitos, interesses e agendas de pesquisadores e financiadores. A ocultação sistemática desses elementos extra-empíricos da literatura científica facilita a utilização das evidências como instrumento político: interesses específicos são obscurecidos pelo discurso aparentemente neutro. Posteriormente, epistemólogos feministas mostraram as premissas androcêntricas subjacentes ao pensamento e práticas científicas<sup>48</sup>.

A situação é complexa e requer atenção especial à abordagem biomédica das PICS, sobretudo das RM vitalistas. Após constatada sua grande e crescente procura pelas populações ocidentais, mudou-se a perspectiva, considerando-as complementares. Depois veio a atual onda de integração (medicina integrativa). Porém, chama a atenção a forma autoritária e corporativista com que várias PICS têm sido tratadas via MBE, descrita e interpretada como 'colonialismo': um processo de controle político e apropriação violenta<sup>41,42,49-53</sup>, que produz injustiça cognitiva<sup>54</sup>. Quando não é exitosa a apropriação, que adapta/transforma parte de uma PICS, ocorre sua desqualificação sumária ou eliminação. Santos<sup>55</sup> considera isso 'epistemicídio': um desperdício de experiências/saberes desenvolvidos pelas sociedades e culturas. Este é um argumento a favor de PICS como estratégia de P4 na APS, ao abrir alternativas éticas e culturalmente apropriadas no cuidado clínico. Já exemplificamos acima a desqualificação dos saberes homeopáticos na MBE. Quanto à acupuntura, mais incorporada/colonizada, há defensores da eliminação dos saberes tradicionais chineses, devendo sua prática se basear apenas na biociência<sup>56</sup>.

## **A segurança contextual da longitudinalidade na APS**

A expertise biomédica dos profissionais e o contexto dos cuidados longitudinais da APS funcionam como mecanismos de segurança para as pessoas que são tratadas com PICS. Ela contribui para contornar as dificuldades de regulamentação e padronização da formação e habilitação em PICS, tanto RM como PCs<sup>57</sup>.

A longitudinalidade e o acesso permitem apreciação de PICS usadas na APS sob a lente do cuidado integral (incluindo a biomedicina) e centrado na pessoa. Isso é relevante por que calibra a eficácia da intervenção com PICS e contorna o problema do grau de aprofundamento profissional dos praticantes na APS brasileira - visto que são geralmente híbridos: provedores de cuidados convencionais e com PICS (embora vários obtenham plena qualificação em alguma PICS). A maior parte dos praticantes de PICS na APS são profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>58</sup>.

O contexto institucional da APS também oferece proteção. PICS constituem um mercado crescente, cujas regras podem desviar seu exercício para direções medicalizantes<sup>59</sup>. AAPS, sendo serviços de saúde públicos, protege relativamente os seus profissionais dessas forças de mercado<sup>59,60</sup>.

Por fim, outra razão a reforçar a segurança contextual da APS foi descrita por Raaphorst e Houtman<sup>61</sup>. Entrevistando MFCs holandeses praticantes de PICS, observaram que, mesmo preferindo PICS, os profissionais usavam a biomedicina por razões pragmáticas – em situações agudas ou com risco de vida, para responder à demanda por tratamento biomédico e obedecer a regulamentos e protocolos oficiais. O contexto da APS e a dominância social/institucional biomédica impõem uma domesticação mútua de PICS e biomedicina.

### O espectro de gravidade clínica no contexto da APS

Na APS há um espectro de severidade dos adoecimentos, que vão de raros quadros muito graves a uma miríade de quadros leves de pouca ou nenhuma gravidade. Estes últimos são comumente tratados com fármacos sintomáticos, iatrogênicos e medicalizantes, e essa situação é um importante facilitador da utilização de PICS como P4 (Figura 2).



**Figura 2.** Espectro de gravidade das situações clínicas na APS  
Fonte: elaboração dos autores, baseados em Norman e Tesser<sup>60</sup>

A grande maioria dos usuários tem risco clínico baixo ou médio, predominando o baixo (elipse da Figura 2)<sup>60</sup>. São ricos em sintomas, vários pouco enquadráveis na nosologia biomédica ou “medicamente inexplicáveis”. Nesses casos há grande potencial de uso de PICS desde que: (a) a PICS empregada seja conhecida suficientemente pelo terapeuta; (b) esteja amparada na avaliação de gravidade; (c) a adequação terapêutica seja suficientemente problematizada pelo profissional; (d) a prática seja culturalmente aceita em decisão compartilhada com o usuário; e (e) ‘inexistam’ evidências científicas de boa qualidade que não recomendem PICS por questões de segurança do paciente e eficácia da intervenção. Embora para várias PICS não haja conclusões robustas devido à baixa qualidade ou falta dos ensaios clínicos, isso não deve obstruir o uso. Ausência de evidência não significa evidência de ausência de eficácia. Entretanto, existem revisões sistemáticas de boa qualidade apoiando o uso de várias PICS, que são pouco estudadas e incorporadas nas graduações, programas de residência e manuais clínicos. Além disso, a abordagem singularizada de RM vitalistas é dificilmente contemplada nas metodologias dos estudos da MBE (ver adiante).

Esses critérios contextuais construídos pessoa a pessoa e PICS a PICS fornecem um ambiente especialmente favorável às PICS e coerente com a P4: pode haver redução de danos e de sobremedicalização no baixo/moderado risco ao se oferecer intervenções que respeitem a fisiologia e/ou estimulem forças de autocura<sup>6</sup>.

## Atenção primária à saúde: PICS, MBE, preferências e valores em contexto

Analogamente aos tratamentos biomédicos, na maioria das situações de baixo/médio risco, o uso da MBE deve ocorrer de modo relativizado. A MBE deve ser considerada quando ela indicar não haver eficácia com presença de iatrogenia. Todavia, a MBE não abarca a complexidade do cuidado personalizado, mesmo o convencional<sup>62</sup>, e ainda mais o realizado na APS. Ela exclui as peculiaridades individuais e sintomáticas, as multimorbidades comuns, os idosos etc. Adicionalmente, quadros clínicos mistos e sintomas não enquadráveis são geralmente excluídos dos ensaios clínicos. Esses são os pacientes reais e complexos da APS<sup>60</sup>. Assim, a empiria e expertise dos profissionais e pacientes na utilização das PICS, bem como seus valores, concepções e sua percepção sobre os resultados são muito relevantes. A diferença é que a segurança de várias PICS desponta como vantagem nesse cenário, reforçando a possibilidade de sua associação estratégica com a P4.

Além disso, a eficácia do cuidado convencional no baixo/médio risco muitas vezes é pequena, pouco ou não superior ao placebo. Comumente essa eficácia é apenas sintomática, com efeitos adversos consideráveis, e nem sempre o paciente está ávido apenas por supressão sintomática química, se houver outras alternativas. Nesses casos, várias PICS podem ser utilizadas como estratégia de P4, desde que conhecidas, seguras e compatíveis com preferências, crenças e valores dos pacientes e profissionais<sup>60,61</sup>. Contudo, é compreensível que esta abordagem cause uma certa estranheza devido a hegemonia da cultura biomédica, especialmente no momento atual.

As PICS englobam o que está fora da *mainstream medicine* e isso pode conduzir ao entendimento de que todos os tratamentos, inclusive os farmacológicos, sem evidências de eficácia estão incluídos nelas e na discussão aqui realizada. Apesar de isso ser um nonsense, comentamos alguns pontos pertinentes.

Há imprecisão nos critérios técnicos de inclusão de técnicas ou práticas no conjunto das PICS. Não há consenso sobre o que pode ou deve ser considerado PICS. Trata-se de um conceito guarda-chuva que exige cautela; mesmo a lista oficial do SUS com 29 PICS é questionável. Parece-nos que uma diretriz geral pode ajudar na avaliação caso a caso: elas são geralmente técnicas e produtos provenientes de uso popular e/ou desenvolvidos por curadores em várias sociedades, externos ao ambiente científico. Isso não é o caso, por exemplo, dos fármacos utilizados no “kit para tratamento precoce” do covid-19, defendidos inclusive no meio médico e suas entidades de classe<sup>63</sup>. Tais fármacos (e outros em geral) ‘pertencem’ à RM biomédica e devem ser avaliados via MBE<sup>64</sup>, o ambiente ‘natural’ de sua testagem e validação, de um ponto de vista epistemológico, sociocultural e ético. Da mesma forma, a ozonioterapia (da lista ministerial de PICS) é mais próxima do tratamento com câmara hiperbárica do que das PICS, e deveria talvez ser incluída na biomedicina.

PCs que não envolvem grande expertise para diagnose e terapêutica, cuja elaboração/estruturação epistemológica não é robusta e cuja aplicação não é singularizada podem ser mais facilmente testadas. Sendo a lógica de aplicação relativamente semelhante à da biomédica (usar ‘Y’ para tratar a doença/sintoma ‘X’), tais PCs devem ser balizadas pela MBE, com os cuidados mencionados.

PICS sofisticadas epistemologicamente, como RM vitalistas, que incluem cosmologias e doutrinas elaboradas, diagnose sistemática e terapêuticas coerentes envolvendo intervenções complexas, geralmente com alto grau de individualização terapêutica<sup>3</sup>, são difíceis de testar pela MBE. As evidências a seu respeito são mais comuns para práticas isoladas utilizadas para doenças/sintomas (apropriação colonialista biomédica de terapêutica ‘estrangeira’). Isso tem pouco a ver com a eficácia de RM vitalistas e

sua abordagem terapêutica, geralmente singularizada para cada paciente. Por isso, avaliações de outras RM via MBE são raras.

A MBE baseia-se na observação da ocorrência repetida da conexão causa-efeito, detectada estatisticamente: a mesma causa aplicada no mesmo/semelhante contexto gera o mesmo efeito. Um tratamento “Y” atuando em muitos pacientes com doença/síndrome/sintoma “X” gera repetidamente uma melhora (efeito). Isso dificulta a avaliação de relações causa-efeito mais complexas, singularizadas e/ou exclusivas, que só ocorrem em um paciente<sup>62</sup>. Em tratamentos singularizados (casos das RM vitalistas), as condições de reprodutibilidade e comparabilidade somem ou mudam drasticamente: não há mesmo tratamento nem mesma situação repetidos. Passa a haver outra configuração: pessoas adoecidas são avaliadas (segundo uma RM) e recebem tratamento personalizado (diferente para cada doente), que pode mudar no tempo. Adaptações metodológicas vêm sendo desenvolvidas na MBE levando isso em conta, modificando os ensaios clínicos para ficarem mais pragmáticos<sup>65</sup> e potentes para avaliação de intervenções complexas, comuns em PICS<sup>66</sup>.

Entretanto, o grosso da MBE atual tende à postura colonialista acima mencionada, havendo relativamente poucos estudos que respeitam os saberes e métodos das RM vitalistas. Quando esse respeito ocorre, os resultados parecem tender a detecção positiva de eficácia nessas RM, a exemplo da homeopatia (embora a maioria das revisões sistemáticas violem esse ‘respeito’ nos seus critérios de inclusão)<sup>27</sup> e da medicina tradicional chinesa<sup>67</sup>. Doutra parte, métodos de investigação qualitativos são possíveis, mas têm sido sistematicamente subvalorizados<sup>62</sup>.

Por fim, as diferenças cosmológicas, doutrinárias e terapêuticas entre RM distintas quando confrontadas demandam decisões clínicas contextualizadas e singularizadas. A abordagem biomédica oferece como terapêutica principal, geralmente, fármacos padronizados por doenças/sintomas. Os pacientes e profissionais conhecedores de PCs/RM vitalistas podem preferir abordagens mais holísticas e personalizadas. O cuidado longitudinal, o acesso facilitado e a expertise biomédica dos profissionais na APS, além de protetores, desempenham um papel de mediação nos conflitos paradigmáticos quanto à terapêutica. Por exemplo, no caso de uma amigdalite em um jovem de 30 anos, a decisão compartilhada entre médico praticante de homeopatia e paciente sobre o tratamento (antibiótico vs remédio homeopático) deve levar em consideração riscos e benefícios e a construção de uma rede de segurança. Se houver RM vitalistas e outras PCs na APS, aumentam as opções terapêuticas eticamente aceitáveis, os diálogos e as decisões compartilhadas<sup>68</sup>, o que pode contribuir para redução de danos e da sobremedicalização (P4).

O uso de PICS como P4 na APS requer aprendizado sobre algumas delas. Iniciativas ainda pequenas de formação introdutória em PICS estão sendo produzidas no SUS, com resultados promissores. Um curso semipresencial de auriculoterapia ofertado a profissionais da APS brasileira capacitou quase 10000 profissionais. Pesquisa após dois anos do início das edições do curso, via questionário digital enviado a 5703 profissionais, respondido por 2982 deles (52%), constatou que  $\frac{3}{4}$  dos egressos referiram praticar auriculoterapia após o curso, com resultados clínicos percebidos e aceitação dos usuários bons ou ótimos em mais de 90% das respostas<sup>69,70</sup>; e com um aumento de 10,4 vezes na prática de auriculoterapia na APS de 2017 a 2019 creditado ao curso<sup>71</sup>. Um curso introdutório de acupuntura vem sendo ofertado aos médicos da APS e residentes de MFC de Florianópolis-SC desde 2011<sup>72</sup>, com ampla inserção desta prática na APS, hoje ofertada em 82% dos Centros de Saúde municipais<sup>73</sup>.



Embora a inserção de PICS nas graduações, residências e especializações das universidades públicas seja pequena, vários profissionais têm procurado formação em PICS por conta própria, o que faz com que eles sejam os protagonistas da lenta expansão das PICS na APS brasileira<sup>58</sup>.

## Considerações finais

Os argumentos acima confrontam a defesa de um suposto monopólio da MBE sobre a legitimação de todas as PICS e sobre a P4, até porque esta última é anterior àquela<sup>74</sup>. Tendo desenvolvido seu saber/prática e angariado sua legitimidade social atual, a biomedicina parece incontornável, especialmente para situações de alta gravidade. Porém, tais situações são raras na APS e nas demais situações várias PCs/RM conhecidas podem, conforme discutido, diversificar o cuidado e a prática da P4.

A P4 requer um olhar crítico sobre a biomedicina/MBE e sobre as PICS. Assim, a abordagem da P4 deve ser aplicada à MBE ao mesmo tempo em que se beneficia dela<sup>74</sup>. A complexidade da P4 requer um ajuste constante da compatibilidade e adequação de diversos saberes simultaneamente: aplicar a MBE para avaliar PICS, aplicar P4 à MBE e utilizar PICS como estratégia de P4, contornando limitações da biomedicina e da MBE, conforme as situações, opções e preferências de profissionais e usuários.

Muitos profissionais atribuem grande parte da sua responsabilidade epistemológica na elaboração diagnóstica e terapêutica à MBE e seus algoritmos. Entretanto, essa não é a melhor prática para a excelência dos cuidados na APS<sup>75</sup>. A complexidade do cuidado clínico na APS deve ser informada, quando possível, pela MBE, porém não deve se limitar à ela. Isso vale também para a prática da P4, à qual se pode associar PICS. A responsabilidade epistemológica deve ser centrada nos profissionais, em parceria com os usuários, estes sendo o centro do cuidado<sup>76</sup> e da P4. “A ciência [a MBE] é apenas uma forma de conhecimento ... ao lado de uma ampla gama de outras fontes de saber [inclusive várias PICS] para uma boa tomada de decisão clínica”<sup>76</sup> (p.985). Os fatores contextuais abordados indicam grande potencial para a utilização de PICS como P4 na APS. Esse uso deve ser debatido, experimentado e investigado empiricamente.

## Contribuição dos autores

Concepção e redação da primeira versão: CDT. Revisão crítica, interpretação e redação de versões sucessivas até a versão final: CDT e AHN.

## Conflitos de interesse

Este trabalho não envolve nenhum conflito de interesse

## Referências

1. Bentzen N. WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
2. WHO. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Luz, MT e Barros, NF (Org.). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: MS; 2006. <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnopic.pdf>
5. Altunian RCSG, Pedrosa DF, Ribeiro CHV, Chaves R, Barros MMM, Gonçalves WLS. Práticas integrativas e complementares e a inserção de novos conhecimentos no Sistema Único de Saúde: uma análise exploratória. *Temas em Saúde*, 2020; 20:198-215. doi: 10.29327/213319.20.2.

6. Tesser CD, Norman AH. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 22º de dezembro de 2020 [citado 9º de fevereiro de 2021];15(42):2551. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2551> DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2551](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2551)
7. Pokladnikova J, Telec I. Provision of Complementary and Alternative Medicine: Compliance with the Health Professional Requirements. *Health Policy*, 2020; 124(3):311-316. doi:10.1016/j.healthpol.2020.01.009 PMID: 32029283
8. Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2018; 13(40):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1695](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf13(40)1695). DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1695](https://doi.org/10.5712/rbmf13(40)1695)
9. Gadamer H. Verdade e método I. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
10. Rodondi PY, Bill AS, Danon N, et al. Primary care patients' use of conventional and complementary medicine for chronic low back pain. *J Pain Res*. 2019; 12:2101-2112. doi: 10.2147/JPR.S200375 PMID: 31372027
11. Tan JY et al. Adverse events of auricular therapy: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014; 2014: ID 506758, doi: 10.1155/2014/506758. PMID: 25435890
12. Moura CC, Chaves ECL, Cardoso ACLR, Nogueira DA, Azevedo C, Chianca TCM. Auricular acupuncture for chronic back pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03461. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018021703461> PMID: 31433010
13. Murakami M, Fox L, Dijkers MP. Ear acupuncture for immediate pain relief - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Medicine*, 2017; 18(3):551-564. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw215> PMID: 28395101
14. Zhao H, Li D, Yang Y, Liu Y, Li J, Mao J. Auricular plaster therapy for comorbid insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019; 2019: ID 7120169. <https://doi.org/10.1155/2019/7120169>. PMID: 30766613
15. Liu F, You J, Li Q, Fang T, Chen M, Tang N, Yan X. Acupuncture for Chronic Pain-Related Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019; 2019: ID 5381028. <https://doi.org/10.1155/2019/5381028> PMID: 31341495
16. Amorim D, Amado J, Brito I, et al. Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: a systematic review of the clinical research. *Complement Ther Clin Pract*. 2018; 31:31-37. PMID: 29705474 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.01.008>
17. Yeh TL, Chen HH, Pai TP, Liu SJ, Wu SL, Sun FJ, Hwang LC. The Effect of Auricular Acupoint Stimulation in Overweight and Obese Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017; 2017:3080547. doi: 10.1155/2017/3080547. PMID: 29358964
18. Yao J, Chen L, Zhang L, Zhou S, Zheng Q, Feng X, You X, Zhang L, Li Y. Effect of auriculotherapy and intervention types on weight control: a systematic review and meta-analysis protocol. *Medicine (Baltimore)*, 2019; 98(34): e16959. doi: 10.1097/MD.00000000000016959. PMID: 31441898
19. Mendonça CR, Santos LS, Noll M, Silveira EA, Arruda J. Effects of auriculotherapy on weight and body mass index reduction in patients with overweight or obesity: Systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2020;38:101069. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101069>
20. Siegel P, Barros NF. Yoga - tradição e prática integrativa de saúde. Fortaleza: Eduece; 2016
21. Siegel P, Barros NF. Manual Práctico. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. *Ciênc. saúde coletiva*, 2017; 22(4):1381-1382. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.20422015>.
22. Howarth A, Smith JG, Perkins-Porras L et al. Effects of brief mindfulness-based interventions on health-related outcomes: a systematic review. *Mindfulness*, 2019; 10:1957-1968 (2019). <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01163-1>
23. Li M, Xing X, Yao L, Li X, He W, Wang M, Yang K. Acupuncture for treatment of anxiety, an overview of systematic reviews. *Complementary Therapies in Medicine*, 2019; 43:247-252. doi: 10.1016/j.ctim.2019.02.013 PMID: 30935538
24. Barros NF, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 20(4); 30(11):2368-2376. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183513> PMID: 25493990
25. Teixeira MZ. Plausibilidade do modelo científico homeopático na medicina contemporânea do Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2019; 26(4), 1393-1395. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400021>
26. Teixeira MZ. Fundamentação científica do princípio de cura homeopático na farmacologia moderna. *Rev Homeopatia (São Paulo)*. 2017; 80 (2):81-3. Disponível em: <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/391>. Acesso: 19 out 2019.

27. Waisse S. Pesquisa clínica em homeopatia: revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados controlados. *Rev Homeopatia (São Paulo)*. 2017;80(1/2):133-47. Disponível em: <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/397>. Acesso: 19 out 2019.
28. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet*. 2005; 366:726-32. PMID: 16125589
29. Editorial. The end of homeopathy. *Lancet*. 2005; 366(9487):690. PMID: 16125567
30. Eizayaga J. The Lancet e o proclamado fim da homeopatia: revisão crítica da publicação de Shang et al (2005) e dos artigos relacionados subsequentes. *Rev Homeop*. 2013; 16:17-38.
31. Dantas F. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? *Lancet*. 2005; 366(9503):2083. PMID: 16360782
32. Teixeira MZ. Será mesmo o fim da homeopatia? *Diagnóstico & Tratamento*, 2006; 11:61-63. Disponível em: [https://homeozulian.med.br/art\\_pdf/sera\\_mesmo\\_o\\_fim\\_da\\_homeopatia\\_RDT\\_11\(1\)\\_61\\_63.pdf](https://homeozulian.med.br/art_pdf/sera_mesmo_o_fim_da_homeopatia_RDT_11(1)_61_63.pdf) Acesso: 14 Ma 2020.
33. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637>
34. MacPherson H. NICE for Some Interventions, But Not So NICE for Others: Questionable Guidance on Acupuncture for Osteoarthritis and Low-Back Pain. *J Altern Complement Med*, 2017; 23(4):247-48. doi: 10.1089/acm.2017.0029
35. Cummings M. Modellvorhaben Akupunktur - a summary of the ART, ARC and GERAC trials. *Acupunct Med*, 2009; 27: 26-30. PMID: 19369191
36. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012; 172:1444-1453. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3654. PMID: 22965186
37. Xiang Y, He J, Tian H, Cao B, Li R. Evidence of efficacy of acupuncture in the management of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo- or sham-controlled trials. *Acupunct Med*, 2020; 38(1):15-24. <https://doi.org/10.1136/acupmed-2017-011445>
38. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, et al. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2017;356:i6748. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i6748> PMID: 28062522
39. Meroni R, Piscitelli D, Ravasio C et al. Evidence for managing chronic low back pain in primary care: a review of recommendations from high-quality clinical practice guidelines. *Disabil Rehabil*, 2019; 1:1-15. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1645888>. PMID: 31368371
40. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014; 348(jun13\_4):g3725. doi:10.1136/bmj.g3725 PMID: 24927763
41. Tesser C, Norman A. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária? *APS em revista*, 2019; 1(1):39-49. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.15>
42. Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative Medicine. *Sociology Compass*, 2014; 8(6):805-822. doi:10.1111/soc4.12182 PMID: 25177359
43. Kidd IJ. A pluralist challenge to 'integrative medicine': Feyerabend and Popper on the cognitive value of alternative medicine. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*, 2013; 44(3): p.392-400. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2013.05.005> PMID: 23859834
44. Hollenberg D; Muzzin LJ. Epistemological challenges to integrative medicine: an anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, 2010; 19(1):34-56. doi: 10.5172/hesr.2010.19.1.034
45. Moro D. Confronting the obvious: an epistemological examination of the evidence informing Evidence-Based Medicine. *J. of Integrative Research & Reflection*, 2019; 02:1-9. <https://openjournals.uwaterloo.ca/index.php/jirr/article/view/1575/1982>. Acesso: 10 Jun 2020.
46. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
47. Quine WVO. Two dogmas of empiricism. *Philosophical Review*, 1951; 60(1):20-43. doi:10.2307/2181906. [sci-hub.tw/10.2307/2181906](https://doi.org/10.2307/2181906). Acesso: 10 Jun 2020.
48. Goldenberg MJ. On Evidence and Evidence-Based Medicine: Lessons from the Philosophy of Science. *Soc Sci Med*. 2006; 62(11):2621-2632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.031> PMID: 16384628
49. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, Bezerra A, Sousa IMC. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saude soc.*, 2020; 29(1): e190297. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190297>.
50. Ijaz N, Boon H: Statutory Regulation of Traditional Medicine Practitioners and Practices: The Need for Distinct Policy Making Guidelines. *J Altern Complement Med*. 2018;24(4):307 doi: 10.1089/acm.2017.0346 PMID: 29359948

51. Timmermans S, Oh H. The continued social transformation of the medical profession. *J Health Soc Behav*, 2010; 51(1): S94–S106. <https://doi.org/10.1177/0022146510383500> PMID: 20943586
52. Parusnikova Z Integrative medicine: Partnership or control? *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*, 2002; 33(1): 169-186. [https://doi.org/10.1016/S1369-8486\(01\)00035-8](https://doi.org/10.1016/S1369-8486(01)00035-8)
53. Wiese M, Oster C, Pincombe J. Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: A review of the literature. *Health* 2010; 14(3): 326–342. <https://doi.org/10.1177/1363459309358594> PMID: 20427637
54. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2007; 78:3-46. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.753>doi: 10.1590/S0101-33002007000300004
55. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.
56. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2018,25(3):841-858. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000400013>
57. Grace S, Higgs J. Integrative Medicine: Enhancing Quality in Primary Health Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2010; 16(9):945-950. doi:10.1089/acm.2009.0437 PMID: 20809810
58. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(1): e00208818. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00208818>.
59. Tesser CD, Dallegre D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(9):e00231519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231519>.
60. Norman AH, Tesser CD. Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar. *Interface (Botucatu)*, 2019; 23: e190036. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190036>.
61. Raaphorst N, Houtman D. “A necessary evil that does not ‘really’ cure disease”: The domestication of biomedicine by Dutch holistic general practitioners. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 2105; 20(3):242-257. doi:10.1177/1363459315583154.
62. Anjum RL, Copeland S, Rocca E. (Editors). *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient: A CauseHealth Resource for Healthcare Professionals and the Clinical Encounter*. Cham, Switzerland: Springer; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5>
63. Jalecos em guerra. *Revista Piauí*. [reportagem na internet]. [https://piaui.folha.uol.com.br/materia/jalecos-em-guerra/?amp&\\_\\_twitter\\_impression=truehttps://piaui.folha.uol.com.br/materia/jalecos-em-guerra/?amp&\\_\\_twitter\\_impression=true](https://piaui.folha.uol.com.br/materia/jalecos-em-guerra/?amp&__twitter_impression=truehttps://piaui.folha.uol.com.br/materia/jalecos-em-guerra/?amp&__twitter_impression=true) Acesso em: 14 Feb 2021.
64. Singh B, Ryan H, Kredo T, Chaplin M, Fletcher T. Chloroquine or hydroxychloroquine for prevention and treatment of COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 2. Art. No.: CD013587. DOI: 10.1002/14651858.CD013587.pub2.
65. Foster N, Little P. Methodological issues in pragmatic trials of complex interventions in primary care. *Br J Gen Pract*. 2012 Jan;62(594):10-1. doi: 10.3399/bjgp12X616238. PMID: 22520661
66. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2011; 18(1):155-174. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100010>
67. Andrade FA, Portella CFS. Research methods in complementary and alternative medicine: an integrative review. *J Integr Med*, 2017; 16:6-13. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2017.12.001>
68. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. *Ciênc. Saúde coletiva*; 2018; 23(8):2621-2630. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.22012016>
69. Tesser CD, Moré AOO, Santos MC, Silva EDC, Farias FTP, Botelho LJ. Auriculotherapy in primary health care: a large-scale educational experience in Brazil. *J. Integr. Med.*, 2019; 17:302-309, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2019.03.007>
70. Tesser CD, Santos MC, Silva EDC, Moré AOO, Pelachini FFT, Botelho LJ. Capacitação em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. *REVISE - Revista Integrativa Em Inovações Tecnológicas Nas Ciências Da Saúde*, 2020; 5(fluxocontinuo), 1-18. <https://doi.org/10.46635/revise.v5fluxocontinuo.1769>
71. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. 2020. Disponível em: [http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICS-no-Brasil-julho\\_2020\\_v1\\_0.pdf](http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICS-no-Brasil-julho_2020_v1_0.pdf) . Acesso em: 20 Jan 2021.
72. Moré, AOO; Tesser CD, Min LS. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med*, 2016; 34(6):476-481. doi: 10.1136/acupmed-2016-011097

- 
73. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório CPIC 2017-2019. Florianópolis: s/e; 2019. (Relatório de gestão da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares). Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=praticas+integrativas+e+complementares&menu=5&submenuid=153> . Acesso: 27 Mai 2020.
74. Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2021;16(43):2502. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2502>. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2502](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2502)
75. van Baalen S, Boon, M. From EBM to epistemological responsibility. *J Eval Clin Pract*, 2015; 21: 433-439. <https://doi.org/10.1111/jep.12282>
76. Miles A. From EBM to PCH: always predictable, now inexorable. *J Eval Clin Pract*, 2015; 21:983-987. doi: 10.1111/jep.12525 PMID: 26915829