



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76

Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016

PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA



XXIX SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2025

Acesso à Medicina Complementar e Alternativa em Sistemas Universais de Saúde

Tesildo Mascarenhas Pereira¹; Luciane Cristina Feltrin de Oliveira²

1. Tesildo Mascarenhas Pereira, PIBIC/FAPESB, FARMÁCIA, e-mail: teomascarenhas@gmail.com

2. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, DEPARTAMENTO DE SAÚDE, e-mail: lcfoliveira@uefs.br

PALAVRAS-CHAVE: Terapias integrativas; Cuidado holístico; Políticas públicas

INTRODUÇÃO

A Medicina Complementar e Alternativa (MCA) tem ganhado visibilidade global devido à crescente busca por terapias não convencionais que dialoguem com o modelo biomédico. Essas práticas, porém, apresentam heterogeneidade quanto à regulamentação, oferta e aceitação, especialmente em sistemas universais de saúde, como na Europa e no Canadá (NISSEN; SCHUNDER-TATZBER, 2012; GALE, 2003). Na Europa, persistem divergências legais e institucionais sobre a incorporação da MCA nos serviços públicos, sendo a regulamentação um dos principais desafios (HILL; ADAMS, 2013; FERRER; HOLSCHER, 2014). No Canadá, o cenário varia conforme a província, refletindo diferenças legislativas e de profissionalização (GALE, 2003). No Reino Unido, apesar de experiências anteriores com a MCA no NHS, observa-se atualmente sua retração, devido a pressões econômicas e científicas, o que limita o acesso (SHARMA, 2008; WILLIAMS, 2010; HOWARTH; BROWN; RITTER, 2019). Em contrapartida, há esforços globais, como os da OMS, para integrar a MCA na atenção primária (WHO, 2012). No Brasil, a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS representa um marco, embora ainda existam desigualdades na oferta (OLIVEIRA et al., 2019; SANTOS; SOUSA; LEITE, 2022). Nesse contexto, compreender as barreiras e facilitadores ao acesso à MCA em sistemas universais de saúde torna-se essencial. Questões como regulamentação, financiamento, formação, aceitação cultural e efetividade clínica são centrais (ZOLLNER et al., 2012; SHARMA; COOK; HART, 2018). Este estudo tem como objetivo analisar o acesso à MCA em sistemas universais de saúde, caracterizando sua oferta, os modelos de integração adotados e a distribuição das pesquisas sobre o tema ao longo do tempo e do espaço.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com alta sensibilidade, guiada pela pergunta: “Como se dá o acesso à MCA em sistemas universais de

saúde?” A revisão integrativa foi escolhida por permitir a síntese de diferentes tipos de estudos e proporcionar uma compreensão ampla do fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Para construção da estratégia de busca e definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi adotada a definição de sistema universal de saúde proposta pela OPAS/OMS (2014), que considera como universais os modelos que: (1) garantem acesso equitativo a todos os cidadãos, independentemente da condição socioeconômica; (2) possuem financiamento público majoritariamente via impostos; (3) oferecem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e (4) assumem o compromisso com a redução de desigualdades e a ampliação da cobertura.

A busca foi realizada entre março e abril de 2025 nas bases PubMed, SciELO e LILACS Plus, utilizando sete equações baseadas no modelo PICO: População (usuários de sistemas universais), Interesse (acesso à MCA) e Contexto (barreiras e facilitadores). Os descritores incluíram termos como “Universal Health Coverage”, “Complementary and Alternative Medicine”, “Access”, entre outros. Foram identificados 227 artigos; após remoção de duplicatas (n=64), a triagem foi realizada por pares na plataforma Rayyan. Os critérios de exclusão consideraram estudos fora do escopo temático ou desenvolvidos em países sem sistemas universais de saúde, com verificação em documentos oficiais, ONU e OPAS. O processo de seleção, baseado em critérios claros e revisão dupla, conferiu maior rigor à análise.

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

A análise dos 19 estudos incluídos na revisão revelou que a produção científica sobre MCA em sistemas universais de saúde abrange quase duas décadas, com o artigo mais antigo datando de 2003 e o mais recente de 2022. A distribuição por continente evidencia maior concentração de estudos na Europa, seguida por América, Oceania e Ásia, refletindo a diversidade de contextos nos quais a MCA tem sido estudada e incorporada aos sistemas universais de saúde.

ADOÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MEDICINA COMPLEMENTAR ALTERNATIVA EM SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: DIFERENÇAS POLÍTICAS, REGULATÓRIAS E CULTURAIS

A adoção da MCA varia entre países, refletindo diferenças políticas, regulatórias e culturais. No Brasil, a PNPIC consolidou práticas como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, embora ainda haja entraves de infraestrutura, formação e financiamento (Sousa; Oliveira; Leite, 2022). A regulamentação é apontada como essencial para garantir qualidade, segurança e equidade (OMS, 2012; Oliveira et al., 2019).

No cenário internacional, observam-se trajetórias distintas: no Canadá, a regulamentação depende das províncias (Gale, 2003; Hill; Adams, 2013); no

Reino Unido, o NHS oferece terapias como acupuntura e homeopatia, mas com acesso restrito (Sharma, 2008; Williams, 2010; Howarth; Brown; Ritter, 2019); e na Austrália, a integração ao Medicare avança, embora ainda existam desafios regulatórios (Xu; Finkelstein; Liu, 2014).

ACESSO E USO DAS MCA: VIVÊNCIAS, EXPERIÊNCIAS E PRECEPÇÕES DE USUÁRIOS

O uso da MCA é marcado por experiências subjetivas e valorização do cuidado integral. No Brasil, estudos mostram ampliação do protagonismo dos usuários e fortalecimento do vínculo com profissionais de saúde (Cunha; Santos; Tesser, 2018; Santos; Sousa; Leite, 2022).

No Canadá, pacientes utilizam terapias complementares de forma adjunta ao tratamento convencional (Gale, 2003; Hill; Adams, 2013). No Reino Unido, fatores como conhecimento prévio e orientação profissional influenciam o acesso (Sharma, 2008; Howarth; Brown; Ritter, 2019; Williams, 2010). Na Austrália, práticas como acupuntura são procuradas tanto pelo alívio de sintomas quanto pelo desejo de cuidado personalizado (Xu; Finkelstein; Liu, 2014). Já na Turquia, experiências culturais e tradições desempenham papel central na escolha pela MCA (Bakir; Akyüz; Küçük, 2016; Quinlan-Wilson; Mondal; Haddad, 2010).

MCA – MANUTENÇÃO E EXPANSÃO: OS CAMINHOS NOS SISTEMAS UNIVERSAIS

A sustentabilidade da MCA depende de políticas públicas consistentes, regulamentação clara, formação profissional, diversificação de práticas e monitoramento contínuo (WHO, 2012; Nissen; Schunder-Tatzber, 2012; Zollner et al., 2012).

Na Europa, países que estabeleceram diretrizes para atuação profissional ampliaram cobertura e legitimidade (Nissen; Schunder-Tatzber, 2012). No Brasil, a PNPIC sistematizou 29 práticas na atenção básica, mas ainda enfrenta desigualdades regionais e limitação de recursos (Oliveira et al., 2019; Santos; Sousa; Leite, 2022). No Canadá e Reino Unido, experiências locais têm garantido manutenção, apesar de disparidades de acesso e pressões econômicas (Gale, 2003; Hill; Adams, 2013; Sharma, 2008; Williams, 2010; Howarth; Brown; Ritter, 2019).

A DIVERSIDADE E O FUTURO DAS MCA EM PAÍSES COM SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

A diversidade regulatória e a heterogeneidade da oferta demonstram que não existe modelo único de integração. No Reino Unido, pressões financeiras restringem o acesso (Sharma, 2008; Williams, 2010). Na Europa, iniciativas de cooperação transnacional buscam harmonizar práticas e ampliar a legitimidade

(Ferrer; Holscher, 2014; Zollner et al., 2012). No Canadá, a variação entre províncias levanta debates sobre equidade (Hill; Adams, 2013). A experiência australiana destaca a integração da MCA na atenção primária (Xu; Finkelstein; Liu, 2014), enquanto no Brasil a PNPIC reforça a importância de políticas nacionais, apesar de desafios semelhantes (Oliveira et al., 2019; Santos; Sousa; Leite, 2022). Já na Turquia, vivências pessoais e tradições culturais são decisivas para a adesão, ressaltando a centralidade das experiências subjetivas na formulação de políticas (Bakir; Akyüz; Küçük, 2016; Quinlan-Wilson; Mondal; Haddad, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou Conclusão)

O acesso à MCA em sistemas universais de saúde é condicionado por fatores regulatórios, econômicos, culturais e estruturais, variando conforme as políticas e práticas de cada país. Experiências internacionais mostram que regulamentação clara, capacitação profissional e inserção na atenção primária favorecem maior equidade e legitimidade. No Brasil, a PNPIC representa um marco importante ao incluir essas práticas no SUS, embora persistam desafios quanto à formação de profissionais, recursos e implementação desigual. Assim, a expansão da MCA demanda estratégias integradas, monitoramento contínuo e adequação às realidades locais para garantir uma oferta segura, acessível e sustentável.

REFERÊNCIAS

- BAKIR, N.; AKYÜZ, E.; KÜÇÜK, L. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases in Turkey. *Complement. Ther. Clin. Pract.*, v. 23, 2016.
- CUNHA, M. A.; SANTOS, F. A. S.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares: percepção dos usuários em unidades de saúde da família. *Rev. Saúde Pública*, v. 52, 2018.
- FERRER, R. L.; HOLSCHER, D. Patient-centered primary care and complementary and alternative medicine. *Am. J. Public Health*, v. 104, 2014.
- GALE, N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociol. Compass*, v. 7, 2003.
- HILL, C. L.; ADAMS, J. The interface between complementary and alternative medicine and public health: a review. *Public Health*, v. 127, 2013.
- HOWARTH, M.; BROWN, M.; RITTER, C. Complementary therapies in the NHS: present challenges and future opportunities. *Health Policy*, v. 123, 2019.
- NISSSEN, N.; SCHUNDER-TATZBER, S. The public health perspective on complementary and alternative medicine: a European approach. *Eur. J. Integr. Med.*, v. 4, 2012.
- OLIVEIRA, E. S. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 24, 2019.
- OPAS/OMS. Estratégia para a cobertura universal de saúde. Brasília: OPAS, 2014.

QUINLAN-WILSON, A.; MONDAL, S.; HADDAD, P. Cultural determinants of traditional medicine use in Turkey. *J. Ethnopharmacol.*, v. 128, 2010.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. C.; LEITE, M. S. Práticas integrativas e complementares no SUS: análise de sua expansão e desafios atuais. *Rev. Bras. Saúde Colet.*, v. 32, 2022.

SHARMA, U. Integrating complementary and alternative medicine into the NHS: experiences and challenges. *Health Care Anal.*, v. 16, 2008.

SOUSA, I. C.; OLIVEIRA, E. S.; LEITE, M. S. Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: avanços e limites. *Rev. Saúde Debate*, v. 46, 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K.; WHO; XU The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.*, v. 52, 2005.