

## RESSALVA

Alertamos para ausência das páginas pré-textuais não incluídas pelo(a) autor(a) no arquivo original.

# **A integração da medicina complementar e alternativa em sistemas de saúde convencionais**

## **The integration of complementary and alternative medicine into conventional health care systems**

Marina Zuanazzi Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Distrito de Rubião Júnior, s/n. 18618-000, Botucatu-SP.

### Resumo

*A medicina complementar e alternativa (MCA) está se tornando cada vez mais popular e apesar da crescente demanda por essas práticas, médicos e terapeutas atuam separadamente e não há esforço suficiente na promoção de um cuidado integrativo. Questões como diferenças de conceitos e linguagem, falta de evidência científica por ensaios clínicos randomizados, a não regulamentação de profissionais, produtos e serviços, além da falta de políticas do governo nesse âmbito, dificultam o processo de integração e comprometem a qualidade da assistência à saúde. Através do método de revisão integrativa, o propósito desse artigo é discutir os problemas envolvidos no processo de integração da medicina complementar e alternativa nos sistemas de saúde convencionais (guiados pela biomedicina), abordando benefícios e riscos, obstáculos à integração e modelos de integração nos tópicos de discussão.*

*Palavras-chave: terapias complementares, saúde holística, medicina tradicional, assistência integrada à saúde*

### Abstract

*Complementary and alternative medicine (CAM) is becoming increasingly popular, and despite of the growing demand for these practices, physicians and CAM-providers work separately and there is no sufficient effort in the promotion of an integrative health care. Questions like differences of concepts and language, lack of scientific evidence through randomized clinical trials, no regulation of CAM-providers, products and services, besides the lack of government policies in this scope, turn the process of integration difficult and threaten the quality of delivery of health care. Through the integrative review method, the purpose of this paper is to discuss the issues involved in the integration process of complementary and alternative medicine into the conventional health care systems (guided by principles of biomedicine), addressing benefits and risks, obstacles to integration and models of integration in the discussion topics.*

*Keywords: complementary therapies, holistic health, traditional medicine, integrated delivery of health care.*

## INTRODUÇÃO

A chamada Medicina Complementar e Alternativa (MCA) se refere a um conjunto variado de práticas de terapia e diagnóstico que não pertencem ao sistema de saúde convencional. A prática é considerada “complementar” se é usada em conjunto com a medicina convencional e é chamada “alternativa” se é utilizada em substituição ao tratamento convencional 1. A medicina integrativa consiste da combinação entre medicina convencional e MCA com o propósito de melhorar o cuidado à saúde dos pacientes 2.

O *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) e *Cochrane Collaboration* definem MCA como: “um amplo domínio de recursos de cura que engloba todos os sistemas de saúde, modalidades, práticas e suas respectivas teorias e crenças, diferentes daquelas intrínsecas ao sistema de saúde politicamente dominante de uma sociedade ou uma cultura em particular em um dado período histórico. Sistemas de MCA incluem todas as práticas e idéias auto-definidas por seus usuários como de prevenção e tratamento de doenças ou promoção da saúde e bem estar. Fronteiras na MCA e entre o domínio da MCA e o domínio do sistema dominante nem sempre estão estabelecidas” 3 (p. 112), 4 (p. 898) .

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz uma distinção entre os termos “medicina tradicional” e “MCA”: “a medicina tradicional é baseada na cultura, história e crenças de um país ou de uma comunidade e surgiu muito antes do desenvolvimento e disseminação da medicina ocidental que se originou na Europa, após o desenvolvimento da ciência moderna e da tecnologia. O conhecimento da medicina tradicional é freqüentemente passado verbalmente de geração a geração e, em alguns casos, estão envolvidos teorias e sistemas sofisticados. Já a Medicina Complementar e Alternativa (MCA) se refere ao tipo de medicina que não representa o principal papel no sistema nacional de saúde. Na maioria dos países em que a medicina ocidental assume total responsabilidade no sistema nacional de saúde, a maioria das formas de medicina tradicional e outras terapias são consideradas como sistemas de medicina complementar e alternativa” 5 (p. 139) .

A OMS reconheceu a difusão do uso das medicinas tradicionais nos países em desenvolvimento e o crescente uso da MCA nos países desenvolvidos 4 e lançou uma estratégia global, que cobriu o período de 2002 a 2005, a fim de facilitar a integração da medicina tradicional e MCA nos sistemas nacionais de saúde 5-7. Isso ocorreu através de apoio a programas nacionais de pesquisa e treinamento, definição de diretrizes técnicas e padrões internacionais e facilitação da troca de informações 5. Segundo a OMS, de seus 191 Estados membros, apenas 25 tem alguma política nacional sobre MT/MCA, 65 tem leis e regulamentações para fitoterápicos e 19 tem um instituto nacional de pesquisa em MT/MCA 6.

A questão da integração de diversas modalidades terapêuticas não convencionais em sistemas baseados na biomedicina tem sido reconhecida internacionalmente, como indicado por conferências médicas ao longo do mundo 8.

A crescente popularidade da MCA reflete mudanças nas necessidades e valores da sociedade moderna em geral 9,10. Isso inclui uma elevação na prevalência de doenças crônicas, maior acesso à informação, desejo de mais controle e liberdade em relação ao próprio cuidado à saúde, um senso aumentado na designação de uma melhor qualidade de vida, declínio da crença de que medicina científica terá maior relevância no tratamento de uma doença pessoal e um interesse aumentado em espiritualismo, auto-realização e crescimento pessoal. Tudo isso parece influenciar fortemente os pacientes e o interesse social em MCA 4,10,11. Preferências filosóficas também desempenham um importante papel na escolha do cuidado à saúde 12.

De acordo com Eisenberg, a “MCA é usada para o auto-cuidado em geral, prevenção de doenças e tratamento de uma variedade de enfermidades e sintomas, incluindo dor nas costas e pescoço, resfriados, dor e rigidez nas articulações, alergias, fadiga, artrites, cefaléias, hipertensão, tensão e distensão musculares, insônia, problemas pulmonares, doenças dermatológicas, desordens digestivas, depressão e ansiedade” 3,12.

O uso da MCA tende a ser alto entre os indivíduos que sofrem de doenças crônicas ou incuráveis, como câncer e HIV, e entre os que sofrem de doenças pouco compreendidas e/ou tratadas com sucesso parcial pela medicina convencional 3,12. A grande maioria dos usuários de MCA também utiliza o tratamento medicina convencional, freqüentemente para tratar a mesma doença 9,12.

A MCA abrange uma extensa variedade de modalidades de terapia e diagnóstico. Segundo a classificação adotada pelo NCCAM, essas práticas podem ser divididas nas seguintes categorias: (1) sistemas médicos completos (inclui a homeopatia, a naturopatia e as medicinas tradicionais, como a chinesa e a ayurvedica); (2) intervenções mente-corpo (inclui meditação e oração); (3) Terapias baseadas na biologia (inclui terapia ortomolecular e fitoterapia); (4) Métodos de manipulação corporal (inclui quiropraxia, osteopatia e massagens); (5) Terapias energéticas (inclui qi gong, reiki e magnetoterapia) 3.

A crescente utilização da medicina complementar e alternativa nos últimos anos aumenta a possibilidade de que tais abordagens possam ser importantes fatores em saúde pública, particularmente se usadas numa estrutura integrativa, juntamente com a medicina convencional 13. A falta de comprovação científica dessas práticas por meio de ensaios clínicos randomizados é um dos principais motivos que dificulta a aceitação da MCA 14. Entretanto, mesmo a incorporação de práticas da MCA baseadas em evidências exige mudanças na abordagem da medicina convencional, o que requer informação, novas habilidades, recursos e apoio para um cuidado de qualidade 15. Por essa razão, o propósito dessa revisão integrativa é analisar todos os fatores envolvidos no processo de integração da MCA no ocidente.

## **MÉTODOS**

A presente pesquisa orientou-se pelas seguintes questões: Quais as vantagens e desvantagens da integração/não integração da MCA no sistema de saúde convencional? Quais as barreiras que impedem a integração? Quais são os modelos de integração existentes?

O levantamento bibliográfico foi realizado através da base de dados MEDLINE. Optou-se por não utilizar outras bases devido à escassez de publicações na área de interesse. As palavras-chave utilizadas foram extraídas do vocabulário DECS (Descritores em Ciência da Saúde), sendo “terapias complementares”, “saúde holística”, “medicina tradicional” e “assistência integrada à saúde” e do MESH (Medical Subject Heading), sendo “complementary therapies”, “holistic health”, “traditional medicine” e “integrated delivery of health care”.

Foram incluídos na amostra os artigos indexados na base de dados entre 1998 e 2008 e que abordassem definições do termo “medicina complementar e alternativa”, estudos populacionais sobre a utilização da MCA em pesquisas qualitativas e quantitativas e modelos de integração entre MCA e medicina convencional. Foram descartados os artigos baseados em ensaios clínicos e os estudos direcionados à verificação da eficácia de terapias alternativas e complementares no tratamento de doenças específicas, visto que a comprovação da eficácia da MCA não é o objetivo desse estudo.

A amostra final para essa revisão integrativa constituiu-se de 23 artigos. Com relação ao tipo de estudo, a amostra analisada continha 8 artigos de revisão da literatura, 7 artigos sobre a opinião de autoridades ou especialistas, 5 estudos de caso, 2 pesquisas qualitativas e 1 pesquisa quantitativa.

Após leitura e análise dos artigos, definiram-se três categorias principais para discussão: benefícios e riscos, obstáculos à integração e modelos de integração.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Benefícios e riscos**

Práticas da MCA podem oferecer grandes benefícios à saúde pública, particularmente na prevenção de enfermidades, tratamento de doenças crônicas que não respondem bem ao tratamento médico ocidental e na otimização da saúde 3.

O'Brien afirma que há um potencial a longo prazo para economia de custos por parte dos convênios de saúde e do governo. Por exemplo, “um estudo com duração de 11 anos de uma população por um convênio de saúde nos EUA comparou 2.000 pessoas que praticavam meditação com 600.000 que não praticavam e constatou 63% de redução nos gastos com saúde, 11,4 vezes menos internações hospitalares por doença cardiovascular, 3,3 vezes por câncer e 6,7 vezes por distúrbios mentais e substâncias de abuso naqueles que praticavam meditação” 3.

O'Brien também alerta para os riscos da integração da MCA no sistema de saúde convencional causados pela alteração da essência e descaracterização das práticas 3. Por exemplo, a acupuntura praticada por médicos ocidentais é diferente da acupuntura tradicional chinesa 3. A maioria dos médicos trabalha no paradigma médico ocidental e trata pacientes com base em diagnósticos médicos ortodoxos, ignorando a teoria da medicina chinesa 16. Conclusões tiradas (por ensaios clínicos ou outra maneira) sobre a eficácia da acupuntura onde o tratamento não foi guiado pela teoria tradicional (em termos de diagnóstico médico, estratégia de tratamento, escolha dos pontos e técnicas de inserção de agulhas), podem não refletir a eficácia da acupuntura sob a óptica da medicina tradicional chinesa 3.

Para Jonas, o risco da integração está no comprometimento da qualidade do cuidado à saúde, dos produtos e da ciência, respectivamente devido à falta de rigor e monitoramento na formação e atuação dos terapeutas, à falta de controle e monitoramento na comercialização de produtos naturais e à falta da utilização da ciência para sua legitimação 10.

“Adotar a medicina alternativa sem desenvolver padrões de qualidade para suas práticas, produtos e pesquisa é retornar ao tempo na medicina em que charlatões e a confusão terapêutica prevaleciam. A medicina convencional moderna se destaca na assistência à saúde de qualidade e no uso da ciência: a medicina alternativa precisa adotar padrões similares” 10 (p. 1617).

A não aceitação da MCA por parte de muitos médicos não tem evitado sua utilização pelos pacientes, visto que há indícios de uma demanda crescente para práticas alternativas. Entre 1990 e 1997, a estimativa sobre o uso de terapias alternativas na população dos Estados Unidos subiu de 33,8% para 42,1% 9. Porém, apesar de a maioria dos indivíduos utilizarem a MCA concomitantemente à terapia convencional 12, os tratamentos ocorrem de forma desconexa, visto que os pacientes não discutem o uso de tais terapias com seus médicos 12,17. As razões dadas pelos pacientes incluem: a crença de que não é importante que o médico saiba, a falta de questionamento por parte do médico, achar que o médico não entenderia, desaprovava ou desencorajaria o uso 12,17.

A falta de uma comunicação apropriada entre médicos e pacientes a respeito da utilização da MCA, consequência da não integração, pode ter repercussões negativas. Algumas terapias são potencialmente lesivas e podem oferecer riscos à saúde dos pacientes. Muitas ervas não são seguras e os efeitos adversos podem incluir reações alérgicas, reações tóxicas (incluindo toxicidade renal e hepática), efeitos mutagênicos, interações medicamentosas e reações idiossincráticas, algumas delas podendo resultar em morte 3. São conhecidas algumas interações que podem ocorrer entre certas ervas e fármacos, por exemplo, uma interação adversa pode ocorrer entre a erva chinesa Dan-shen (*Radix Salviae miltiorrhizae*) e a varfarina 3,12.

Segundo Frenkel e Borkan, é responsabilidade dos médicos auxiliar os pacientes na escolha da modalidade de CAM, sendo necessário levar em consideração as preferências do paciente, características da doença ou do indivíduo a ser tratado e evidências disponíveis sobre a eficácia e segurança da modalidade de MCA 17. Para que haja essa abertura, é necessário dar um primeiro

para a integração entre MCA e medicina convencional ao promover uma comunicação aberta e criar um ambiente não ameaçador, no qual os pacientes possam se sentir confortáveis na revelação do uso da MCA e que vejam o médico como um aliado na escolha do tratamento 17.

A comunicação e a colaboração com terapeutas da MCA é uma parte essencial do processo de integração da MCA no setor de atenção primária. O trabalho em equipe entre médicos e terapeutas, consultando um ao outro abertamente e mantendo um alto grau de profissionalismo, traria muitos benefícios aos pacientes 17.

A promoção da educação médica no estudo das abordagens da medicina complementar e alternativa mostra-se essencial para que os profissionais se tornem capacitados a responder questões dos pacientes sobre terapias alternativas, conhecer a variedade de práticas atualmente disponíveis e seus respectivos riscos, benefícios e custos e auxiliá-los na decisão 12. Isso contribuiria para uma atenção integral à saúde, respeitando filosofias e crenças dos pacientes e promovendo um tratamento seguro e mais eficiente.

### **Principais obstáculos à integração**

A MCA não é bem aceita pela medicina convencional, em parte, pela dificuldade de comunicação entre os dois sistemas, devido a diferenças de filosofia, conceitos e linguagem 16.

A biomedicina segue a perspectiva filosófica cartesiana e reducionista, a qual estuda fenômenos complexos através da redução em suas partes constituintes 18. A herança do dualismo cartesiano, que separa corpo e mente como entidades de naturezas distintas, repercute na atual marginalização do domínio espiritual no cuidado à saúde 18. A definição de mecanismos de ação a nível físico e bioquímico representa a base para o desenvolvimento de teorias biomédicas 18. Esse modelo enfatiza a doença e o tratamento visa a recuperação da função debilitada, sendo prescrito de forma generalizada para todos os indivíduos que apresentam determinada doença 18.

As terapias da MCA baseiam-se numa perspectiva holística, incorporando dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais em sua abordagem 18. Ao contrário da medicina convencional, que freqüentemente utiliza-se de metáforas materialistas ao referir-se ao corpo como uma máquina com partes móveis que funcionam por mecanismos específicos, muitos sistemas da MCA seguem aspectos mais etéreos e não materiais, tais como “energia vital ou espiritual” ou “influências sutis” na promoção da saúde 18. Além disso, consideram não existir a separação entre corpo, mente e espírito. A abordagem da MCA enfatiza a saúde e os tratamentos são prescritos de forma personalizada para cada indivíduo, levando em conta fatores como a natureza contextual no processo de diagnóstico, o sistema de crenças e experiências vividas, relacionamentos, fé, medidas de conforto e vários fatores outros fatores subjetivos 7.

Além das diferenças epistemológicas entre os dois modelos de assistência à saúde, outra importante barreira que dificulta a integração da MCA no sistema médico convencional é a falta de comprovação científica. Medicina científica é entendida como aquela que é baseada em

evidências, apresentando resultados satisfatórios ao ser submetida a ensaios clínicos controlados randomizados 19.

Dalen acredita que a razão de a maioria das terapias não convencionais não serem baseadas em evidências é o fato de que muitas delas foram introduzidas bem antes do advento dos ensaios clínicos controlados randomizados, que ocorreu na década de 1960 19. Segundo ele, nem todas as terapias convencionais são baseadas em evidência, como é o caso da varfarina, aspirina e heparina, drogas extensivamente prescritas como agentes antitrombóticos que foram introduzidas antes de 1960 19. Dalen conclui, então, que a principal característica que distingue a medicina convencional da não convencional é a sua fonte de introdução 19. Terapias convencionais são introduzidas por médicos e cientistas ocidentais, enquanto modalidades não convencionais são introduzidas por indivíduos que não pertencem a esse sistema 19.

Oguamanam avalia a cura como um fenômeno complexo ativado por aspectos subjetivos. Assim, afirma que ensaios clínicos controlados randomizados não podem avaliar satisfatoriamente experiências humanas tão complexas e no contexto da MCA, os resultados podem ser inexpressivos, fazendo-se necessário o desenvolvimento de metodologias mais apropriadas. Tais metodologias incorporariam o modelo biomédico da determinação da eficácia sem comprometer fatores de subjetividade envolvidos 7.

Há um consenso a respeito da necessidade de se ampliar as pesquisas em MCA. O acúmulo de dados sobre resultados clínicos se mostra essencial na promoção da integração. Giordano et al, apontam como principais dificuldades a falta de subsídio (a indústria farmacêutica tem pouco interesse comercial nessa área); falta de habilidades em pesquisa (terapeutas da MCA tem pouco ou nenhum treinamento prático em pesquisas ou na avaliação de dados criteriosos); falta de infraestrutura nas universidades; número insuficiente de pacientes (a maioria dos terapeutas da MCA não possui uma especialidade em determinada doença, conseqüentemente vêem um pequeno número de pacientes com a mesma condição clínica); dificuldades em realizar e interpretar revisões sistemáticas (existem muitos tipos diferentes de terapias complementares e muitas publicações não estão em bases de dados padrões como MEDLINE); questões metodológicas (respostas ao tratamento são muito individuais e o tratamento geralmente não é padronizado, além de ser difícil delinear grupos controle apropriados) 4.

## **Modelos de integração**

A integração pode ocorrer em vários níveis diferentes: de pacientes que combinam diversas terapias a profissionais que praticam diferentes modalidades, clínicas que oferecem uma variedade de terapias e sistemas de saúde que facilitam o uso de múltiplas opções de tratamento 2.

Hollenberg faz uma distinção entre o cuidado integrado e o cuidado integrativo. Enquanto o primeiro se refere à integração da MCA na biomedicina, com médicos no controle, o segundo se

refere à imersão da biomedicina num novo paradigma de saúde, que expande os modelos biomédicos da doença para o foco na “totalidade” dos pacientes, considerando corpo/mente/espírito no processo de cura; estabelecimento de um relacionamento não hierárquico e colaborativo entre médicos e terapeutas que configura um cuidado que inspira confiança e respeito ilustrado por uma prática inter e transdisciplinar 8.

Holliday descreve quatro modelos de associações entre os sistemas de saúde convencional e alternativo ou tradicional: unificação, equalização, subjugação e marginalização 6. Esses modelos resultam das possíveis combinações entre as condições de fusão/separação e discriminação/não discriminação entre os sistemas 6. A unificação provém da fusão e da não discriminação (a MCA ou MT é incorporada pela medicina convencional e vista de forma igualitária); a equalização resulta da separação e da não discriminação (os sistemas médicos operam em setores distintos e são vistos de forma igualitária); a subjugação advém da fusão e da discriminação (a MCA ou MT é incorporada pelo sistema convencional, porém não é vista de forma igualitária); e a marginalização deriva da separação e da discriminação (são sistemas extremamente focados na medicina convencional e não há qualquer tipo de integração) 6. Segundo ele, o desenvolvimento de um sistema de saúde combinado é mais equilibrado se empreendido numa zona que combine a não discriminação e uma forte associação, ao invés de fusão ou separação, entre os diferentes sistemas médicos 6.

Leckridge classifica os modelos de interação entre os sistemas de saúde convencional e alternativo em quatro categorias:

1. Modelo de mercado: há envolvimento mínimo do estado e ausência de regulamentação. Os pacientes são livres para escolher serviços e produtos, porém têm a responsabilidade de saber se um produto ou serviço específico é seguro, se é ou não útil para sua doença e se é confiável. Nesse modelo, produtos e serviços competem ao invés de cooperar 20.

2. Modelo regularizado: é muito similar ao modelo de mercado, diferindo deste apenas por apresentar regulamentação de produtos, serviços e profissionais por órgãos do governo, o que confere maior segurança ao público. É o modelo mais comum no mundo 20.

3. Modelo assimilado: terapias da MCA se tornam cada vez mais praticadas por profissionais biomédicos e ocorre marginalização das práticas alternativas. Assim como no modelo regularizado, produtos e serviços são regulamentados pelo governo e os produtos recebem licenças que os tornam disponíveis apenas sob prescrição. Esse modelo caminha para a integração de várias opções terapêuticas, mas há pouco trabalho em equipe e os profissionais podem não aprender todas as possíveis habilidades que seus pacientes necessitem 20.

4. Modelo centrado no paciente: o foco de atenção muda da disputa pelo poder entre profissionais para o cuidado aos pacientes. Promove de liberdade de escolha, a informação dos pacientes e a segurança, através da regulamentação de profissionais, produtos e serviços disponíveis. Há ênfase no trabalho em equipe e no cuidado integrativo, onde profissionais com

uma ampla variedade de habilidades trabalham juntos para proporcionar o melhor e mais apropriado cuidado escolhido pelo paciente 20.

Kaptchuk e Miller abordam a relação entre a medicina convencional e a MCA em três modelos: oposição, integração e pluralismo. Argumentam que o modelo médico de pluralismo é superior aos modelos de integração e oposição 21. Por “pluralismo” entende-se que a medicina convencional e a alternativa deveriam se relacionar como sistemas médicos separados, mas cooperativos 21.

O modelo de oposição se opõe à integração e os sistemas são separados, não cooperativos e competitivos. Recentemente, esse modelo tem perdido força por razões sociais, legais e éticas e vem sendo substituído rapidamente pelo modelo de integração 21.

O modelo de integração apresenta uma abordagem “holística” que discute manifestações físicas, emocionais e espirituais das doenças e oferece múltiplas intervenções convencionais e alternativas objetivando a promoção do bem estar, além de tratar a doença 21,22. Entretanto, as diferenças filosóficas, epistemológicas e práticas entre os sistemas de medicina convencional e MCA desafiam uma integração coerente. Não há uma linguagem médica comum para diagnosticar condições e para prescrever tratamentos que integrem a medicina convencional e diferentes formas de MCA como parceiros equivalente 21.

“Que categoria de doenças seriam usadas: as biomédicas ou as definidas pelo vocabulário Ayurveda? Qual deveria ser a base de evidência: ensaios controlados randomizados e um conhecimento em fisiopatologia ou os trajetos dos meridianos de acupuntura? Que visão seria expressa na medicina integrada? Que visão seria excluída? A medicina integrada inclui o cântico Navaho num hospital em Nova Iorque ou cristais e pirâmides num centro de saúde acadêmico? Quem decide? Com base em que essas decisões são tomadas entre duas visões de mundo e padrões de evidência competitivos?” 21.

O modelo de pluralismo promove a cooperação, a pesquisa, a comunicação aberta e o respeito entre a medicina convencional e a MCA. Ele reconhece intransponíveis diferenças epistemológicas nos métodos de desenvolvimento de conhecimento médico e validação de tratamentos, mas reconhece também que ambos os sistemas podem oferecer opções de tratamento clinicamente valiosas para os pacientes 21.

## **CONCLUSÃO**

A crescente demanda e a utilização de terapias da MCA, apesar da falta de evidência, aumentam a necessidade de discussão sobre como a MCA pode ser integrada no sistema médico convencional 19. A não integração dos sistemas compromete a segurança e a qualidade da saúde, visto que os pacientes não recebem a devida orientação de seus médicos na escolha do tratamento e estão sujeitos a sofrer danos pela ausência de regulamentação de práticas, produtos e profissionais da MCA.

No Brasil, a acupuntura (uma das práticas mais utilizadas da MCA) não é regulamentada devido a conflitos de interesse entre diversas categorias profissionais 23. A ausência de normas e monitoramento em relação à formação profissional e à prática terapêutica comprometem a qualidade dos serviços prestados nessa categoria, o que põe em risco a saúde dos pacientes.

A integração da MCA no sistema de saúde convencional exige um esforço coordenado entre todas as entidades envolvidas 4. Médicos precisam estar informados sobre as modalidades da MCA disponíveis, a fim de aconselhar os pacientes sobre benefícios e limitações 6. Os terapeutas da MCA deveriam estar licenciados e regulamentados no âmbito da prática, para promoverem um alto padrão de cuidado 4.

A educação dos profissionais (médicos e terapeutas) pode proporcionar benefícios como: melhora na comunicação entre médicos e pacientes sobre a MCA, proporcionando o uso consciente e informado sobre tais terapias; melhora na comunicação entre médicos e terapeutas, através do conhecimento dos conceitos e linguagens de cada modelo, facilitando um cuidado integrado; aumento da segurança no uso da MCA, incluindo a redução de riscos de interações negativas com tratamentos convencionais ou outros tratamentos da MCA; e aumento da capacidade e qualidade das pesquisas 12.

O uso da MCA não suprime a necessidade para a medicina convencional, mas pode ajudar na redução de custos médicos, através da prevenção de doenças e no tratamento precoce 6, além de proporcionar um cuidado mais humanizado, que respeite as filosofias e crenças dos pacientes. Um intercâmbio de caráter cooperativo entre os sistemas, que entende que os procedimentos terapêuticos possam combinar técnicas e medicamentos convencionais e alternativos sem que haja base teórica comum, pode auxiliar na redefinição do paradigma da medicina ocidental 23.

## REFERÊNCIAS

1. Barrett B, et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *J Altern Complement Med.* 2003; 9(6):937-47.
2. Boon HS, Kachan N. Integrative medicine: a tale of two clinics. *BMC Complement Altern Med.* 2008; 8:32.
3. O'Brien K. Complementary and alternative medicine: the move into mainstream health care. *Clin Exp Optom.* 2004; 87(2):110-20.
4. Giordano J, et al. Blending the boundaries: steps toward an integration of complementary and alternative medicine into mainstream practice. *J Altern Complement Med.* 2002; 8(6):897-906.
5. Zhang X. Integration of traditional and complementary medicine into national health care systems. *J Manipulative Physiol Ther.* 2000; 23(2):139-40.

6. Holliday I. Traditional medicines in modern societies: an exploration of integrationist options through East Asian experience. *J Med Philos.* 2003; 28(3):373-89.
7. Oguamanam C. Biomedical orthodoxy and complementary and alternative medicine: Ethical challenges of integrating medical cultures. *J Altern Complement Med.* 2006; 12(6):577-81.
8. Hollenberg D. Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Soc Sci Med.* 2006; 62(3):731-44.
9. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow up national survey. *JAMA.* 1998;280:1569-1575.
10. Jonas WB. Alternative medicine--learning from the past, examining the present, advancing to the future. *JAMA.* 1998;280(18):1616-8.
11. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998;279:1548-1553.
12. Gaylord AS, Mann JD. Rationales for CAM Education in Health Professions Training Programs. *Acad Med.* 2007; 82(10):927-33.
13. Giordano J, et al. Complementary and alternative medicine in mainstream public health: a role for research in fostering integration. *J Altern Complement Med.* 2003; 9(3):441-5.
14. Dixon-Warren BC. Implications for integrating alternative medicine. *Can Fam Physicians.* 1998;44:1795-6,1798. (Canada)
15. Parkman C. Integrating CAM into traditional health care. *Case Manager.* 2000;11(3):27-9. Estados Unidos
16. Gao Y, Kay S. Representing different views of acupuncture in a single ontology. *Med Inform Internet Med.* 2005; 30(2):143-50.
17. Frenkel MA, Borkan JM. An approach for integrating complementary-alternative medicine into primary care. *Fam Pract.* 2003; 20(3):324-32.
18. Engebretson J. Culture and complementary therapies. *Complement Ther Nurs Midwifery.* 2002; 8(4):177-84.
19. Dalen JE. Conventional and unconventional medicine: can they be integrated? *Arch Intern Med.* 1998;158(20):2179-81.
20. Leckridge B. The future of complementary and alternative medicine--models of integration. *J Altern Complement Med.* 2004; 10(2):413-6.
21. Kaptchuk TJ, Miller FG. Viewpoint: what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism? *Acad Med.* 2005; 80(3):286-90.
22. Barret B. Alternative, complementary, and conventional medicine: is integration upon us? *J Altern Complement Med.* 2003;9:417-27.

23. do Nascimento MC. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 1998; 5(1):99-113.