

Medicina Baseada em Evidências e medicinas tradicionais, complementares e integrativas: uma agenda inacabada

Evidence-based medicine and traditional, complementary, and integrative medicines: an unfinished agenda (abstract: p. 18)

Medicina basada en evidencias y medicinas tradicionales, complementarias e integrativas: una agenda inconclusa (resumen: p. 18)

Charles Dalcanale Tesser^(a)

<charles.tesser@ufsc.br> 

Rafael Dall'Alba^(b)

<rafasaudecol@gmail.com> 

Mariana Eri Sato^(c)

<marianasato@usp.br> 

^(a) Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Delfino Conti, n. 275, Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. 88040-370.

^(b) Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (OBSERVAPICS-Fiocruz), Campus da UFPE. Recife, PE, Brasil.

^(c) Centro Integrado de Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem contribuído para atualizar cientificamente as decisões diagnósticas e terapêuticas. Contudo, sua aplicação às medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) enfrenta desafios, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). Este ensaio analisa os problemas da aplicação da MBE às MTCI na APS; argumenta contra a tendência de limitar essa aplicação à mera avaliação da qualidade metodológica de evidências quantitativas; e defende a insuficiência da MBE como critério único para validar as MTCI na APS, ressaltando a necessidade de considerar a complexidade dessas práticas e de exercer a MBE de forma plena, integrando a avaliação crítica das melhores evidências científicas, a experiência dos profissionais, as preferências e valores dos usuários e as circunstâncias do cuidado – pilares consensuais da MBE que, frequentemente, não são aplicados de maneira equilibrada. Assim, a MBE teria maior utilidade na integração das MTCI à assistência à saúde na APS.

Palavras-chave: Medicina baseada em evidências. Medicina tradicional. Terapias complementares. Atenção primária à saúde.

Introdução

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível para a tomada de decisões clínicas¹. Originalmente focada no ensino da análise e interpretação da literatura científica², seu conceito foi expandido: a MBE agora requer a integração da melhor evidência clínica externa disponível obtida a partir de pesquisa sistemática com a experiência clínica individual e com os valores e circunstâncias únicas do paciente³.

Nos primórdios da MBE, havia grande heterogeneidade nas práticas médicas entre países e profissionais⁴. Além disso, a crescente disponibilidade de conhecimento científico publicado, facilitada pela internet, era frequentemente subutilizada nas decisões clínicas. A MBE introduziu métodos para análise crítica, sistematização e síntese de estudos. Revisões sistemáticas e meta-análises aumentaram o rigor, a confiabilidade e a precisão das estimativas de eficácia do tratamento e dos efeitos adversos. A MBE também estabeleceu uma hierarquia de evidências científicas, criou estratégias para melhorar o acesso ao conhecimento atualizado e reforçou a necessidade de aprendizagem profissional contínua⁵.

No entanto, vários problemas foram identificados: preocupações éticas em relação à integridade da produção de evidências⁶; persistência de conflitos de interesse, com influências nocivas do mercado no setor de saúde, na legislação e nas políticas públicas⁷; redução da autonomia dos clínicos devido à autoridade das diretrizes baseadas em evidências; e surgimento de uma nova governança clínica burocrática⁸.

Ao mesmo tempo, uma crescente demanda por medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) foi reconhecida, particularmente entre populações de países de alta renda que já acessam e usam a biomedicina. As MTCI englobam conhecimentos, práticas e produtos relacionados à saúde distintos da medicina convencional⁹.

Desde a década de 1990, busca-se avaliar as MTCI utilizando as metodologias quantitativas da MBE¹⁰, em um processo inicialmente aceito de modo tácito. Com o avanço das pesquisas sobre MTCI, a MBE firmou-se como a principal estrutura de validação, exercendo crescente autoridade epistêmica e institucional sobre essas práticas.

Este ensaio tem como objetivo analisar criticamente as limitações da MBE na sua aplicação à MTCI no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). As duas primeiras seções revisitam os pilares fundamentais da MBE, delineiam as suas principais questões e resumem os desafios de avaliar a MTCI sob este paradigma. A terceira seção apresenta uma crítica ao papel atual da MBE na validação da MTCI. A seção final explora estratégias férteis para abordar as questões destacadas.

Pilares e desafios da Medicina Baseada em Evidências

Ao longo do tempo, os pilares ou fundamentos da MBE evoluíram e foram bem estabelecidos:

1. Melhor evidência disponível – Uso de pesquisa científica da mais alta qualidade, como ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, para apoiar decisões clínicas. Este é o pilar mais antigo, mais conhecido, amplamente divulgado e altamente valorizado.
2. Experiência clínica – Conhecimento adquirido por meio de treinamento profissional e experiência é essencial para o raciocínio clínico, interpretação de evidências e sua aplicação na prática.
3. Valores e preferências do paciente – As decisões clínicas devem considerar os valores, as expectativas e as preferências dos pacientes. Embora existam algumas evidências sobre estes aspectos e os usuários estejam aos poucos mais envolvidos no desenvolvimento de diretrizes clínicas, isto ainda é insuficiente. A implementação eficaz deste pilar requer a participação ativa e em tempo real do paciente na tomada de decisões.
4. Circunstâncias clínicas e contexto institucional – A disponibilidade de recursos (financeiros, materiais e humanos) e o contexto social, cultural e organizacional (especialmente o acesso aos cuidados) influenciam a aplicabilidade da evidência na prática clínica e, conseqüentemente, na tomada de decisões^{11,12} (figura 1).

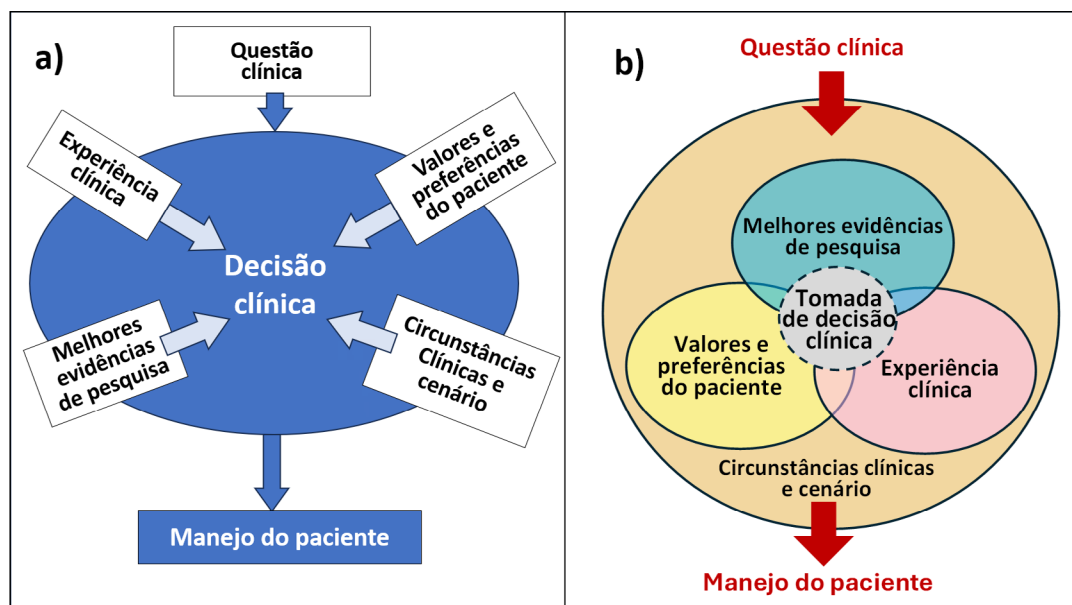


Figura 1. Evolução da estrutura dos pilares da MBE. Destaque para o reposicionamento das circunstâncias clínicas, o quarto pilar.

Fonte: a) Portney e Watkins¹² (p. 27); b) Portney¹¹ (p. 56).

Algumas versões da MBE incluem apenas três pilares, mas, nesses casos, o quarto está implicitamente presente nas discussões sobre sua aplicação prática, que requer uma avaliação das circunstâncias clínicas e organizacionais^{11,13}. Por essa razão, preferimos reconhecer explicitamente o quarto pilar.

Inicialmente, a MBE privilegiou o primeiro pilar e foi criticada por supostamente visar à redução de custos e à restrição da autonomia clínica. Após o reconhecimento dessas críticas¹, os demais pilares foram gradualmente incorporados: a MBE admitiu as limitações da evidência isolada e enfatizou a importância de combinar a avaliação crítica da evidência com os valores do paciente e a decisão compartilhada².

Paralelamente, a MBE desenvolveu uma abordagem sistemática para formular recomendações clínicas confiáveis a partir de evidências empíricas, influenciando a educação médica e os serviços de saúde. Contudo, essa expansão revelou também diversos problemas que precisam ser enfrentados. Metade dos ensaios clínicos nunca são publicados e os estudos com resultados positivos têm duas vezes mais probabilidade de serem publicados do que aqueles com resultados negativos^{14,15}. Um terço dos cientistas admitiu práticas questionáveis, como a manipulação de dados para obter significância estatística. O custo dos ensaios clínicos aumentou cinco vezes em uma década, tornando cada vez mais difícil (embora necessário) financiar pesquisas sem conflitos de interesse. À medida que os benefícios incrementais de novas intervenções médicas diminuem – uma vez que as terapias mais eficazes já são usadas como linhas de base –, são necessários ensaios maiores, que tendem a superestimar os benefícios potenciais, que podem ser estatisticamente significativos, mas clinicamente irrelevantes¹⁶.

Os conflitos de interesse persistem apesar dos esforços para limitá-los ou declará-los. Apesar das multas de bilhões de dólares por violações civis e criminais, a indústria farmacêutica não mudou as suas práticas, levantando preocupações sobre a integridade e a confiabilidade das publicações científicas¹⁴. Esses conflitos influenciam as agendas de pesquisa e a aplicação dos resultados. Aceitar “evidência” financiada pela indústria é equivalente a permitir que os políticos contabilizem os seus próprios votos⁶.

À medida que a MBE ganhou influência, foi apropriada por agendas e interesses comerciais. A maior parte dos ensaios clínicos randomizados (ECR) é financiada pela indústria, que os conduz de forma eficiente, obtém avaliações de qualidade superiores e publica resultados mais rapidamente do que ensaios sem patrocínio industrial¹⁷. Propôs-se que estudos com conflitos de interesse fossem explicitamente rebaixados em valor⁶, mas essa medida não foi adotada de forma geral e sistemática na biomedicina.

Existem questões negligenciadas: a ênfase da MBE na significância estatística (valores de *p*) tem sido criticada por restringir o foco e gerar conclusões tendenciosas e enganosas. Essa rigidez metodológica frequentemente exclui evidências sutis ou casos raros, desconsiderando abordagens inovadoras e personalizadas.

Outra preocupação é o crescente fardo burocrático imposto pela MBE – prontuários eletrônicos e a proliferação de diretrizes detalhadas –, que reduz a interação com o paciente e eleva a carga administrativa, prejudicando a qualidade do cuidado. Ademais, pagamentos por desempenho vinculados a diretrizes ameaçam a flexibilidade e a imparcialidade da MBE, criando pressões sistêmicas que desviam o foco do paciente em favor da padronização¹³.

A disseminação de protocolos e evidências de baixa qualidade a favor das intervenções estimula práticas inadequadas, como o excesso de testes diagnósticos, a prescrição indiscriminada de medicamentos e a realização desnecessária de procedimentos médicos, resultando em sobrediagnóstico, iatrogenia e um desequilíbrio na relação custo-benefício^{14,15}. A tomada de decisões clínicas com base na MBE pode ser prejudicada pela qualidade restrita e escopo do que se considera a “melhor evidência disponível”¹⁸.

Apesar do reconhecimento crescente de suas limitações, a MBE continua a se fortalecer como ferramenta para avaliar eficácia e custo-benefício de intervenções, consolidando uma governança que se beneficia de sua legitimidade científica, agora estendida às decisões clínicas. Nesse cenário, novos atores – revisores; meta-analistas; estatísticos; financiadores; coordenadores de ensaios clínicos; desenvolvedores de diretrizes e algoritmos de decisão; e revistas – exercem influência sem precedentes, interpondo-se entre o profissional e suas decisões. O crescimento exponencial de publicações, muitas marcadas por conflitos de interesse, mas legitimadas pela MBE, influencia a tomada de decisões de gestores e profissionais, homogeneizando as práticas clínicas e restringindo a autonomia profissional.

A digitalização dos registros médicos fomenta uma cultura de auditoria clínica e avaliação do desempenho profissional, supostamente orientada pela melhor evidência disponível. Esse processo, contudo, altera a governança clínica, restringindo a autonomia profissional e impondo a adesão a algoritmos e diretrizes. Harrison denominou essa nova forma de controle como “medicina científico-burocrática”⁸, cuja expansão contrasta com as boas intenções originais da MBE¹⁷. Soma-se a isso a falta de literacia estatística entre os profissionais, que limita sua capacidade de avaliar criticamente as evidências, tornando-os reféns de protocolos. Outro aspecto pouco abordado da MBE é sua tendência de reforçar a centralização da tomada de decisões no profissional médico, que frequentemente negligencia o envolvimento de outros profissionais de saúde e a adoção de estratégias eficazes, como a partilha de tarefas¹⁹. Em última análise, a digitalização pode desumanizar o tratamento, priorizando as boas intenções e resultados por meio de *softwares* de análises complexas.

Outras limitações da MBE se manifestam sobretudo na APS: uma parcela considerável de pacientes não encontra representação nos ECR, o que resulta na criação de cenários artificiais de doenças e na exclusão de casos complexos, como pacientes com múltiplas comorbidades, idosos, portadores de doenças crônicas e indivíduos com sintomas clínicos inexplicáveis. Nesses contextos, a polifarmácia é comum, demandando uma abordagem atenta e individualizada, na qual a MBE se revela necessária, ainda que insuficiente²⁰.

Medicina Baseada em Evidências e medicinas tradicionais, complementares e integrativas: críticas gerais

A MBE tem contribuído para a integração das MTCTI nos serviços de saúde convencionais. Contudo, desde o princípio, surgiram divergências quanto à aplicação da MBE e de suas metodologias consideradas “padrão ouro” na avaliação da eficácia da MTCTI. Questões metodológicas problemáticas foram identificadas e gradualmente debatidas²¹, mas com pouco impacto na forma como a evidência é avaliada.

Os métodos e as práticas de cuidado são diversos dentro das MTCTI: o seu escopo terapêutico é frequentemente construído a partir de interações clínicas dinâmicas e baseado na percepção do usuário e terapeuta sobre saúde e bem-estar, o que apresenta limitações para a medição objetiva de impacto. Muitas práticas de MTCTI tendem a ser individualizadas, em contraste com a abordagem padronizada e replicável dos ECR, cujos critérios de inclusão e resultados são baseados em doenças, sintomas ou

síndromes cientificamente classificados²². De acordo com Baars e Hamre²², existem deficiências ontológicas, epistemológicas e metodológicas não resolvidas, e tentar validar as MTCTI por meio da MBE pode estar atrasando a transformação da biomedicina em vez de acelerar a sua melhoria²².

Ajustes e maior flexibilidade nas metodologias padrão-ouro da MBE têm sido defendidos para melhor investigar as MTCTI, enfatizando uma maior combinação de métodos de avaliação: variações de ECR (ECR pragmáticos, ensaios n-de-1 e ensaios de preferência) combinados com estudos observacionais e métodos qualitativos²³.

A complexidade e o caráter holístico de muitas abordagens das MTCTI, especialmente dos sistemas médicos complexos^{22,24,25}, demandam reconhecimento e valorização. Sua abordagem abrangente e seus mecanismos multicausais, adaptados às necessidades individuais, desafiam as intervenções padronizadas preconizadas pelos ECR. Sistemas médicos complexos, como as racionalidades médicas vitalistas descritas por Luz²⁶, possuem classificações próprias de doenças e empregam múltiplas intervenções individualizadas, algumas com a participação ativa do paciente. Essa característica, no entanto, conflita com as intervenções padronizadas exigidas nos ECR, que buscam isolar e padronizar intervenções específicas para avaliar sua eficácia. Essa exigência, contudo, pode distorcer a abordagem terapêutica das MTCTI, tornando os ECR inadequados para sua avaliação. Assim, os projetos de estudo devem ser alinhados com o sistema em avaliação, incorporando a dupla classificação (biomédica e baseada nas MTCTI)²³.

Uma revisão sistemática de Fischer et al.²⁷ revelou um consenso em torno da necessidade de combinar diferentes desenhos metodológicos para responder às questões de pesquisa sobre as MTCTI²⁷. Os métodos quantitativos, sobretudo os ECR, apresentam limitações importantes, como altos custos e restrições à validade externa, decorrentes da padronização de intervenções e da seleção de participantes. Nesse contexto, a pesquisa pragmática surge como uma alternativa, ao avaliar os efeitos clínicos em situações reais, comparar diferentes opções terapêuticas, incluir uma gama diversificada de usuários e considerar os resultados relevantes para cada um deles^{27,28}. Além disso, os métodos mistos, que integram abordagens quantitativas e qualitativas, também se mostram promissores ao permitirem uma compreensão mais completa da MTCTI, valorizando tanto os dados numéricos quanto as experiências subjetivas²⁷. Essa abordagem possibilita avaliar resultados que são relevantes para os usuários, para a biomedicina e para a prática estudada²³.

A pandemia de Covid-19 expôs fraquezas, limitações e a rigidez dogmática da MBE. Greenhalgh et al.²⁹ argumentaram que a rigidez da hierarquia de evidências se mostrou inadequada para lidar com a complexidade e a urgência da crise sanitária, defendendo a incorporação de uma gama mais ampla de evidências e uma abordagem mais pluralista para definir o que constitui evidência de “alta qualidade”.

Uma crítica à MBE reside na sua insensibilidade e invariância (tanto nos critérios quanto nos métodos) ao abordar problemas clínicos. O exercício rígido de seus princípios, independentemente da gravidade e das circunstâncias clínicas e institucionais, revela-se inadequado. A MBE não deve ser aplicada indiscriminadamente pelos profissionais sem que sejam considerados a natureza dos problemas e os contextos

em que estes ocorrem. A rede de segurança e o risco clínico; o contexto institucional; o prognóstico provável; e o acesso aos cuidados devem influenciar a forma como a evidência é interpretada e aplicada.

Os argumentos que criticaram a rigidez da MBE durante a pandemia (que exigiu intervenções urgentes) podem ser invertidos no contexto da APS. As circunstâncias da APS diferem das observadas em hospitais e clínicas especializadas, nas quais a gravidade clínica é maior. Na APS, os casos costumam ser benignos, sem caráter de urgência e com prognóstico favorável – muitos apresentam quadros inespecíficos em fase inicial –; e beneficiam-se do fácil acesso à *expertise* biomédica. Nessas condições, diversas doenças, síndromes dolorosas, sintomas isolados, sintomas sem explicação médica e transtornos mentais comuns podem ser abordados por MTCTI por meio de intervenções multimodais, sobretudo quando integradas a sistemas médicos complexos. A estratégia da “demora permitida” (*watchful waiting*) pode ser enriquecida por práticas de reequilíbrio e autocuidado oferecidas pelas MTCTI, geralmente bem aceitas pelos usuários³⁰. Nesse cenário, as MTCTI merecem ser consideradas sob uma perspectiva distinta – hoje inexistente – e exigem maior flexibilidade na hierarquia de evidências aplicada à APS.

As mudanças que a integração das MTCTI na APS exige são desafiadoras. É preciso considerar sem dogmatismo sistemas de conhecimento, cosmologias, doutrinas, diagnósticos e intervenções distintos da biomedicina, enfrentando preconceitos institucionais e atitudes negativas em relação à pesquisa e à integração das MTCTI nos cuidados de saúde³¹. Há também questões sobre a plausibilidade biológica de certas práticas, frequentemente avaliadas por uma ótica fisicalista e mecanicista que ignora pesquisas de ponta. A MBE tende a desqualificar saberes externos à biomedicina, mas, apesar disso, a validação epistêmica das MTCTI avançou lentamente: sua eficácia tem sido reconhecida e algumas práticas já são parcialmente incorporadas na APS.

Medicina Baseada em Evidências e medicinas tradicionais, complementares e integrativas: aplicação parcial e tendenciosa

A MBE não tem sido adequadamente aplicada às MTCTI. As diretrizes clínicas são desenvolvidas por comitês que devem realizar uma análise rigorosa da literatura científica usando ferramentas como o Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) ou estruturas semelhantes que sistematizam a avaliação da qualidade da evidência³². Contudo, as diretrizes clínicas baseadas em evidências podem negligenciar os princípios fundamentais da MBE, privilegiando determinadas práticas em detrimento de outras. Um exemplo notório envolvendo uma das MTCTI mais estudadas e testadas sob a égide da MBE é a diretriz para dor lombar do National Institute for Health and Care Excellence (NICE)³³. Apesar da existência de evidências de qualidade razoável que sustentam a eficácia da acupuntura³⁴⁻³⁶, a diretriz contraindica seu uso³³. A justificativa apresentada é que a diferença nos benefícios entre acupuntura e acupuntura *sham* não atingiu significância clínica, conforme exigido pelo protocolo. A aplicação inflexível desse protocolo resultou no afastamento de uma intervenção mais eficaz e segura em relação àquelas recomendadas, que incluem

anti-inflamatórios e, em caso de contraindicação, intolerância ou ineficácia destes, opioides fracos, baseados na opinião de especialistas (e não nas evidências). A aplicação da MBE foi inconsistente e desigual – rígida para acupuntura e vaga para outras intervenções³⁷. Essa situação questiona seriamente a validade da MBE, uma vez que a diretriz do NICE é considerada de alta qualidade²⁰.

Um segundo exemplo é o Practical Approach to Care Kit (PACK)³⁸, um conjunto de diretrizes clínicas desenvolvidas para apoiar profissionais da APS, também usado no Brasil. No PACK, apenas duas modalidades de MTCTI foram incluídas: auriculoterapia (AT), restrita ao tratamento de dor lombar mecânica e cervicalgia, e acupuntura, limitada a vários tipos de dor e dispepsia/azia. Provavelmente, apenas os ensaios clínicos considerados de alta qualidade foram usados como critério de validação. Essa abordagem ignora a necessidade de metodologias específicas para avaliar a MTCTI. Embora diretrizes baseadas em evidências para a APS, como o PACK, possam trazer benefícios (por exemplo, melhor compartilhamento e redistribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros e incorporação da MBE nas condutas clínicas)³⁹, sua dependência exclusiva de níveis hierárquicos elevados de evidência e a conclusão frequente de que as evidências relacionadas às MTCTI são escassas e de baixa qualidade tendem a excluir a maior parte dessas práticas.

A nossa crítica central ao uso da MBE nas MTCTI é que as discussões tendem a girar exclusivamente em torno do primeiro pilar da MBE (qualidade da evidência disponível), e geralmente ali se encerram, sem considerar os outros pilares (experiência profissional; valores e preferências do paciente; e circunstâncias clínicas e institucionais). Os outros pilares, se fossem considerados, influenciariam a direção e a força das recomendações e decisões. O GRADE reconhece indiretamente esta influência ao afirmar: “Os painéis podem emitir uma forte recomendação contra uma intervenção quando há incerteza sobre os benefícios, mas confiança nos efeitos adversos e no uso de recursos”⁴⁰ (p. 731). Da mesma forma, se há pouca certeza sobre os benefícios, mas confiança de que os efeitos adversos são mínimos e os custos são baixos, uma recomendação favorável pode ser emitida para uma MTCTI em um contexto específico. Este é o caso do uso da auriculoterapia (AT) na APS com sementes não invasivas aderidas à pele.

Para desenvolver recomendações clínicas para o uso de AT na APS, revisões sistemáticas seguindo o GRADE foram conduzidas para 13 condições clínicas comuns (ansiedade; constipação; depressão; dismenorreia; dor crônica; insônia; dor lombar; náuseas e vômitos; obesidade; osteoartrite; problemas dentários; rinite; e cessação do tabagismo). 98 ensaios clínicos foram analisados, sendo que seus principais problemas metodológicos envolviam um pequeno número de estudos por condição (variando de dois a 16); tamanhos de amostra pequenos, acompanhamentos curtos; e problemas de alocação, cegamento e análise por intenção de tratar. Seis ensaios foram de alta qualidade, 33 de qualidade aceitável e 59 de baixa qualidade, de acordo com o Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)-50⁴¹. Os resultados foram quase sistematicamente positivos em comparação com os controles, incluindo aqueles de alta qualidade.

Para ampliar a base empírica das recomendações, 31 revisões sistemáticas também foram analisadas, cobrindo nove dessas condições. De acordo com o SIGN-50, 11

eram de alta qualidade, 16 de qualidade aceitável e apenas quatro de baixa qualidade. Eles convergiram para uma indicação de provável eficácia superior aos controles, mas suas conclusões foram todas cautelosas devido aos problemas de qualidade dos ECR mencionados acima.

Dada a segurança da AT⁴², sua plausibilidade biológica por meio de mecanismos neurofisiológicos conhecidos⁴³, seu baixo custo, seu ambiente de uso (APS), a experiência profissional e a alta aceitação pelos usuários brasileiros, todos amplamente positivos (conforme documentado na literatura nacional, que é consensual sobre o assunto), as recomendações emitidas foram favoráveis à AT⁴⁴. No entanto, estas são as únicas diretrizes positivas conhecidas até o momento. A AT exemplifica nosso argumento de que a aplicação da MBE às MTCTI se encerra prematura e negativamente na crítica da qualidade da evidência, sem considerar os outros pilares. Contudo, o que se sabe sobre os outros pilares da MBE em relação às MTCTI?

Geralmente, os profissionais das MTCTI que trabalham em ambientes ambulatoriais convencionais são entusiastas dessas práticas, tendo aprendido sobre elas por iniciativa própria e praticando-as em condições adversas (para as MTCTI), necessitando adaptar essas práticas ao contexto cultural-institucional biomédico. Eles normalmente fornecem esses serviços sem conflitos com seus ideais profissionais, baseados em várias justificativas^{45,46}. Sua experiência clínica e o conhecimento derivado dela (o segundo pilar da MBE), que são valorizados nos cuidados convencionais, geralmente influenciam favoravelmente o uso das MTCTI. Veja-se, por exemplo, o uso da AT para questões de saúde mental na APS no Brasil⁴⁷⁻⁴⁹.

Além disso, os profissionais convencionais treinados em MTCTI são capazes de abordar alguns desafios de saúde pública, como a resistência antimicrobiana, usando recursos biomédicos (antibióticos) de forma mais racional⁵⁰, sugerindo efeitos colaterais benéficos da experiência em MTCTI.

Em algumas modalidades de MTCTI, especialmente sistemas médicos complexos, a experiência clínica e o conhecimento foram acumulados durante séculos. Nesses casos, o conhecimento, as técnicas e o raciocínio clínico foram moldados pela experiência de muitas gerações de profissionais e devem ser considerados na MBE. Assim, a omissão no que se refere a considerar esses saberes no desenvolvimento de diretrizes e na aplicação da MBE constitui uma contradição com os princípios da própria MBE.

A experiência clínica geralmente positiva com as MTCTI não existe entre não praticantes. Porém, uma parte significativa dos profissionais as pratica⁵¹. Assim, a experiência clínica positiva acumulada por esses praticantes não pode ser ignorada: para quem tem experiência com MTCTI, esse conhecimento deve ser considerado na tomada de decisão.

Os valores desempenham um papel crucial na produção e aplicação de evidências⁵². Ignorar os valores do paciente (o terceiro pilar da MBE) pode levar a decisões que são tecnicamente aceitáveis na biomedicina, mas prejudiciais ao cuidado, particularmente quando a personalização é crucial para a eficácia, como em várias modalidades de MTCTI. Uma proporção significativa de usuários tem afinidades filosóficas/cosmológicas com algumas MTCTI⁵³. Muitos preferem reduzir o risco de iatrogenia, uma característica comum de várias modalidades de MTCTI, especialmente em doenças

crônicas. Os profissionais de MTCTI tendem a ter melhores relacionamentos clínicos, incentivam o envolvimento do paciente nos cuidados e no autocuidado e facilitam o empoderamento do paciente e a tomada de decisões compartilhadas⁵⁴: tudo isso é preditor de melhores resultados clínicos.

A prática de muitas modalidades de MTCTI envolve diagnósticos e tratamentos holísticos e individualizados, bem como valores como equilíbrio e harmonia⁵⁵, com conceitos etiológicos que enfatizam fatores sociais, ambientais, emocionais e espirituais⁵⁶. As MTCTI estimulam a autocura, um aspecto ausente nos cuidados convencionais. Isso é especialmente relevante na APS, na qual os usuários costumam ser saudáveis e podem se beneficiar de estímulos à autorregulação, promovendo a cura de dentro para fora, uma abordagem valorizada por muitos pacientes⁵⁷.

De acordo com o último pilar da MBE, as decisões clínicas devem considerar o contexto clínico e organizacional, recursos disponíveis, custos, acesso e tipo de sistema de saúde. Esses fatores influenciam o que é possível ou preferível¹¹. Como mencionado, a gravidade clínica é geralmente baixa na APS. Condições indiferenciadas e sintomas medicamente inexplicáveis representam até 45% das consultas médicas na APS⁵⁸. Combinados com diagnósticos puramente descritivos (como dor lombar, dores de cabeça, artralgia e mialgia), esses casos representam mais da metade das consultas, frequentemente recebendo uma interpretação biomédica pobre e gerenciamento farmacológico apenas sintomático, levando a efeitos adversos. Além disso, as questões de saúde mental representam de 20 a 25% da demanda dos pacientes e evidências crescentes sugerem piores resultados a longo prazo com o uso de medicação psicotrópica⁵⁹. Essas circunstâncias da APS são favoráveis ao uso das MTCTI.

Por outro lado, a multimorbidade e a polifarmácia são altamente prevalentes, particularmente entre idosos e indivíduos com doenças crônicas. Os ECR, por seu design, tendem a excluir pacientes sem diagnósticos claros, aqueles com múltiplas condições, os idosos e aqueles com doenças crônicas. A biomedicina tende a se concentrar no controle farmacológico dos sintomas, parâmetros fisiopatológicos e fatores de risco, o que está associado à iatrogenia e à cronificação dos cuidados médicos. No entanto, na APS, há segurança adicional derivada dos cuidados longitudinais, abordagens centradas na pessoa, fácil acesso e a experiência biomédica dos profissionais, tornando as MTCTI uma opção amplamente promissora e já um tanto praticada⁶⁰, embora menos do que poderia.

Considerando todos os pilares da MBE, sua aplicação à MTCTI no contexto da APS deve gerar várias recomendações favoráveis, mas este não tem sido o caso: apenas algumas modalidades de MTCTI foram lentamente incorporadas às diretrizes e manuais. As diretrizes tendem a ignorar as MTCTI ou mesmo a contraindicá-las, baseando-se unicamente na escassez e na baixa qualidade das evidências disponíveis. Isso dificulta a sua utilização, criando um ambiente profissional e cientificamente adverso. Interesses corporativos e econômicos, juntamente com uma subcultura biomédica preconceituosa e oposta à MTCTI, provavelmente contribuem para a relativa escassez de pesquisas adequadas do ponto de vista metodológico e para a fragilidade/escassez das recomendações favoráveis ao uso das MTCTI na APS. As diretrizes clínicas não diferenciam o contexto da APS de outros ambientes de saúde, o que parece ser um sintoma do desrespeito pelas circunstâncias clínicas na aplicação da MBE. Como

resultado, a legitimação da MTCI tem sido mais lenta e marginal do que uma aplicação justa e racional da MBE preveria no ambiente da APS – atraso que pode ser atribuído a uma forma de colonização das MTCI pela biomedicina^{61,62}.

Propostas e desafios

Sistemas médicos inteiros (*whole medical systems*) ou racionalidades médicas vitalistas demandam métodos investigativos apropriados, devido à sua alteridade epistêmica e cultural, o que tem sido destacado na literatura científica. Sua estranheza e seu potencial de ser uma alternativa à biomedicina em certas situações deveriam inspirar curiosidade e abertura em vez de antipatia, enquanto sua singularidade justifica um exame minucioso. Além disso, a MBE deve ser aplicada seguindo seus quatro pilares, com atenção às suas limitações e desafios.

É preciso investir em metodologias científicas inovadoras⁶³. Evidências do mundo real oferecem uma perspectiva sensível e informativa sobre as MTCI⁶⁴. Experiências bem-sucedidas mostram a integração efetiva das MTCI em contextos hospitalares^{65,66}. Essas abordagens são sustentadas por investigações metodológicas realizadas por serviços de saúde que adotam uma ótica multidisciplinar ao avaliar como fatores sociais, financiamento, estruturas, processos organizacionais, tecnologias e comportamentos pessoais influenciam o acesso e a qualidade do cuidado, oferecendo assim uma alternativa além dos ECRs⁶⁷.

A obtenção de informação a partir do conhecimento tradicional requer metodologias decoloniais⁶⁸. A rica diversidade étnica e o saber tradicional das Américas⁶⁹ são subvalorizados pela abordagem eurocêntrica das MTCI. Enquanto os colonizadores europeus exploraram recursos naturais e o trabalho duro dos nativos do resto do mundo, a biomedicina replicou padrões de apropriação sobre saberes tradicionais em saúde. Esse processo pode ser atenuado envolvendo pesquisadora(e)s indígenas para evitar traduções errôneas, apropriação do conhecimento e vieses, e para garantir que a pesquisa beneficie as comunidades estudadas. Um exemplo é o trabalho do antropólogo tukano João Paulo Barreto Yurupi, que mapeou a construção de uma racionalidade indígena de saúde-doença⁷⁰.

Considerações finais

O emprego da MBE no lento processo de integração das MTCI aos sistemas de saúde ocidentais na APS tem tratado essas práticas de forma discriminatória, favorecendo o *status quo* da assistência convencional, ao invés de explorar as contribuições potenciais das MTCI, sob a justificativa da falta ou da baixa qualidade da “evidência”. Uma aplicação racional da MBE às MTCI seria mais justa e possivelmente mais favorável se considerados todos os seus pilares fundamentais: melhor evidência disponível; experiência profissional; valores e preferências do usuário; e contexto clínico e assistencial.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Contribuição dos autores

Tesser CD, Dall'Alba R e Sato ME contribuíram na concepção e delineamento do trabalho, participaram na discussão dos resultados; redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito.

Financiamento

Charles Dalcanale Tesser recebeu uma bolsa de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (protocolo n. 313822/2021-2).

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer ao professor Itamar S. Santos (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), pela sua leitura crítica do original e comentários; e à Simone Alleotti Tesser, pela revisão ortográfica do original.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor convidado

Nelson Barros

Submetido em

11/02/25

Aprovado em

10/10/25

Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.
2. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*. 2017; 390(10092):415-23. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31592-6.
3. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2018.
4. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff (Millwood)*. 1984; 3(2):6-32. doi: 10.1377/hlthaff.3.2.6.
5. Faria L, Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2021; 28(1):59-78. doi: 10.1590/S0104-59702021000100004.
6. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract*. 2014; 20(6):908-14. doi: 10.1111/jep.12147.
7. Dall'Alba R, Rocha DG. Brazil's response to COVID-19: commercial determinants of health and regional inequities matter. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(6):e726-7. doi: 10.1016/s2214-109x(21)00146-7.
8. Harrison S, Moran M, Wood B. Policy Emergence and Policy Convergence: The Case of 'Scientific-Bureaucratic Medicine' in the United States and United Kingdom. *Br J Polit Int Relat*. 2002; 4(1):1-24. doi: 10.1111/1467-856X.41068.
9. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998; 280(18):1569-75. doi: 10.1001/jama.280.18.1569.
10. Levin JS, Glass TA, Kushi LH, Schuck JR, Steele L, Jonas WB. Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine. A methodological manifesto. NIH Office of Alternative Medicine. *Med Care*. 1997; 35(11):1079-94. doi: 10.1097/00005650-199711000-00001.
11. Portney LG. Foundations of Clinical Research: Applications to Evidence-Based Practice. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2020.
12. Portney LG, Watkins MP. Foundations of Clinical Research: Applications to Practice. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015.
13. Ratnani I, Fatima S, Abid MM, Surani Z, Surani S. Evidence-Based Medicine: history, review, criticisms, and pitfalls. *Cureus*. 2023; 15(2):e35266. doi: 10.7759/cureus.35266.
14. Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B, Godlee F, Macdonald H, Jarvies D. Evidence based medicine manifesto for better healthcare: a response to systematic bias, wastage, error and fraud in research underpinning patient care. *Evid Based Med*. 2017; 22(4):120-2. doi: 10.1136/ebmed-2017-j2973rep.
15. Heneghan C, Goldacre B, Mahtani KR. Why clinical trial outcomes fail to translate into benefits for patients. *Trials*. 2017; 18(1):122. doi: 10.1186/s13063-017-1870-2.
16. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014; 348:g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725.

17. Ioannidis JPA. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol*. 2016; 73:82-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.02.012.
18. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the “Evidence” of “Evidence-Based Medicine”. *Am J Med*. 1997; 103(6):529-35. doi: 10.1016/s0002-9343(97)00244-1.
19. Pan American Health Organization. HEARTS technical package: Team-based care [Internet]. Washington: PAHO; 2020 [cited 2025 Jan 2]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/heart-technical-package-team-based-care>
20. Tesser CD, Norman AH. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II): aproximação contextual. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021; 16(43):2566. doi: 10.5712/rbmfc16(43)2566.
21. Public Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American. Need for Innovative Designs in Research on CAM and Conventional Medicine [Internet]. In: *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005 [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83801/>
22. Baars EW, Hamre HJ. Whole Medical Systems versus the System of Conventional Biomedicine: a Critical, Narrative Review of Similarities, Differences, and Factors That Promote the Integration Process. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017; 2017:4904930. doi: 10.1155/2017/4904930.
23. Verhoef MJ, Lewith G, Ritenbaugh C, Boon H, Fleishman S, Leis A. Complementary and alternative medicine whole systems research: beyond identification of inadequacies of the RCT. *Complement Ther Med*. 2005; 13(3):206-12. doi: 10.1016/j.ctim.2005.05.001.
24. Kessler C, Michalsen A. The role of whole medical systems in global medicine. *Forsch Komplementmed*. 2012; 19(2):65-6. doi: 10.1159/000338294.
25. Mills PJ, Patel S, Barsotti T, Peterson CT, Chopra D. Advancing Research on Traditional Whole Systems Medicine Approaches. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2017; 22(4):527-30. doi: 10.1177/2156587217745408.
26. Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO; 2012.
27. Fischer HF, Junne F, Witt C, Von Ammon K, Cardini F, Fønnebø V, et al. Key issues in clinical and epidemiological research in complementary and alternative medicine: a systematic literature review. *Forsch Komplementmed*. 2012; 19 Suppl 2:51-60. doi: 10.1159/000343126.
28. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2012; 172(19):1444-53. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3654.
29. Greenhalgh T, Fisman D, Cane DJ, Oliver M, Macintyre CR. Adapt or die: how the pandemic made the shift from EBM to EBM+ more urgent. *BMJ EBM*. 2022; 27(5):253. doi: 10.1136/bmjebm-2022-111952.
30. Tesser CD, Norman AH. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42):2551. doi: 10.5712/rbmfc15(42)2551.
31. Raja M, Cramer H, Lee MS, Wieland L, Ng JY. Addressing the challenges of traditional, complementary, and integrative medicine research: an International

- perspective and proposed strategies moving forward. *Perspect Integr Med*. 2024; 3(2):86-97. doi: 10.56986/pim.2024.06.004.
32. Piggott T, Morgan RL, Cuello-Garcia CA, Santesso N, Mustafa RA, Meerpohl JJ, et al. Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluations (GRADE) notes: extremely serious, GRADE's terminology for rating down by three levels. *J Clin Epidemiol*. 2020; 120:116-20. doi: 10.1016/j.jclinepi.2019.11.019.
 33. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management [Internet]. Manchester: NICE; 2020 [cited 2025 Oct 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
 34. Haake M, Müller H-H, Schade-Brittinger C, Basler HD, Schäfer H, Maier C, et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. *Arch Intern Med*. 2007; 167(17):1892-8. doi: 10.1001/archinte.167.17.1892.
 35. Vickers A. The NIH Methodology Conference: the methodology debate in the United Kingdom during the past ten years. *J Altern Complement Med*. 1995; 1(2):209-12. doi: 10.1089/acm.1995.1.209.
 36. Xiang Y, He J-Y, Tian H-H, Cao B-Y, 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. doi: 10.1136/acupmed-2017-011445.
 37. 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):247-8. doi: 10.1089/acm.2017.0029.
 38. Cornick R, Picken S, Wattrus C, Awotiwo A, Carkeek E, Hannington J, et al. The Practical Approach to Care Kit (PACK) guide: developing a clinical decision support tool to simplify, standardise and strengthen primary healthcare delivery. *BMJ Glob Health*. 2018; 3 Suppl 5:e000962. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000962.
 39. Celuppi IC, Pires DEP, Mendes M, Amadigi FR, Martins MMFPS, Luandeiro MJL, et al. Uso do Practical Approach to Care Kit adulto por enfermeiros: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*. 2025; 38:eAPE0002421. doi: 10.37689/acta-ape/2025AR0002421.
 40. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie k, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013; 66(7):726-35. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.02.003.
 41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: a guideline developer [Internet]. 2019 [cited 2025 Feb 3]. Available from: <https://testing36.scot.nhs.uk>
 42. Tan J-Y, Molassiotis A, Wang T, Suen LKP. Adverse events of auricular therapy: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014; 2014:506758. doi: 10.1155/2014/506758.
 43. Mercante B, Ginatempo F, Manca A, Melis F, Enrico P, Deriu F. Anatomico-physiologic basis for auricular stimulation. *Med Acupunct*. 2018; 30(3):141-50. doi: 10.1089/acu.2017.1254.
 44. SeTIC-UFSC. Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica [Internet]. Florianópolis: SeTIC-UFSC; 2019 [cited 2025 Oct 10]. Available from: <https://auriculoterapiasus.ufsc.br/recomendacoes/>

45. Ostermaier A, Barth N, Linde K. How german general practitioners justify their provision of complementary and alternative medicine - a qualitative study. *BMC Complement Med Ther.* 2020; 20(1):111. doi: 10.1186/s12906-020-02907-6.
46. Raaphorst N, Houtman D. 'A necessary evil that does not "really" cure disease': the domestication of biomedicine by Dutch holistic general practitioners. *Health (London).* 2016; 20(3):242-57. doi: 10.1177/1363459315583154.
47. Damasceno KSM, Oliveira GM, Beltrame M, Coelho JMF, Pimentel RFW, Mercês MC. Effectiveness of auriculotherapy on stress reduction in health workers: a controlled randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enferm.* 2023; 30:e3771. doi: 10.1590/1518-8345.5992.3772.
48. Munhoz OL, Morais BX, Santos WM, Paula CC, Magnago TSBS. Effectiveness of auriculotherapy for anxiety, stress or burnout in health professionals: a network meta-analysis. *Rev Lat Am Enferm.* 2022; 30:e3708. doi: 10.1590/1518-8345.6219.3708.
49. Cunha JHS, Aragão FBA, Souza LB, Frizzo HCF, Fiorati RC. The use of auriculotherapy in mental health care: an integrative review. *REFACS.* 2022; 10(1):156-70. doi: 10.18554/refacs.v10i1.5074.
50. Van der Werf ET, Duncan LJ, Flotow PV, Baars EW. Do NHS GP surgeries employing GPs additionally trained in integrative or complementary medicine have lower antibiotic prescribing rates? Retrospective cross-sectional analysis of national primary care prescribing data in England in 2016. *BMJ Open.* 2018; 8(3):e020488. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020488.
51. Fønnebo V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, et al. Researching complementary and alternative treatments - the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol.* 2007; 7:7. doi: 10.1186/1471-2288-7-7.
52. Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics.* 2015; 16(1):69. doi: 10.1186/s12910-015-0063-3.
53. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998; 279(19):1548-53. doi: 10.1001/jama.279.19.1548.
54. Lowenberg JS, Davis F. Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociol Health Illn.* 1994; 16(5):579-99. doi: 10.1111/1467-9566.ep11348024.
55. Scott AL. Paradoxes of holism: some problems in developing an antioppressive medical practice. *Health (London).* 1999; 3:131-49. doi: 10.1177/136345939900300201.
56. Sered S, Agigian A. Holistic sickening: breast cancer and the discursive worlds of complementary and alternative practitioners. *Sociol Health Illn.* 2008; 30(4):616-31. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01076.x.
57. Faqueti A, Tesser CD. Use of Complementary and Alternative Medicine in primary healthcare in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil: user perception. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(8):2621-30. doi: 10.1590/1413-81232018238.22012016.
58. Chew-Graham CA, Heyland S, Kingstone T, Shepherd T, Buszewicz M, Burroughs H, et al. Medically unexplained symptoms: continuing challenges for primary care. *Br J Gen Pract.* 2017; 67(656):106-7. doi: 10.3399/bjgp17X689473.
59. Secco AC, Tesser CD. Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde. *Saude Debate.* 2023; 47(139):941-56. doi: 10.1590/0103-1104202313916.
60. Freeman TR. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017.
61. Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociol Compass.* 2014; 8(6):805-22. doi: 10.1111/soc4.12182.
62. Hollenberg D, Muzzin L. Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociol Rev.* 2010; 19(1):34-56. doi: 10.5172/hesr.2010.19.1.034.

63. Lee Y-S, Lee MS, Moher D, Ha I-H, Liu J-P, Alræk T, et al. Robust evidence in integrative medicine: innovations, challenges, and future directions. *Perspect Integr Med.* 2024; 3(3):162-7. doi: 10.56986/pim.2024.10.005.
64. Council for International Organizations of Medical Sciences. Council for International Organizations of Medical Sciences. Real-world data and real-world evidence in regulatory decision making [Internet]. Geneva: CIOMS; 2024 [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://cioms.ch/publications/product/real-world-data-and-real-world-evidence-in-regulatory-decision-making/>
65. Lin Y-R, Lin W-C, Wu M-Y, Lin C-L, Yang S-T, Yen H-R. Complementary chinese herbal medicine treatment is associated with a reduction of surgical rate in patients with dysfunctional uterine bleeding: a propensity-score matched cohort study. *Int J Womens Health.* 2024; 16:1361-75. doi: 10.2147/ijwh.s461730.
66. Park J, Bak S, Chu H, Kang S, Youn I, Jun H, et al. Current research status and implication for further study of real-world data on East Asian traditional medicine for heart failure: a scoping review. *Healthcare (Basel).* 2023; 12(1):61. doi: 10.3390/healthcare12010061.
67. Lohr KN, Steinwachs DM. Health services research: an evolving definition of the field. *Health Serv Res.* 2002; 37(1):15-7. doi: 10.1111/1475-6773.01020.
68. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2005 [cited 2024 Aug 5]. Available from: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1661>
69. Sousa IMC, Dall'Alba R. Relatório Mapeamento das Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas na Região das Américas e Caribe [Internet]. Brasília: OPAS-FIOCRUZ; 2022 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://observapics.fiocruz.br/produtos/relatorios/relatorio-mapeamento-das-mtci-nas-americas-e-caribe/>
70. Barreto JPL. O mundo em mim - uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro. Brasília: Mil Folhas; 2022.

Evidence-based medicine (EBM) has contributed to scientifically update diagnostic and therapeutic decisions. However, its application to traditional, complementary and integrative medicine (TCIM) faces challenges, especially in primary health care (PHC). This essay analyzes problems in the application of EBM to TCIM in PHC. It argues against the tendency to limit such application to the assessment of the methodological quality of quantitative evidence. It defends the insufficiency/inadequacy of EBM as the sole criterion for validating TCIM in PHC, the need to consider the complexity of some of these practices and the full application of EBM, integrating critical evaluation of the best scientific evidence, professionals' experience, users' preferences/values, and care circumstances - consensual pillars of EBM that have not been applied in a balanced way. Thus, EBM would be better used in integrating TCIM into health care in PHC.

Keywords: Evidence-based medicine. Traditional medicine. Complementary therapies. Primary health care.

La medicina basada en la evidencia (MBE) ha actualizado científicamente las decisiones clínicas, aplicándose también a las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI). Analizamos los problemas en la aplicación de la MBE a la MTCI en la Atención Primaria de Salud (APS). Argumentamos contra la limitación de esta aplicación a la evaluación de la calidad metodológica de la evidencia cuantitativa. Defendemos la insuficiencia/inadecuación de la MBE como único criterio de validación de las MTCI, la necesidad de considerar la complejidad de estas prácticas y la plena aplicación de la MBE, integrando la evaluación crítica de la mejor evidencia científica, la experiencia de los profesionales, las preferencias/valores de los usuarios y las circunstancias asistenciales - pilares consensuados de la MBE que no se han aplicado de forma equilibrada, mejorando así la integración de las MTCI en la APS.

Palabras clave: Medicina basada en la evidencia. Medicina tradicional. Terapias complementarias. Atención primaria de salud.