

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
PERNAMBUCO
TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

KEROLLEN THALITA CORRÊA PEREIRA

**GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO CUIDADO À DOR MUSCULOESQUELÉTICA**

Abreu e Lima

2025

KEROLLEN THALITA CORRÊA PEREIRA

**GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS
E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À DOR MUSCULOESQUELÉTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Tecnólogo em Gestão Hospitalar do Instituto
Federal de Ciência e Tecnologia de
Pernambuco – Campus Abreu e Lima, como
requisito de qualificação.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camilla Maria
Ferreira de Aquino

Abreu e Lima

2025

Ficha Catalográfica

P436g	Pereira, Kerollen Thalita Corrêa Gestão de serviços de saúde com práticas integrativas e complementares no cuidado à dor musculoesquelética / Kerollen Thalita Corrêa Pereira. – Abreu e Lima, PE: O autor, 2026. 49 f.: color Il. Orientadora: Camilla Maria Ferreira de Aquino Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar. 1. Práticas integrativas e complementares em saúde. 2. Dor musculoesquelética. 3. Terapias complementares. 4. Gestão em saúde. I. Título. CDD 615.8
-------	---

KEROLLEN THALITA CORRÊA PEREIRA

**GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS
E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À DOR MUSCULOESQUELÉTICA**

Trabalho aprovado. Abreu e Lima, 12 de Janeiro de 2026.

Camilla Maria Ferreira de Aquino

Professora Orientadora

José Alex Alves dos Santos

Convidado 1

Heloneida Neves Romão

Convidado 2

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa não apenas uma etapa acadêmica, mas a materialização de uma trajetória marcada por escolhas árduas, superação e a busca pelos meus sonhos.

Agradeço, primeiramente, ao meu namorado Wellington Alves, companheiro incansável em todos os momentos, pelo amor, parceria, renúncias, incentivo diário e compreensão diante os desafios que enfrentamos juntos.

À minha mãe, Conceição, por todo apoio, carinho e força transmitidos ao longo da vida. Obrigada por acreditar em mim, mesmo nos dias em que acreditei ser impossível.

Ao meu irmão Manoel Maciel, cuja deficiência me ensinou sobre empatia e dedicação e, sobretudo, foi a razão primeira que me aproximou da enfermagem e da gestão hospitalar. A vontade de mudar a sua realidade me trouxe até aqui.

À Maria Paula e Ana Paula, minhas irmãs, fontes inesgotáveis de amor e saudade. Obrigada por me lembrarem que, mesmo distantes, o crescimento pessoal nos aproxima e que cada passo dado nessa jornada é também um passo em direção ao reencontro com vocês e com uma melhor versão de mim mesma.

À minha sogra, Antônia Lopes, pelo exemplo de força, incentivo e pelo acolhimento. A sua força e sabedoria me direcionou até aqui.

Registro também minha gratidão aos meus grandes amigos e parceiros de jornada: a Laura Vitória pela risada garantida todos os dias e senso crítico alinhado; ao Ryan Lucas por me ensinar sobre bondade e solidariedade; e Rafaela Flor, por me permitir exercitar a resiliência e ensino. Ao meu quarteto fantástico, que dividiu comigo dúvidas, risos, angústias e lanches. A minha amiga Alice Pereira, que sempre esteve na arquibancada da vida torcendo por mim, me ouvindo nos meus dias difíceis. A amizade de vocês tornou essa fase mais leve e inesquecível.

Minha homenagem especial à professora Camilla Aquino, referência acadêmica e profissional, que se tornou parte da minha identidade, tanto que os colegas carinhosamente me atribuíram seu sobrenome. Sua amizade muito antes da orientação mostrou o verdadeiro poder de um orientador na vida acadêmica e pessoal de um aluno. Obrigada por acreditar em mim, me apoiar e me permitir conhecer pessoas tão magníficas quanto você.

A todos vocês, que fazem parte da minha história, deixo meu mais sincero agradecimento. Sem cada um de vocês, esta conquista não seria possível.

“A organização dos serviços de saúde expressa as relações sociais e as formas de gestão do cuidado em uma sociedade.”

— *Sérgio Arouca.*

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm sido incorporadas aos sistemas de saúde como estratégias de cuidado que ampliam as possibilidades terapêuticas no manejo da dor musculoesquelética. No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares orienta sua oferta prioritária na Atenção Primária à Saúde (APS), de forma integrada e multiprofissional. O objetivo deste estudo foi analisar as formas de oferta e aplicação das PICS com efetividade comparada positiva no tratamento da dor musculoesquelética. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada a partir de publicações científicas indexadas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL, Scopus e Web of Science, no período de 2020 a 2025. Foram selecionados 26 artigos para análise. A partir dos estudos incluídos, discutiram-se aspectos relacionados às estratégias de cuidado com PICS, considerando o nível de atenção, a organização dos serviços e o perfil profissional envolvido. Os resultados evidenciaram concentração da oferta das PICS em serviços públicos de média e alta complexidade, com predominância de intervenções realizadas por médicos especialistas, além de fragmentação da oferta, ausência de protocolos padronizados e limitação de indicadores para avaliação de resultados. Esses achados revelam um descompasso entre a implementação das PICS nos serviços de saúde e as diretrizes da PNPIC e da Organização Mundial da Saúde, que preconizam sua inserção prioritária na APS. Conclui-se que, embora as PICS apresentem efetividade no manejo da dor musculoesquelética, sua consolidação como parte integrante do cuidado em saúde depende do fortalecimento da organização dos serviços, da atuação multiprofissional e da qualificação da gestão.

Palavras-chaves: Efetividade; Terapias Complementares; Dor Musculoesquelética.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Health Practices (ICHP) have been incorporated into health systems as care strategies that expand therapeutic possibilities in the management of musculoskeletal pain. Within the Brazilian Unified Health System, the National Policy on Integrative and Complementary Practices guides their priority provision in Primary Health Care (PHC), in an integrated and multiprofessional manner. This study aimed to analyze the forms of provision and application of ICHP with positive comparative effectiveness in the treatment of musculoskeletal pain. This is a systematic literature review conducted using scientific publications indexed in the PubMed/MEDLINE, SciELO, Virtual Health Library, CINAHL, Scopus, and Web of Science databases, covering the period from 2020 to 2025. A total of 26 articles were selected for analysis. Based on the included studies, aspects related to ICHP care strategies were discussed, considering the level of care, service organization, and the professional profile involved. The results showed a concentration of ICHP provision in public medium- and high-complexity services, with a predominance of interventions performed by medical specialists, in addition to fragmented provision, lack of standardized protocols, and limited indicators for outcome evaluation. These findings reveal a mismatch between the implementation of ICHP in health services and the guidelines of the National Policy on Integrative and Complementary Practices and the World Health Organization, which recommend their priority integration into Primary Health Care. It is concluded that, although ICHP demonstrate effectiveness in the management of musculoskeletal pain, their consolidation as an integral component of health care depends on strengthening service organization, multiprofessional practice, and management capacity.

Keywords: Effectiveness; Complementary therapies; Musculoskeletal pain.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do processo da seleção final dos artigos. PRISMA. Abreu e Lima, 2025.

Tabela 1 – Informações gerais sobre PICS, sexo e faixa etária dos estudos. Abreu e Lima, 2025.

Tabela 2 – Instrumentos de avaliação e sua aparição nos 26 artigos incluídos. Abreu e Lima, 2025.

Tabela 3 – Descrição quanto ao nível de atenção e natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. Abreu e Lima, 2025.

Quadro 1 – Relação de descritores e sinônimos, combinados por operadores booleanos, utilizados na estratégia de busca para identificação dos estudos. Abreu e Lima, 2025.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos segundo Autor(es)/Título; Ano; Periódicos; País de Publicação e Fator de Impacto. Abreu e Lima, 2025.

Quadro 3 – Caracterização da comparação entre intervenções e resultados encontrados. Abreu e Lima, 2025.

Quadro 4 – Perfil profissional e sessões das intervenções com e sem PICS. Abreu e Lima, 2025.

Quadro 5 – Síntese das características organizacionais recorrentes nas intervenções com PICS associadas a melhores resultados clínicos. Abreu e Lima, 2025.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BDI – Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*)

BPI – Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory*)

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CROM – Amplitude de Movimento Cervical (*Cervical Range of Motion*)

DME – Dor Musculoesquelética

EQ-5D / EQ-5D-5L – EuroQol 5-Dimensões / EuroQol 5-Dimensões, 5 Níveis

FABQ – Questionário de Crenças de Evitamento do Medo (*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*)

FIQ / FIQR – Questionário de Impacto da Fibromialgia / Questionário Revisado de Impacto da Fibromialgia (*Fibromyalgia Impact Questionnaire / Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire*)

GH-10 – Saúde Global – 10 itens (*Global Health – 10 items*)

McGill / SF-MPQ – Questionário de Dor de McGill / Questionário de Dor de McGill – Forma Curta (*McGill Pain Questionnaire / Short-Form McGill Pain Questionnaire*)

MS – Ministério da Saúde

NDI – Índice de Incapacidade Cervical (*Neck Disability Index*)

NRS / NPRS / VNRS / PI-NRS – Escala Numérica de Dor / Escala Numérica de Avaliação da Dor / Escala Numérica Verbal de Dor / Escala Numérica de Intensidade da Dor (*Numeric Rating Scale / Numeric Pain Rating Scale / Verbal Numeric Rating Scale / Pain Intensity – Numeric Rating Scale*)

ODI / MODI – Índice de Incapacidade de Oswestry / Índice de Oswestry Modificado (*Oswestry Disability Index / Modified Oswestry Disability Index*)

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PPT – Limite de Pressão da Dor (*Pressure Pain Threshold*)

PROMIS-29 – Sistema de Medição de Resultados Relatados pelo Paciente – 29 itens (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*)

PROMIS-PI – Interferência da Dor (*Pain Interference*)

PSQI – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index*)

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RMDQ – Questionário de Incapacidade Roland–Morris (*Roland–Morris Disability Questionnaire*)

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SF-12 / SF-36 – Pesquisa de Saúde em Forma Curta (*Short Form Health Survey*)

SUS – Sistema Único de Saúde

VAS – Escala Visual Analógica (*Visual Analogue Scale*)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS	14
2.2 ESTRATÉGIA DE CUIDADO	15
2.3 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	16
2.4 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA (RSL).....	17
3 OBJETIVO GERAL	19
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 DESENHO DO ESTUDO	20
4.2 IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA	20
4.3 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....	20
4.4 COLETA DE DADOS.....	21
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
4.6 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E ANÁLISE DOS DADOS	22
5 RESULTADOS.....	23
6 DISCUSSÃO	39
7 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

Tem sido observado um crescimento exponencial, de caráter mundial, o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos últimos anos. Esse aumento foi impulsionado, em grande parte, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde os anos 2000, quando iniciou a promoção do desenvolvimento e a regulamentação das PICS nos sistemas de saúde, assim como ampliar o acesso, qualificar os profissionais e validar a eficácia das técnicas empregadas (Ruela, 2019).

Conhecida em outros países como Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), as PICS, assim conhecidas no Brasil, tem ganhado cada vez mais destaque no sistema de saúde brasileiro, sendo reconhecida e valorizada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela população (Contatore *et al.*, 2015). As PICS envolvem variadas abordagens, de diferentes origens que são utilizadas de forma integrada à medicina convencional. Essas práticas promovem um cuidado mais integral, focando no bem-estar dos indivíduos. Esse modelo de cuidado busca tratar não apenas os aspectos físicos das doenças, mas também considerar as dimensões emocionais, sociais e espirituais dos pacientes, oferecendo uma abordagem mais abrangente e personalizada para o tratamento da saúde (Zambelli *et al.*, 2024).

Ao se considerar as condições que mais afetam a população, tem-se a dor musculoesquelética no Brasil (Cardoso *et al.*, 2022). A dor musculoesquelética (DME) é uma condição que compromete o sistema locomotor, possuindo etiologia multicausal. O indivíduo acometido pode desenvolver manifestações agudas associadas a eventos específicos, ou crônicas, que se caracterizam por dor persistente em longos períodos. Os sintomas, que podem afetar o pescoço, ombros, região lombar e membros, frequentemente causam desconforto e limitações nas atividades diárias (Azevedo *et al.*, 2024).

Apesar dos avanços nos tratamentos para a DME, os usuários enfrentam dificuldades no alívio da dor, o que torna a DME uma condição desafiadora para os sistemas de saúde. As PICS surgem como uma alternativa terapêutica, no entanto, a implementação dessas práticas nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta desafios, como a falta de formação específica dos profissionais e a escassez de evidências consistentes sobre sua eficácia em larga escala (Silva *et al.*, 2023).

Atualmente, o Protocolo de Dor Crônica do município de São Paulo já registra a acupuntura, a auriculoterapia e a moxabustão como estratégias capazes de aliviar dores musculoesqueléticas. Além destas PICS, o protocolo preconiza outras técnicas, como terapia manual, agulhamento seco, yoga, tai chi chuan, terapia e fitoterapia, que também apresentam benefícios promissores. A integração dessas abordagens pode ampliar as opções de tratamento, proporcionando um cuidado mais humanizado e centrado no usuário (São Paulo, 2023).

A partir disso, fica evidente a necessidade de acompanhar o desenvolvimento e implementação das PICS na dor musculoesquelética pela crescente procura por alternativas não farmacológicas e a possibilidade de aprimorar a integração da PICS junto aos modelos tradicionais de cuidado já existentes. Logo, o presente estudo, por meio de uma revisão sistemática, tem como objetivo analisar as formas de oferta e aplicação das intervenções com evidências de efetividades com PICS no tratamento da dor musculoesquelética.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As PICS são variadas em origem e apresentação, e podem ser implementadas nos sistemas de saúde em arranjos singulares. A fim de conhecer os arranjos elaborados para o cuidado à dor musculoesquelética, disponíveis na literatura, vários métodos de busca podem ser empregados. Compreendendo os cinco tópicos principais, esta seção divide-se em: PNPIC, Estratégia de Cuidado, DME e Revisão da Literatura.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) é um reconhecimento do SUS que visa ampliar o acesso da população a terapias que complementam os tratamentos convencionais, com o objetivo de promover uma abordagem holística do cuidado. Instituída pelo MS em 2006, a PNPIC reconhece a importância das práticas integrativas no tratamento e prevenção de diversas condições de saúde, considerando a interação entre os aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais dos indivíduos. A política propõe a integração dessas terapias no SUS como uma alternativa viável e segura, oferecendo um cuidado mais completo e personalizado para os usuários (Silva *et al.*, 2020).

A PNPIC busca formalizar e regulamentar a utilização de práticas integrativas e complementares em diversos níveis de atenção à saúde, incluindo a atenção básica, a média e a alta complexidade. A proposta é que, além de tratar as condições de saúde de maneira eficiente, essas práticas também contribuam para a promoção do bem-estar e para a prevenção de enfermidades, com um foco em métodos que respeitam a autonomia do usuário e promovem a saúde de maneira integral. A política reconhece o valor da diversidade cultural e terapêutica existente, incorporando práticas que, embora não sejam tradicionais no sistema médico ocidental, têm sido amplamente utilizadas em outras culturas e comprovadas por evidências científicas quanto aos seus benefícios (Souza; Tesser, 2017).

No Brasil, o SUS incorporou gradativamente as PICS, inclusive anteriormente a política, até a sua regularização com a portaria nº 971/2006 que deu início a PNPIC. Inicialmente, foram reconhecidas as práticas de: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Termalismo Social/Crenoterapia e Fitoterapia/Plantas Medicinais. Nos anos seguintes, precisamente nos anos de 2017 e 2018, houve a ampliação das terapias, com

a inclusão de outras 24 terapias, tornando-se 29: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (Barros *et al.*, 2020).

A implementação da PNPIC envolve a capacitação dos profissionais de saúde, o estabelecimento de protocolos para o uso dessas práticas, e a criação de um ambiente de acolhimento e respeito às escolhas dos usuários. O objetivo é criar um sistema de saúde mais inclusivo, que leve em conta as preferências e necessidades de cada indivíduo, promovendo uma abordagem de cuidado que vai além do tratamento dos sintomas e das doenças, buscando também melhorar a qualidade de vida, reduzir a dependência de medicamentos e fortalecer a prevenção (Brasil, 2015).

2.2 ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Merhy (1997) compreende o cuidado em saúde como algo que se produz no cotidiano do trabalho, a partir do trabalho vivo, desenvolvido nas micropolíticas que atravessam as práticas assistenciais. Nessa perspectiva, a estratégia de cuidado diz respeito à maneira como os profissionais organizam e conduzem suas ações no dia a dia dos serviços, considerando as singularidades de cada situação. O encontro entre profissional e usuário ultrapassa a simples transmissão de informações e se constitui como um espaço de diálogo e negociação das necessidades de saúde, no qual o cuidado é construído de forma relacional e situada. Esse entendimento evidencia que o cuidado não pode ser completamente padronizado ou controlado por rotinas e protocolos rígidos, pois se produz de maneira singular em cada interação.

Assim, as estratégias de cuidado devem ser entendidas como construções intencionais voltadas à qualificação das práticas assistenciais. Essas estratégias articulam dimensões técnicas, éticas e relacionais, buscando responder às necessidades de saúde por meio do compartilhamento e da responsabilização entre profissionais e usuários. Ao favorecer relações mais horizontais, a estratégia de cuidado orienta intervenções profissionais que atribuem sentido às práticas em saúde e fortalecem a produção do cuidado nos serviços

(Ayres, 2009). Diante disso, torna-se necessário aprofundar o conceito de cuidado em saúde que fundamenta essas estratégias, considerando suas dimensões éticas, sociais e sistêmicas.

2.2.1 Conceito de cuidado em saúde: zelo, responsabilidade social e responsabilidade sistêmica

De forma conceitual, o cuidado em saúde não se limita à organização das ações assistenciais, mas se configura como um princípio ético que orienta as práticas em saúde. O cuidado pode ser compreendido como uma atitude de zelo e compromisso com a vida, expressa nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários no cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, cuidar envolve atenção, escuta, responsabilização e reconhecimento da singularidade do sujeito em sofrimento, ultrapassando a dimensão estritamente técnico-procedimental. Para Boff (1999), o cuidado representa um modo de ser, fundamentado na responsabilidade e na preocupação com o outro, enquanto Ayres (2004; 2009) o compreende como uma prática orientada pela integralidade e pela humanização, construída no encontro entre sujeitos e na produção compartilhada de sentidos sobre o processo saúde-doença.

Além da dimensão ética e relacional, o cuidado em saúde também assume caráter de responsabilidade social e sistêmica, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Nesse cenário, Merhy (2002; 2013) destaca que o cuidado se concretiza no trabalho vivo em ato, produzido nas micropolíticas do processo de trabalho em saúde, onde as diretrizes institucionais e as políticas públicas se materializam por meio das intervenções profissionais. Assim, este trabalho compreende que o cuidado em saúde deve ser analisado a partir das intervenções efetivamente realizadas nos serviços, considerando como as ações profissionais articulam dimensões éticas, técnicas e organizacionais na garantia do direito à saúde.

2.3 DOR MUSCULOESQUELÉTICA

A DME é uma condição prevalente, sendo um dos problemas de saúde mais significativos e incapacitantes em adultos no mundo, por essa razão trata-se de um desafio crescente para os sistemas de saúde, pela influência no impacto na qualidade de vida das pessoas (GBD, 2023).

A dor osteomuscular pode ocorrer em diferentes faixas etárias e é influenciada por vários fatores, como lesões, condições crônicas e a atividades diárias. Quando não tratada da forma correta, pode evoluir para uma dor crônica (a partir de três meses), gerando limitações físicas para os indivíduos afetados (WHO, 2020).

Embora haja avanços no entendimento dos mecanismos da dor e no desenvolvimento de novos tratamentos, o manejo da dor musculoesquelética ainda apresenta desafios. A dor ocasiona estresse físico e emocional e gera um alto custo econômico. Diante dessa problemática, a busca por atendimento médico, particularmente na APS, que é a porta de entrada para o SUS, tem aumentado, pois muitos pacientes com DME procuram o serviço para o tratamento adequado da dor e suas complicações (Camargo Neto *et al.*, 2020).

Para que os usuários recebam um cuidado direcionado, é primordial que o tratamento da DME leve e moderada se inicie na APS, uma vez que ela é a porta de entrada para o SUS. Isso pode evitar a progressão da doença, aumentando as chances de resolução e acaba reduzindo a sobrecarga sobre os serviços de saúde especializados (Wscieklica *et al.*, 2019).

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com essas condições, reconhecendo suas complexidades e as possibilidades de manejo da dor. A APS deve adotar uma abordagem integrada, levando em consideração as necessidades individuais de cada usuário, visando contribuir para um cuidado mais eficaz e para a redução das limitações causadas pela dor, garantindo um tratamento apropriado, visando aumentar a qualidade de vida do usuário (Roberts *et al.*, 2002).

2.4 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA (RSL)

A realização de uma revisão de literatura e a identificação de estudos relacionados são etapas indispensáveis para o desenvolvimento de uma pesquisa científica. Caso não seja adotado o método adequado, o pesquisador corre risco de incluir apenas trabalhos que tenham conclusões que coincidem com as suas (Silva, 2020).

Grant e Booth (2009) apresentam uma classificação para os modelos de revisões de literatura existentes. São 14 tipos distintos, sendo cada um com objetivos e métodos característicos. Kitchenham e Charters (2007), a RSL pode ser definida como um método para analisar e interpretar de todas as pesquisas relevantes disponíveis sobre uma determinada questão de pesquisa, área específica ou fenômeno. Foram definidas três fases

essenciais para guiar uma RSL: o planejamento, que entende a necessidade de realizar a revisão e elaborar um protocolo de orientação para execução de objetivos e critérios de seleção; a condução, em que ocorre a coleta e extração dos dados; e o relato, sendo o momento em que o pesquisador registra e compartilha as conclusões da avaliação (Kitchenham, 2004).

3 OBJETIVO GERAL

Analisar as formas de oferta e aplicação das Práticas Integrativas e Complementares com efetividade comparada positiva no tratamento da dor musculoesquelética.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as estratégias de cuidado desenvolvidas com PICS no da dor musculoesquelética, quanto ao local, profissionais, população e operacionalização do regime terapêutico;

Apontar as evidências científicas sobre a efetividade comparada das PICS a alternativas convencionais, no tratamento da dor musculoesquelética, considerando as medidas de efeito e os resultados clínicos reportados;

Correlacionar as estratégias de cuidado com PICS, aos efeitos demonstrados sobre a saúde dos usuários com dor musculoesquelética.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui um recorte do projeto “Avaliação Econômica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde”, sob coordenação da Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra. O projeto foi aprovado no edital Universal do CNPq n.10/2023 e obteve aprovação do CEP (Parecer nº 7.211.572).

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, conduzida de acordo com as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) e do Cochrane. De acordo com Page *et al.*, (2023), a diretriz PRISMA representa um guia destinado a padronização e aprimoramento das RSL, oferecendo um conjunto organizado de recomendações aos autores, com o intuito de apresentarem seus métodos e resultados de forma transparente, dessa forma, as subseções apresentadas na metodologia seguem as etapas sugeridas pelo PRISMA (Anexo A).

4.2 IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

Este trabalho tem como objetivo responder à pergunta norteadora através da seguinte questão de pesquisa: Quais estratégias organizacionais de implementação de práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde apresentam evidências de efetividade no manejo da dor musculoesquelética?

A formulação da questão de pesquisa será guiada pela estratégia PICO:

- a) P (População): Adultos com diagnóstico DME;
- b) I (Intervenção): Intervenções com PICS oferecidas em serviços de saúde;
- c) C (Comparação): Intervenções sem PICS oferecidas em serviços de saúde;
- d) O (Desfecho): Estratégia de cuidado e efeitos DME.

4.3 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Foram utilizados os softwares Rayyan® para exclusão das duplicatas e leitura dos títulos e resumos dos artigos, e o Microsoft Excel® para a o fichamento, a fim de organizar e sintetizar as informações extraídas dos artigos selecionados. O fichamento tem como objetivo organizar as informações para análise e comparação dos resultados durante o desenvolvimento de uma pesquisa (Francelin, 2016).

4.4 COLETA DE DADOS

O plano de levantamento bibliográfico baseou-se em descritores catalogados, de forma controlada, estando disponíveis no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), assegurando precisão na recuperação de estudos relevantes. Os diferentes termos foram combinados por meio dos operadores booleanos "OR" e "AND", permitindo a inclusão de uma ampla variedade de estudos relevantes e assegurando a replicabilidade e transparência da busca. Para tanto, serão utilizados estudos publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed Scopus, CINAHL e Web Of Science, com a busca realizada em setembro de 2025, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Relação de descritores e sinônimos, combinados por operadores booleanos, utilizados na estratégia de busca para identificação dos estudos. Abreu e Lima, 2025.

"Complementary Therapies" OR "Alternative Therapies" OR "Therapy, Alternative" OR "Therapy, Complementary" OR "Therapies, Alternative" OR "Therapies, Complementary" OR "Medicine, Alternative" OR "Complementary Medicine" OR "Medicine, Complementary" OR "Alternative Medicine" OR "Plant Magnetism", OR "Complementary and Integrative Health Practices" OR "Complementary and Integrative Medicine" OR "Integrative and Complementary Practices" AND "Apitherapy" OR "Aromatherapy" OR "Art Therapy" OR "Medicine, Ayurvedic" OR "Color Therapy" OR "Dance Therapy" OR "Hypnosis" OR "Homeopathy" OR "Medicine, Chinese Traditional" OR "Naturopathy" OR "Osteopathic Medicine" OR "Manipulation, Osteopathic" OR "Anthroposophy", OR "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy" OR "Acupuncture Ear" OR "Auriculotherapy" OR "Meditation" OR "Music Therapy" OR "Phytotherapy" OR "Flower Essences" OR "Chiropractic" OR "Manipulation, Chiropractic" OR "Reflexotherapy" OR "Therapeutic Touch" OR "REIKI" OR "Shantala" OR "Yoga", OR "Geotherapy" OR "Termalism" OR "Balneology" OR "Ozone Therapy" OR "Floral Therapy" OR "Bioenergetics" OR "Family Constellations" AND "Effectiveness", OR "Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions" OR "Comparative Effectiveness Research" OR "Treatment Outcome" AND "Musculoskeletal Pain" OR "Chronic Pain".

Fonte: Autoria própria, 2025.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordam alguma das 29 PICS citadas pelo MS, envolvendo maiores de 18 anos diagnosticados com DME de causa primária, podendo ser aguda ou crônica, local ou disseminada.

Já os critérios de exclusão: estudos duplicados e que não apresentem resultados primários, literatura cinza, estudos não realizados em humanos. Serão excluídos casos de DME de origem traumática, oriundas de acidentes e causas externas, obstétrica, infectoparasitária, má-formação genética ou congênita, e osteoartrite, além de textos incompletos e pagos, e que não comparem PICS com outra intervenção.

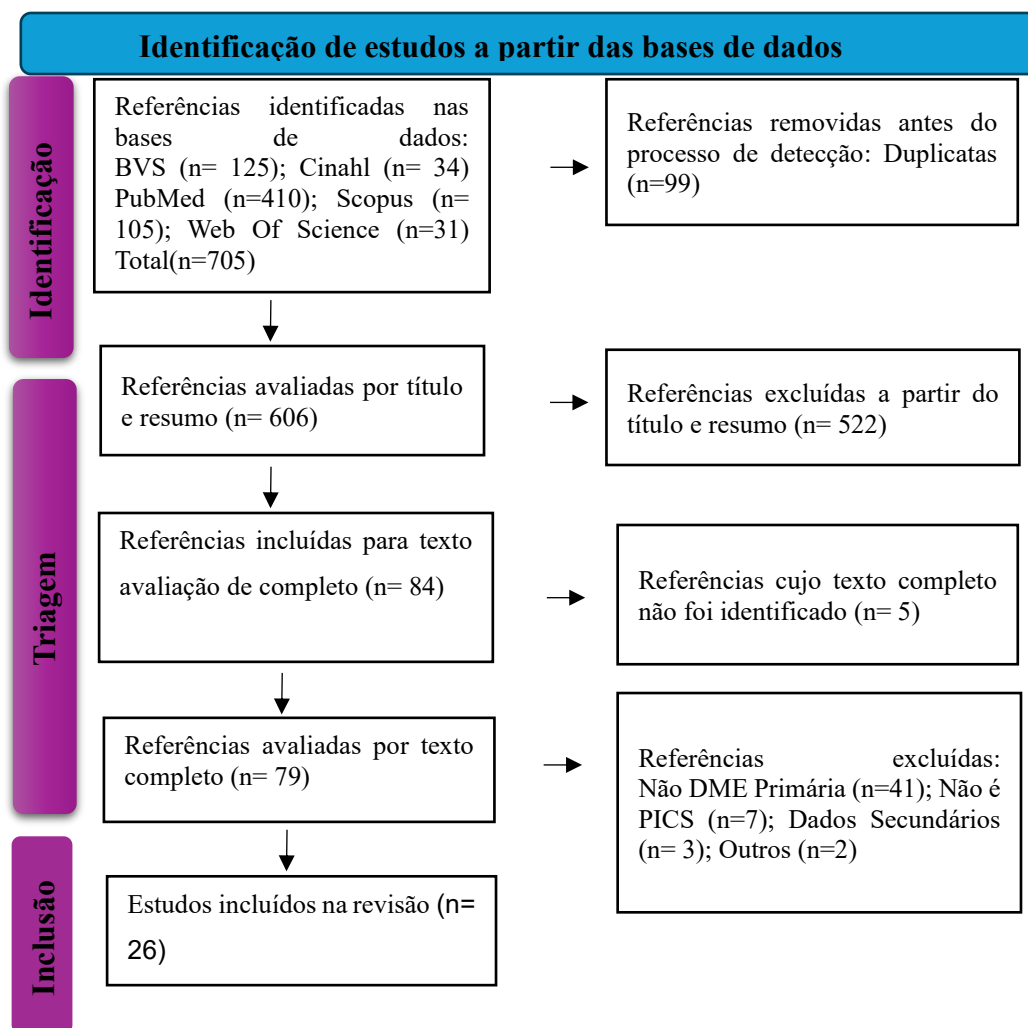
4.6 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os estudos foram selecionados a partir do software Rayyan® (2024), onde foram realizadas a leitura e análise dos títulos e resumos. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram exportados para o Excel®. A partir disso, foi realizada a leitura completa e a verificação detalhada dos critérios de elegibilidade. Todo o processo de seleção foi conduzido por mais de um membro.

5 RESULTADOS

Foram encontrados 705 artigos nas bases de dados BVS, PubMed, Scopus, CINAHL e Web Of Science, sendo dessas 99 duplicatas. Após realizar a leitura de título e resumo paralelo aos critérios de inclusão e exclusão, 84 artigos seguiram para análise completa, totalizando 26 artigos incluídos na revisão. As etapas do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos está relatado no fluxograma elaborado conforme as recomendações do *Cochrane* e do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo da seleção final dos artigos. PRISMA. Abreu e Lima, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado e adaptado do PRISMA 2020.

Após leitura das publicações, os periódicos predominantes foram: JAMA Network Open, Pain Medicine e Journal of Integrative Medicine. A distribuição geográfica aponta que os Estados Unidos lideram com seis publicações, seguidos por China e Brasil, com quatro cada país. O Quadro 2 apresenta o detalhamento desses resultados.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos segundo Autor(es)/Título; Ano; Periódicos; País de Publicação e Fator de Impacto. Abreu e Lima, 2025.

Autor(es)/Título	Ano	País	Periódicos	Fator de Impacto/ Ano
AUGER, K. et al. Effects of osteopathic manipulative treatment and bio-electromagnetic energy regulation therapy on lower back pain.	2021	Estados Unidos	Journal of Osteopathic Medicine	1.1 2024 Clarivate (1)
CHENG, Z.-J. et al. Effectiveness of Tuina Therapy Combined With Yijinjing Exercise in the Treatment of Nonspecific Chronic Neck Pain.	2022	China	JAMA Network Open	9.7 2024 Clarivate
CHOLEWICKI, J. et al. The Effects of Osteopathic Manipulative Treatment on Pain and Disability in Patients with Chronic Neck Pain: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial.	2022	Estados Unidos	American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation	2.8 2024 Clarivate
DORTA, D. C. et al. Multimodal benefits of hypnosis on pain, mental health, sleep, and quality of life in patients with chronic pain related to fibromyalgia: A randomized, controlled, blindly-evaluated trial.	2024	Brasil	Explore: The Journal of Science & Healing	2.2 2024 Clarivate
GROESSL, E. J. et al. Comparing Types of Yoga for Chronic Low Back and Neck Pain in Military Personnel: A Feasibility Randomized Controlled Trial.	2022	Estados Unidos	Global Advances in Health and Medicine.	0.729 2024 Scopus (2)
GROISMAN, S. et al. Osteopathic manipulative treatment combined with exercise improves pain and disability in individuals with non-specific chronic neck pain: A pragmatic randomized controlled trial.	2020	Brasil	Journal of Bodywork & Movement Therapies	1.4 2024 Clarivate

(Continuação)

Autor(es)/Título	Ano	País	Periódicos	Fator de Impacto/ Ano
HE, J.-Y. <i>et al.</i> Short-term effects of cupping and scraping therapy for chronic nonspecific low-back pain: A prospective, multicenter randomized trial.	2024	China	Journal of Integrative Medicine	4.0 2024 Clarivate
KAWI, Jennifer et al. Auricular point acupressure for older adults with chronic low back pain: a randomized controlled trial.	2025	Estados Unidos	Pain Medicine	3.0 2024 Clarivate
KHATIB, L. <i>et al.</i> The role of endogenous opioids in mindfulness and sham mindfulness-meditation for the direct alleviation of evoked chronic low back pain: a randomized clinical trial.	2023	Estados Unidos	Neuropsychopharmacology	7.1 2024 Clarivate
KIM, H. <i>et al.</i> Reduced tactile acuity in chronic low back pain is linked with structural neuroplasticity in primary somatosensory cortex and is modulated by acupuncture therapy.	2020	Estados Unidos	NeuroImage	4.5 2024 Clarivate
KIM, J.-H. <i>et al.</i> Efficacy of Invasive Laser Acupuncture in Treating Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial.	2022	República da Coreia	PLoSOne	2.6 2024 Clarivate
KUPTNIRATSAIKUL, V. <i>et al.</i> Pain reduction, physical performance, and psychological status compared between Hatha yoga and stretching exercise to treat sedentary office workers with mild/moderate neck/shoulder pain: A randomized controlled non-inferiority trial.	2023	Tailândia	Complementary Therapies in Medicine	3.5 2024 Clarivate
LEE, B. <i>et al.</i> Effect of Combined Bee Venom Acupuncture and NSAID Treatment for Non-Specific Chronic Neck Pain: A Randomized, Assessor-Blinded, Pilot Clinical Trial.	2021	República da Coreia	Toxins	4.0 2024 Clarivate
LIZIŚ, P. <i>et al.</i> Osteopathic manual treatment compared to Kaltenborn-Evjenth orthopedic manual therapy for chronic low back pain: A randomized study.	2023	Polônia	Alternative Therapies in Health and Medicine	1.9 2024 Clarivate

(Continuação)

Autor(es)/Título	Ano	País	Periódicos	Fator de Impacto/ Ano
NAJAFABADI, M. M. <i>et al.</i> The effect of acupressure on quality of life among female nurses with chronic back pain.	2020	Irã	Applied Nursing Research	2.2 2024 Clarivate
NGUYEN, C. <i>et al.</i> Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial	2021	França	JAMA Internal Medicine	23.3 2024 Clarivate
PACCIONE, C. E. <i>et al.</i> Meditative-based diaphragmatic breathing vs. vagus nerve stimulation in the treatment of fibromyalgia—A randomized controlled trial: Body vs. machine.	2022	Noruega	Frontiers in Neurology	2.8 2024 Clarivate
PHAM, Thuy-Tu Long et al. Should thread-embedding and auricular acupuncture be combined rather than used individually for non-specific chronic low back pain?: a double-blinded, randomized, sham-controlled trial.	2025	Vietnã	Integrative Medicine Research	3.0 2024 Clarivate
POLASKI, A. M. <i>et al.</i> Integrated Meditation and Exercise Therapy: A Randomized Controlled Pilot of a Combined Nonpharmacological Intervention Focused on Reducing Disability and Pain in Patients with Chronic Low Back Pain.	2021	Estados Unidos	Pain Medicine	3.0 2024 Clarivate
POOJARI, S. et al. Effectiveness of integrated approach of yoga therapy versus usual care in management on chronic low back pain patients: A randomized controlled pilot study.	2024	Índia	Pain Practice	2.7 2024 Clarivate
THANASILUNGKOON, B. <i>et al.</i> The Efficacy of Ruesi Dadton and Yoga on Reducing Neck and Shoulder Pain in Office Workers.	2023	Tailândia	International Journal of Exercise Science	0.473 2024 Scopus

(Conclusão)

Autor(es)/Título	Ano	País	Periódicos	Fator de Impacto/ Ano
TORRES, S. F. <i>et al.</i> Effect of Different Frequencies of Electroacupuncture on Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Triple-blind, Placebo-controlled, Randomized Clinical Trial.	2023	Brasil	Pain Physician	2.5 2024 Clarivate
UGHREJA, R. A. <i>et al.</i> Effectiveness of Craniosacral Therapy, Bowen Therapy, Static Touch and Standard Exercise Program on Sleep Quality in Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial.	2024	Índia	Journal of Integrative Medicine.	0.867 2024 Scopus
VOLPATO, M. P. <i>et al.</i> Single Cupping Therapy Session Improves Pain, Sleep, and Disability in Patients with Nonspecific Chronic Low Back Pain.	2020	Brasil	Journal of Acupuncture and Meridian Studies	1.2 2024 Scopus
WANG, Beibei <i>et al.</i> Effects of Gua Sha therapy on thoracolumbar fascia thickness and clinical outcomes of patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial.	2025	China	Medicine Journal	1.4 2024 Clarivate
YAN, C.-Q. <i>et al.</i> Different Degree Centrality Changes in the Brain after Acupuncture on Contralateral or Ipsilateral Acupoint in Patients with Chronic Shoulder Pain: A Resting-State fMRI Study.	2020	China	Neural Plasticity	3.7 2024 Clarivate

Fonte: Elaborado pela autora, 2025;

Nota específica: (1); (2): Fator de impacto dos periódicos incluídos, conforme indicadores da Clarivate Analytics e da Scopus, considerando o ano mais recente disponível.

Devido à heterogeneidade das faixas etárias encontradas, foi necessária a recategorização das idades em dois grupos: (1) 18–60 anos, quando o intervalo de idade informado não ultrapassava 60 anos; e (2) >60 anos, quando o estudo incluía participantes com idade superior a 60 anos. Essa padronização permitiu uniformizar e facilitar a comparação. Dessa forma, faixas que iniciavam abaixo de 60 anos, mas com limite superior do maior valor (19–70 anos, 21–65 e 45–65 anos), foram classificadas no grupo >60 (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, um dos estudos incluídos não apresentou informação sobre o sexo dos participantes, relatando apenas que 12 indivíduos receberam a intervenção estando com

dor e 8 sem dor, totalizando 20 participantes. Por não fornecer a variável sexo, esse estudo não foi contabilizado na análise descritiva dessa característica. Entretanto, sua inclusão foi mantida, uma vez que essa informação não constitui critério de elegibilidade.

A mesma tabela apresenta a caracterização das comparações entre as intervenções e seus respectivos resultados nos estudos incluídos. De modo geral houve uma predominância de resultados favoráveis às PICS quando comparadas a intervenções simuladas (sham), placebo, cuidado usual, educação em saúde ou terapias convencionais isoladas.

Em estudos envolvendo acupuntura, os resultados indicaram superioridade da intervenção ativa em relação ao sham associado ao cuidado usual. A laseracupuntura e a ventosaterapia também apresentaram resultados superiores em relação às intervenções simuladas. Em contrapartida, a eletroacupuntura mostrou desempenho inferior ao placebo em um dos estudos.

As intervenções combinadas demonstraram resultados superiores em relação às intervenções isoladas, bem como a combinação de PICS associadas, assim como PICS e cuidados habituais. Nessas comparações, os efeitos observados foram mais duradouros ou superiores aos das intervenções isoladas.

No que se refere às terapias manuais, a osteopatia apresentou resultados superiores ao método Kaltenborn–Evjenth, enquanto a comparação com sham evidenciou apenas pequena melhora funcional, sem relevância clínica. A combinação de terapia craniossacral com a técnica de Bowen também foi superior ao placebo associado ao exercício.

Entre as intervenções voltadas aos aspectos psicocorporais, a hipnose, o mindfulness e a acupressão apresentaram resultados superiores aos respectivos grupos controle. As práticas baseadas em movimento corporal, como yoga, apresentaram resultados favoráveis quando comparadas ao cuidado usual. Entretanto, em algumas comparações, como Hatha Yoga versus Yoga Restaurativo e Hatha Yoga versus Alongamento, não foram observadas diferenças significativas entre as intervenções, mesmo que ambas demonstrem eficácia na redução da dor.

Tabela 1 - Informações Gerais sobre PICS, sexo e faixa etária dos estudos. Abreu e Lima, 2025.

Informações Gerais	Total da Amostra	
	Nº (1)	% (2)
Sexo		
Mulheres	2081	64,16
Homens	1230	35,84
Faixa Etária		
18–60 anos	15	57,69
>65	11	42,31
Dor		
Cervical	4	15,38
Combinada	3	11,54
Generalizada	3	11,54
Lombar	15	57,69
Ombro	1	3,85
PICS		
Acupressão	2	7,69
Acupuntura	9	34,62
Gua Sha	1	3,85
Hipnoterapia	1	3,85
Meditação	3	11,54
Osteopatia	5	19,23
Ventosa	1	3,85
Yoga	4	15,38
Comparador		
Placebo	7	26,9
PICS	6	23,1
Corporais	3	11,5
Combinada (3)	5	19,2
Farmacológica	1	3,8
Comportamento	1	3,8
Tecnologia	3	11,5

Fonte: Elaborado pela autora, 2025; Notas Específicas: (1); (2); (3): (1) Número. (2) Percentual. (3) Junção de mais de um item comparador.

De acordo com os resultados quanto ao perfil profissional e as intervenções comparadoras e com PICS (Quadro 4), foi possível evidenciar ampla diversidade de profissionais e de PICS empregadas no manejo da DME. Foram identificados profissionais pertencentes a categorias regulamentadas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos. Em diversos estudos, a intervenção foi conduzida por profissionais com formações múltiplas ou descritas de forma genérica, como “terapeutas”, “instrutores” ou “equipe”, dificultando a identificação precisa da base formativa e do vínculo com conselhos profissionais. Também foram observadas combinações de títulos, como médico osteopata, médico hipnoterapeuta e médico de medicinas tradicionais asiáticas, evidenciando a coexistência de diferentes modelos de formação e prática no campo das PICS.

Os profissionais conduziram intervenções que variam de única sessão até acompanhamento de até 12 semanas, com frequência entre 1 e 6 encontros semanais. Os protocolos das intervenções detalharam os pontos de aplicação das PICS, a quantidade de sessões e a intensidade da prática. Quanto as intervenções comparadoras, a predominância foi o uso de placebo, assim como o sham, e outra PICS associada. Em diversos estudos foi observado a escolha de múltiplos braços de comparação de PICS e outras intervenções, o que possibilitou avaliar de forma simultânea os efeitos específicos e sinérgicos dentro de cada estudo.

Quadro 4 – Perfil profissional e sessões das intervenções com e sem PICS. Abreu e Lima, 2025.

Profissional	Intervenção com PICS	Intervenção Comparadora
Acupunturistas	Acupuntura: 6 sessões em 4 semanas (pontos padronizados + <i>Ah-shi</i> , com estimulação manual <i>De Qi</i>).	Comparação 1: Sham Streitberger (agulhas não-penetrativas, toque leve). Comparação 2: Laser Sham (ritual sem toque). Comparação3: Cuidado usual.
	Electroacupuntura: 3 grupos: Alta Frequência (100 Hz), Baixa Frequência (2 Hz) e alternada (2/100 Hz). 2x/semana, 5 semanas (10 sessões). Pontos: BL23, BL25, BL40, SP6, KI3.	Comparação: Controle (Acupuntura Manual sem corrente) e Placebo (Agulha sem penetração sobre moxa adesiva).
	Contralateral Acupuntura: Sessão única (20 min). Ponto ST 38 no lado saudável + movimento do ombro afetado.	Comparação: Ipsilateral Acupuntura (Ponto ST 38 no lado afetado + movimento).
Osteopatas	TMO + Exercícios: 4 sessões (1x/sem, 50-60 min TMO + 45 min ex); TMO pragmático (técnicas variadas: articulares, miofasciais, cranianas, viscerais) + cinesioterapia supervisionada e domiciliar.	Comparação: Apenas Exercícios (mesma dosagem de cinesioterapia supervisionada + casa).
	TMO: 6 sessões em 3 meses (45 min/sessão, técnicas manuais em áreas disfuncionais diagnosticadas).	Comparação: Sham TMO (Toque Leve nas mesmas regiões, sem manipulação).
Médicos (1)	Ventosaterapia: Sessão única (15 min). Copos nos pontos BL23, BL24, BL25 bilaterais (pressão negativa real).	Comparação: Sham Ventosaterapia (Copos furados, sem pressão).
	TEA: 4 sessões semanais (fio de PDO em 16 pontos: BL20, BL23, BL25, GB30, BL40, GB34, BL60, GV3, GV4). AA: Adesivos semanais em Shenmen, Lumbar Spine, Subcortex (pressão 3x/dia).	Comparação: 4 grupos (TEA+AA, TEA+Sham AA, AA+Sham TEA, Sham Duplo)

(Continuação)

Profissional	Intervenção com PICS	Intervenção Comparadora
Médicos Osteopatas	TMO: 9 sessões (3x/sem, 3 semanas, máx 30 min). BEMER: 15 sessões (5x/sem, 3 semanas, 8/20minprogressivo). TMO+BEMER: Combinação dos dois (TMO 3x/sem + BEMER 5x/sem; TMO antes do BEMER nos dias coincidentes). TMO: 3-4 sessões (1x/sem, ~30 min, 4-6 semanas); foco em HVLA cervical + técnicas complementares. Controle: Lista de espera (sem tratamento por 4-6 semanas).	Sham: Toque leve + BEMER desligado (mesma freq/duração). Controle: Lista de espera (sem tratamento por 4-6 semanas).
Médico Hipnoterapeuta	Hipnose Clínica: 8 sessões (1x/sem, 60 min); indução de transe + sugestões analgésicas progressivas + treino de auto-hipnose. Controle: Conversa não estruturada (atenção/placebo ativo) com mesma frequência e duração.	Controle: Conversa não estruturada (atenção/placebo ativo) com mesma frequência e duração.
Médico Tradicional Tailandês; Fisioterapeuta.	RD: 45 min, 3x/semana, 4 semanas. 12 posturas tradicionais tailandesas (respiração + movimento). Yoga: 45 min, 3x/semana, 4 semanas. 16 asanas de Hatha Yoga.	Comparação: Exercício de Alongamento (SE) pareado em tempo/frequência.
Médicos de Medicina Coreana	Acupuntura Laser Invasiva (ILA): 8 sessões em 4 semanas (agulhas com fibra óptica interna emitindo laser 650nm ou 830nm na ponta + Eletroacupuntura subsequente).	Comparação: Sham Laser (agulhas inseridas com fibra óptica desligada + Eletroacupuntura).
	BVA: 6 sessões em 3 semanas (injeção subcutânea em pontos de acupuntura, dose incremental 0.2-0.8ml, diluição 1:20.000).	Comparação 1: AINEs (Loxoprofeno 180mg/dia oral). Comparação 2: BVA + AINEs (Combinado).

(Continuação)

Profissional	Intervenção com PICS	Intervenção Comparadora
Médicos e Terapeutas	Ventosaterapia + Raspagem: 2 sessões (dias 1 e 4); uso de dispositivo multifuncional com aquecimento e bálsamo medicamentoso em pontos de acupuntura lombares.	Comparação: Farmacoterapia (Diclofenaco oral 100mg/d + Emplastro de Capsaicina tópico por 7 dias).
Terapeuta MTC; Professor de Yijinjing	Tuina+Yijinjing: Tuina (3x/sem, 8 sem) + Yijinjing (3x/sem: 1 presencial + 2 domiciliar). Tuina Isolado: 3x/sem, 8 sem.	Tuina Isolado: 3x/sem, 8 sem.
Terapeuta	Gua Sha: 15 min, 1x/semana, 4 semanas. Raspagem com chifre de boi no Meridiano da Bexiga (T7-Cóccix).	Comparação: Compressa Quente (Sal marinho aquecido).
Instrutor	Hatha Yoga Ativo: 12-24 sessões (1-2x/sem, 60 min, 12 semanas) + prática domiciliar; foco em posturas ativas, respiração e meditação.	Comparação: Yoga Restaurativo (mesma dosagem); foco em relaxamento profundo, posturas passivas com suporte e pouco movimento
	Mindfulness: 4 sessões (20 min cada) de treinamento mental focado em atenção não-reativa e retorno à respiração.	Comparação: Meditação Sham (mesma dosagem, foco apenas em respiração lenta/profunda sem componente cognitivo de mindfulness). Design Adicional: Teste cruzado sob infusão de Naloxona (bloqueio opioide) x salina.
	Yoga: 2 semanas intensivas (6x/sem supervisionado) + 10 semanas domiciliar (diário). Prática de Asanas, Pranayama e Meditação.	Comparação: Cuidados Habituais (Educação, cartilha, medicação padrão).

(Conclusão)

Profissional	Intervenção com PICS	Intervenção Comparadora
Equipe (2)	MDB: 14 dias, 2x/dia (15 min), respiração lenta (6 ciclos/minuto) com meditação não-diretiva via app. tVNS Ativo: 14 dias, 2x/dia (15 min), em concha esquerda da orelha.	Comparação: Sham MDB (respiração rápida 12 ciclos/minuto), sem instruções. tVNS Sham: mesmo tempo do ativo, no lóbulo da orelha.
	Acupressão Auricular (T-APA): 4 sessões semanais (sementes de Vaccaria em pontos lombares + Shenmen/Simpático/Subcórtex) + autoestimulação domiciliar (3x/dia, 3 min) por 4 semanas.	Comparação 1: Acupressão Não-Direcionada (NT-APA) em pontos não-lombares (estômago, boca, etc.) com mesmo protocolo. Comparação 2: Controle Educativo (livreto NCCIH).
Enfermeiro	Acupressão: 9 sessões em 3 semanas (pressão manual 3-4kg em pontos GV20, H7, K1, BL60, BL32, GB30). Comparação: Sham Acupressão (toque leve em pontos falsos, sem pressão efetiva).	Comparação: Sham Acupressão (toque leve em pontos falsos, sem pressão efetiva).
Enfermeira Fisioterapeuta	Hatha Yoga: 4 sessões em grupo (1x/sem, 30 min) + prática domiciliar diária; foco em asanas, pranayama e meditação.	Comparação: Exercícios de Alongamento (mesma dosagem, foco em pescoço/ombros/tronco).
Fisioterapeuta	TMO: 10 sessões em 5 semanas (HVLA, Strain Counterstrain, Liberação Miofascial, Mobilização Visceral).	Comparação: TMO Kaltenborn-Evjenth (Tração e mobilização segmentar lombar).
	CST: 45 min, 1x/semana, 12 semanas. Protocolo de 10 passos. Bowen Therapy: 45 min, 1x/semana, 12 semanas. Movimentos em músculos/tendões com pausas.	Comparação: Static Placebo manual e programa padrão de exercício.
Psicólogo	MedExT (Meditação + Exercício): 4 semanas, 5x/semana. Sessão: 12-17 min meditação mindfulness guiada seguida de 30 min caminhada moderada (esteira).	Comparação: Controle Audiobook (12-17 min áudio neutro + 30 min repouso)

Fonte: Elaborado pela autora, 2025. Notas Específicas: (1); (2): Formação sem detalhamento no texto original.

Entre os 26 artigos incluídos, observou-se maior frequência de instrumentos voltados à avaliação da intensidade da dor, presente em 26,5% dos estudos. Os instrumentos mais frequentemente utilizados em conjunto nos resultados primários foram escalas de intensidade da dor (NRS/VAS) associadas a questionários de incapacidade funcional (ODI, RMDQ ou NDI). Já nos resultados secundários, escalas de qualidade de vida e aspectos psicossociais apareceram de forma complementar, evidenciando uma abordagem multidimensional da dor (Tabela 2).

Tabela 2 – Instrumentos de avaliação e sua aparição nos 26 artigos incluídos. Abreu e Lima, 2025.

Queixa/Condição	Instrumentos(1)	Nº(2)	% (3)
Dor	VAS	7	26,5
	BPI	4	
	McGill / SF-MPQ	2	
	NRS / NPRS / VNRS / PI-NRS	9	
Incapacidade	NDI	7	24,1
		6	
	RMDQ		
	ODI/ MODI	7	
Qualidade de Vida	SF-12/SF-36	6	20,5
	WHOQOL-BREF	2	
	EQ-5D / EQ-5D-5L	4	
	PROMIS-29/PROMIS-PI / GH-10	5	
Psicossocial	FABQ	4	13,3
	PCS	4	
	BDI	3	
Sono/Fadiga	PPT	6	10,8
	PSQI	2	
Funcionalidade	CROM	3	4,8
	FIQ / FIQR	2	

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Notas Específicas: (1); (2); (3): (1) As siglas utilizadas nos instrumentos estão descritas na Lista de Siglas e Abreviaturas. (2) Número. (3) Percentual.

Em relação ao perfil institucional dos estabelecimentos de saúde incluídos nos estudos analisados, na Tabela 3, observou-se predominância do nível de atenção secundária, correspondente a 24 estudos (92,31%), enquanto os níveis de atenção primária e terciária foram identificados em apenas um estudo cada (3,85%). Quanto à natureza jurídica, a maioria dos estudos foi realizada em instituições públicas, totalizando 20 (76,92%), seguida por instituições privadas e mistas, ambas representadas por três estudos cada (11,54%).

Tabela 3 – Descrição quanto ao nível de atenção e natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. Abreu e Lima, 2025.

Perfil Institucional	Total da Amostra	
	Nº (1)	% (2)
Nível de Atenção		
Primária	1	3,85
Secundária	24	92,31
Terciária	1	3,85
Natureza Jurídica		
Público	20	76,92
Privado	3	11,54
Misto	3	11,54

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Notas Específicas: (1); (2): (1) Número. (2) Percentual.

A consolidação dos achados permite evidenciar que a efetividade observada está associada a um conjunto de elementos estruturais e organizativos dos serviços, e não apenas à prática terapêutica isolada. O quadro 5 reúne os principais padrões identificados no trabalho, destacando o perfil institucional, o nível de atenção, o arranjo assistencial e a qualificação profissional envolvidos na oferta das PICS, configurando um panorama integrado da organização do cuidado nos contextos em que essas práticas se mostraram mais favoráveis.

Quadro 5 – Síntese das características organizacionais recorrentes nas intervenções com PICS associadas a melhores resultados clínicos. Abreu e Lima, 2025.

Dimensão organizacional	Características organizacionais identificadas na amostra
Natureza jurídica	Predomínio de instituições públicas.
Tipo de estabelecimento	Intervenções majoritariamente realizadas em ambulatórios inseridos em hospitais, especialmente hospitais universitários.
Nível de atenção	Forte concentração no nível secundário de atenção.
Perfil assistencial	Serviços especializados em dor crônica, reabilitação ou PICS.
Composição profissional	Predominância de médicos especializados, seguidos por profissionais não regulamentados, fisioterapeutas.
Organização do cuidado	Adoção de diferentes formatos assistenciais (individual e grupal), organizados conforme a especificidade da PICS evidenciando planejamento da oferta e adequação do modelo de cuidado.
Padronização da oferta	Uso recorrente de protocolos estruturados, com definição clara de número de sessões, frequência e técnicas aplicadas.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A avaliação das intervenções com melhores resultados evidenciou que a gestão das PICS mais efetivas esteve associada a protocolos estruturados, com número definido de sessões, organizadas em ciclos de curto a médio prazo, e ofertadas em serviços ambulatoriais inseridos em hospitais ou centros especializados, predominantemente no nível secundário de atenção. Destacou-se, ainda, que a presença de profissionais com formação específica nas PICS, especialmente médicos especialistas, assim como a integração dessas práticas ao cuidado convencional, contribuiu para melhores desfechos clínicos. Recomenda-se, portanto, que gestores priorizem a implantação das PICS a partir de modelos assistenciais organizados, com definição clara do formato de atendimento, capacitação específica das equipes, padronização mínima dos protocolos e incorporação de mecanismos de monitoramento de resultados.

6 DISCUSSÃO

A seleção de 26 artigos publicados entre 2020 e 2025 em periódicos de relevância científica evidencia o crescimento do interesse global em investigar PICS no cenário da DME. Embora a amostra tenha maiores contribuições de pesquisadores americanos, chineses e europeus, observa-se uma lacuna importante na produção de evidências científicas rigorosas provenientes de pesquisadores da América Latina.

Os achados refletem a realidade documentada na literatura, uma vez que há disparidade na produção de conhecimento sobre PICS na América Latina. Apesar da existência de políticas voltadas à implementação das PICS, há um distanciamento entre o uso consolidado dessas práticas nos serviços clínicos e a produção de evidências científicas robustas nestes cenários, reforçando que a produção científica está na Ásia, América do Norte e Europa comparado a América Latina (Von Hausswolf, 2021).

As principais modalidades investigadas osteopatia, acupuntura, yoga e terapias manuais, são direcionadas principalmente ao tratamento da dor lombar crônica. Os achados revelam superioridade das PICS na maioria dos estudos, ainda que possuam aplicação, abordagens e resultados variados. Uma análise de diretrizes internacionais sobre o manejo da DME indica que essas são as PICS mais recomendadas, principalmente na dor lombar. Contudo, a qualidade das evidências varia de baixa a moderada, refletindo nas aplicações e nos resultados observados entre essas práticas (Silva *et al.*, 2025).

Os resultados referentes à gestão dos serviços de saúde mostraram-se diversos, evidenciando a organização do serviço como um ator central na estratégia do cuidado. A forma como os serviços são organizados influencia diretamente a articulação das decisões assistenciais e o modo como o cuidado é ofertado, refletindo na continuidade do cuidado prestado (Ho *et al.*, 2025). Nesse sentido, a gestão baseada na avaliação de desempenho institucional constitui um componente organizacional essencial da estratégia do cuidado, ao integrar aspectos administrativos, de recursos humanos e resultados assistenciais no processo de trabalho das unidades (Sharlovykh *et al.*, 2025).

No que se refere à estrutura de oferta das PICS, os resultados apontam para uma implementação fragmentada, evidenciando uma inversão organizacional entre a prioridade normativa e a realidade dos serviços. Embora a PNPIC preconize APS como nível estratégico e prioritário para a oferta dessas práticas, em outros países a integração das PICS varia

conforme o contexto do modelo organizacional e os mecanismos de financiamento dos sistemas de saúde, com presença significativa também nos serviços de média e alta complexidade. Essa fragmentação manifesta-se na desarticulação entre os níveis de atenção à saúde, com as PICS funcionando de forma isolada, sem fluxos assistenciais definidos ou protocolos de referência e contrarreferência que assegurem a continuidade do cuidado, sendo ainda influenciada pelo modelo de sistema de saúde vigente no país (Santos; Martins Filho, 2025; Wang *et al.*, 2025).

Estudos recentes mostram que, apesar do crescimento das PICS no Brasil, o acesso dos profissionais a formações nessa área ainda ocorre de forma limitada e desigual. Em muitas universidades públicas e iniciativas institucionais, como cursos de extensão e programas de educação a distância, as PICS costumam ser ofertadas como conteúdos optativos ou introdutórios, sem integração consistente aos currículos da graduação. Além disso, não há, até o momento, uma exigência formal ou regulamentação nacional que determine uma formação específica obrigatória para a aplicação clínica dessas práticas, o que resulta em diferentes níveis de preparo entre os profissionais e fragiliza a consolidação das PICS como campo estruturado de cuidado no SUS (Ferreira *et al.*, 2024).

Os achados relacionados aos recursos humanos reforçam sua relevância nesse cenário. A ausência de protocolos de cuidado padronizados, associada à heterogeneidade na contratação profissional, indica que cada serviço implementa as PICS conforme a disponibilidade local de profissionais e a interpretação do gestor, resultando em variabilidade nas modalidades ofertadas, no número de sessões, na duração dos atendimentos e nos critérios de indicação. Ademais, a formação em PICS não está sistematicamente integrada aos currículos dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia e outras profissões da saúde, ficando dependente de iniciativas pontuais de educação permanente e capacitações extracurriculares (Rocha *et al.*, 2022).

Os resultados apontaram que as PICS podem ser aplicadas, por instrutores e terapeutas que não possuem vínculo com categorias profissionais tradicionalmente reconhecidas. Esse achado evidencia a diversidade de profissionais e a ausência de exigência de formação. O estudo apresentado por Von Schoen-Angerer *et al.*, (2023), aponta que a coexistência de práticas formais e informais, associada à falta de critérios homogêneos de qualificação, limita a efetividade dos processos regulatórios, especialmente no que se refere à atuação de terapeutas e instrutores sem vínculo com profissões de saúde regulamentadas.

Essa fragmentação na contratação e na aplicação das PICS compromete a qualidade, a segurança e a efetividade dos atendimentos, além de gerar incertezas quanto à responsabilidade profissional, à continuidade do cuidado e à avaliação dos resultados.

Ainda no âmbito da gestão da oferta, destaca-se o financiamento como um fator limitante. A ausência de mecanismos específicos de repasse financeiro federal destinados às PICS faz com que essas práticas dependam de recursos genéricos da APS ou da mobilização de recursos municipais. Como consequência, as secretarias estaduais e municipais de saúde enfrentam dificuldades para garantir a sustentabilidade dessas práticas, o que resulta em oferta descontinuada, infraestrutura inadequada para os atendimentos, limitação de insumos e impossibilidade de contratação permanente de profissionais qualificados (Queiroz *et al.*, 2023). Mesmo em contextos em que as PICS demandam baixo custo operacional, como evidenciado em experiências municipais, sua continuidade depende diretamente da capacidade de organização da gestão local e da disponibilidade de recursos para seu financiamento. (Aquino *et al.*, 2025).

Embora as PICS estejam implementadas em diferentes contextos, a avaliação de sua efetividade e impacto permanece limitada pelos sistemas de informação disponíveis. Esses sistemas concentram-se majoritariamente em dados quantitativos de atendimentos e procedimentos, sem contemplar indicadores robustos de resolatividade clínica, adesão, satisfação do usuário ou impacto em indicadores de saúde. Essa limitação dificulta a análise crítica das práticas e restringe a tomada de decisão gerencial baseada em evidências (Sousa *et al.*, 2025).

7 CONCLUSÃO

Diante das evidências analisadas, as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) apresentaram resultados favoráveis no tratamento da dor musculoesquelética quando comparadas a intervenções simuladas, placebo ou cuidado usual, sobretudo quando ofertadas de forma combinada a outras estratégias terapêuticas. As intervenções foram aplicadas por diferentes categorias profissionais, com predomínio de médicos especialistas, utilizando protocolos variados quanto à frequência, duração e associação com outras terapias, o que resultou em efeitos positivos principalmente na redução da dor e na melhora da funcionalidade.

A oferta das PICS ocorreu majoritariamente em serviços de média e alta complexidade, com predominância de instituições públicas, sendo implementadas principalmente em ambulatórios especializados e serviços hospitalares, por equipes multiprofissionais capacitadas ou por profissionais com formação específica nas práticas ofertadas. Verificou-se variação nos resultados conforme a forma de organização dos serviços e o modo de oferta das práticas, indicando que a efetividade está associada não apenas à intervenção em si, mas também ao contexto assistencial em que é aplicada. Ademais, a fragmentação da oferta, bem como a ausência de protocolos padronizados e de indicadores sistemáticos de avaliação, dificulta a consolidação das PICS como parte integrante do cuidado em saúde.

A análise indicou que as PICS mais efetivas estavam associadas a protocolos estruturados, com número definido de sessões e oferta principalmente em serviços ambulatoriais do nível secundário. A presença de profissionais especializados e a integração com o cuidado convencional favoreceram melhores resultados, indicando a necessidade de modelos organizados, capacitação das equipes e monitoramento dos resultados.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se que a estratégia de busca foi restrita a bases de dados selecionadas e a artigos publicados em apenas três idiomas, o que pode ter excluído produções relevantes em outras línguas. Além disso, foram incluídos somente estudos com texto completo disponível gratuitamente, o que pode ter limitado o acesso a publicações em periódicos pagos. Ressalta-se, ainda, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, a qual dificultou comparações mais robustas entre os resultados.

Os achados deste estudo contribuem para a gestão e organização dos serviços de saúde ao evidenciar que as PICS apresentam efetividade no manejo da dor musculoesquelética, especialmente quando integradas a outras estratégias de cuidado. Os resultados obtidos subsidiam o planejamento e a tomada de decisão dos gestores quanto à incorporação qualificada dessas práticas nos serviços, favorecendo modelos de cuidado mais integrais e resolutivos, a partir da estruturação de fluxos assistenciais, definição de protocolos e fortalecimento do trabalho multiprofissional.

Sugere-se a realização de estudos futuros com foco na atenção primária à saúde, a fim de aprofundar a análise sobre a oferta, a organização e a gestão das PICS nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, D. R. M. *et al.*, Dor musculoesquelética e fatores associados em acadêmicos da saúde de uma universidade do Centro-Oeste brasileiro. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1150–1168, 2024.
- AQUINO, C. M. F. de *et al.*, Custos do cuidado à dor musculoesquelética na Estratégia Saúde da Família. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 21, p. e2120, 2025.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; **Abrasco**, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BARROS, L. C. N. *et al.*, Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, e20190081, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2010). **Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde**. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2018). **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS)**. Brasília.
- CAMARGO NETO, *et al.*, (2020). Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 8(5), 428-433.
- CARDOSO, A. C. A. *et al.*, (2022). Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores da enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 46(3).
- CONTATORE, O. A. *et al.*, Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & amp; Saúde Coletiva**; v. 20, n. 10, p. 3263 – 3273, 2015.
- FRANCELIN, M. M. Fichamento como método de documentação e estudo. **Tópicos para o ensino de biblioteconomia: volume I**. Tradução. São Paulo: ECA USP, 2016. p. 190.
- FERREIRA *et al.*, M. Práticas integrativas e complementares em saúde na formação profissional em saúde: uma reflexão necessária. **Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 3–19, 2024.
- GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. (2023). Carga global, regional e nacional da dor lombar, 1990-2020, seus fatores de risco atribuíveis e projeções até 2050: uma análise

sistemática do Estudo Global de Carga de Doenças 2021. **Lancet Rheumatology**, 5(6), e316-e329.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. Uma tipologia de revisões: uma análise de 14 tipos de revisão e metodologias associadas. **Health Information and Libraries Journal**, v. 26, n. 2, p. 91–108, 2009.

HO *et al.*, Contextualizando intervenções de implementação para promover a oferta e a utilização de serviços ambulatoriais integrativos de oncologia chinesa-ocidental em Hong Kong: um estudo Delphi. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, v. 25, art. 118, 202

KITCHENHAM, Barbara A. (2004). **Procedimentos para condução de revisões sistemáticas da literatura em engenharia de software**. Keele University.

KITCHENHAM, Barbara A.; CHARTERS, Steve. (2007). **Diretrizes para a realização de revisões sistemáticas da literatura em engenharia de software**. Keele University e Durham University.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

PAGE, M. J. *et al.*, . A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para o relato de revisões sistemáticas. **BMJ**. 2023.

PAGE, M. J. *et al.*, O projeto PRISMATIC: protocolo de um programa de pesquisa sobre novos métodos para melhorar o relato e a revisão por pares de revisões sistemáticas de evidências em saúde. **BMJ**. 2023.

QUEIROZ, N. A. DE.; BARBOSA, F. E. S.; DUARTE, W. B. A. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33037, 2023.

ROBERTS, C.; ADEBAJO, A. O.; LONG, S. Melhorando a qualidade do cuidado de condições musculoesqueléticas na atenção primária. **Rheumatology**, v. 41, n. 5, p. 503–508, 2002.

ROCHA, E. M. S.; AZEVEDO, C. J. N.; RAMOS, J. P. *Mapeamento do ensino de práticas integrativas e complementares nas graduações de Enfermagem, Medicina e Odontologia no Brasil*. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 12, e035437, 2022.

RUELA DE O, O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciências da Saúde Coletiva**, 24(11):4239–4250, nov. 2019.;24(11):4239–50.

SANTOS, M. F. *et al.*, *A inserção das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil e apoio da gestão no âmbito da Atenção Básica*. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 14, especial, 2025.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (2023). **Protocolo de manejo da dor crônica**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde.

SHARLOVYCH, Z *et al.*, Gestão de unidades de atenção primária à saúde com base na avaliação de desempenho. **Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development**, v. 47, n. 2, p. 304–318, 2025.

SILVA, G. K. F. da, *et al.*, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30(1), e300110, 2020.

SILVA, M. T. *et al.*, Práticas integrativas e complementares em saúde para dor crônica: resumo das recomendações de diretrizes clínicas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20240771, 2025.

SOUSA e TESSER (2017). Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, 33(1), e00150215.

SOUSA, M. L. C. *et al.*, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2025.

VON HAUSSWOLF, J. N. *Panorama das características da pesquisa publicada em periódicos de medicina tradicional, complementar, alternativa e integrativa: uma análise bibliométrica*. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, v. 21, art. 185, 2021.

WANG, *et al.*, Integração da medicina tradicional e complementar nos sistemas de atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 103, n. 11, p. 675–684C, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Condições musculoesqueléticas: um fardo global**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.

WSCIEKLICA, T. *et al.*, Atualização sobre a dor crônica musculoesquelética: revisão narrativa. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 59, n. 6, p. 484–494, 2019.

ZAMBELLI, J. da C *et al.*, Como os gerentes percebem as dificuldades de implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34056, 2024.

ANEXOS

Anexo A – Checklist PRISMA para elaboração de uma revisão sistemática. Abreu e Lima, 2025.

Secção e Tópico	Item	Verificação do item
TÍTULO		
Título	1	Identifica a publicação como uma revisão sistemática.
RESUMO		
Resumo	2	Ver a lista de verificação PRISMA 2020 para Resumos.
INTRODUÇÃO		
Fundamentação	3	Fundamenta a revisão no contexto do conhecimento existente.
Objetivos	4	Apresenta explicitamente o(s) objetivo(s) ou questão(ões) respeitantes à revisão.
MÉTODOS		
Critérios de elegibilidade	5	Especifica os critérios de inclusão e exclusão para a revisão e forma como os estudos foram agrupados para as sínteses.
Fontes de informação	6	Especifica todas as bases de dados, registos, websites, organizações, listas de referências e outras fontes pesquisadas ou consultadas para identificação dos estudos. Especifica a última data em que cada fonte foi pesquisada ou consultada.
Estratégia de pesquisa	7	Apresenta as estratégias de pesquisa completas para todas as bases de dados, registos e websites, incluindo todos os filtros e limites utilizados.
Processo de seleção	8	Especifica os métodos utilizados para decidir se um estudo satisfaz os critérios de inclusão da revisão, incluindo quantos revisores fizeram a triagem de cada registo e publicação selecionada, se trabalharam de uma forma independente e, se aplicável, os detalhes de ferramentas de automatização utilizadas no processo.
Processo de recolha de dados	9	Especifica os métodos utilizados para recolha de dados das publicações, incluindo quantos revisores recolheram a informação de cada publicação, se trabalharam de uma forma independente, todos os processos de obtenção ou confirmação de dados por parte dos investigadores do estudo e, se aplicável, detalhes de ferramentas de automatização utilizadas.
Dados dos itens	10a	Lista e define todos os resultados para os quais os dados foram pesquisados. Especifica se foram pesquisados todos os resultados compatíveis com cada domínio em cada estudo (p ex. para todas as medidas, momentos, análises) e, se não, especifica os métodos utilizados para decidir quais resultados a recolher.
	10b	Lista e define todas as outras variáveis para as quais os dados foram pesquisados (p. ex. características dos participantes e intervenções, fontes de financiamento). Descreve os pressupostos utilizados sobre informação em falta ou pouco clara.
Avaliação do risco de viés nos estudos	11	Especifica os métodos utilizados para avaliar o risco de viés dos estudos incluídos, incluindo detalhes sobre o(s) instrumento(s) utilizado(s), quantos revisores avaliaram cada estudo e se trabalharam de forma independente e ainda, se

Secção e Tópico	Item	Verificação do item
		aplicável, detalhes de ferramentas de automatização utilizadas no processo.
Medidas de efeito	12	Especifica para cada resultado a(s) medida(s) de efeito (p. ex. risco relativo e diferença de média) utilizada(s) na síntese ou apresentação dos resultados.
Método de síntese	13a	escreve os processos utilizados para decidir os estudos elegíveis para cada síntese (p. ex. apresentar as características da intervenção apresentada no estudo e comparar com os grupos planeados para cada síntese (item #5)).
	13b	Descreve todos os métodos necessários de preparação de dados para apresentação ou síntese, tais como lidar com os dados em falta no resumo da estatística, ou conversões de dados.
	13c	Descreve todos os métodos utilizados para apresentar ou exibir os resultados individuais de estudos e sínteses.
	13d	Descreve todos os métodos utilizados para resumir os resultados e fornece uma justificação para a(s) escolha(s). Se foi realizada uma meta-análise, Descreve o(s) modelo(s) e método(s) para identificar a presença e extensão da heterogeneidade estatística, e de software utilizado(s).
	13e	Descreve todos os métodos utilizados para explorar possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo (p. ex. análise de subgrupos, meta-regressão).
	13f	Descreve todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez a síntese dos resultados.
Avaliação do viés reportado	14	Descreve todos os métodos utilizados para avaliar o risco de viés devido à falta de resultados numa síntese (decorrente de viés de informação).
Avaliação do grau de confiança	15	Descreve todos os métodos utilizados para avaliar a certeza (ou confiança) no corpo de evidência de um resultado.
RESULTADOS		
Seleção dos estudos	16a	Descreve os resultados do processo de pesquisa e seleção, desde o número de registos identificados na pesquisa até ao número de estudos incluídos na revisão, idealmente utilizando um fluxograma.
	16b	Cita estudos que parecem satisfazer os critérios de inclusão, mas que foram excluídos, e explica as razões da exclusão.
Características dos estudos	17	Cita cada estudo incluído e apresenta as suas características.
Risco de viés nos estudos	18	Apresenta a avaliação de risco de viés para cada estudo incluído.
Resultados individuais dos estudos	19	Para todos os resultados de cada estudo, apresenta: (a) resumo da estatística para cada grupo (quando apropriado) e (b) uma estimativa do efeito e a sua precisão (p. ex. intervalo de confiança/credibilidade), utilizando idealmente tabelas ou gráficos estruturados.
Resultados das sínteses	20a	Para cada síntese, resumo das características e risco de viés entre os estudos selecionados.

Secção e Tópico	Item	Verificação do item
	20b	Apresenta os resultados de todas as sínteses estatísticas realizadas. Se foi feita uma meta-análise, apresenta para cada resultado o resumo da estimativa e a sua precisão (p. ex. intervalo de confiança/credibilidade) e medidas de heterogeneidade estatística. Se forem comparados grupos, descreve a direção do efeito.
	20c	Apresenta os resultados de todas as investigações de possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo.
	20d	Apresenta resultados de todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez dos resultados sintetizados.
Vieses reportados	21	Apresenta a avaliação do risco de viés devido à falta de resultados (resultantes de viés de informação) para cada síntese avaliada.
Nível de significância	22	Apresenta a avaliação de certeza (ou confiança) no corpo de evidência para cada resultado avaliado.
DISCUSSÃO		
Discussão	23a	Fornecer uma interpretação geral dos resultados no contexto de outra evidência.
	23b	Discute todas as limitações da evidência, incluídas na revisão.
	23c	Discute todas as limitações dos processos de revisão utilizados.
	23d	Discute as implicações dos resultados para a prática, política e investigação futura.
OUTRAS INFORMAÇÕES		
Registo do protocolo	24a	Fornecer informação sobre o registo da revisão, incluindo o nome e número de registo, ou refere que a revisão não está registada.
	24b	Indica local de acesso ao protocolo da revisão, ou refere que o protocolo não foi preparado.
	24c	Descreve e explica todas as alterações à informação fornecida no registo ou no protocolo.
Apoios	25	Descreve as fontes de financiamento ou apoio sem financiamento que suportam a revisão, e o papel dos financiadores ou patrocinadores da revisão.
Conflito de interesses	26	Declara todos os conflitos de interesses dos autores da revisão.
Disponibilidade dos dados, códigos e outros materiais	27	Reporta quais dos seguintes materiais estão acessíveis publicamente e onde podem ser encontrados: modelo de formulários de recolha de dados extraídos dos estudos incluídos, dados utilizados para análise; código analítico, qualquer outro material utilizado na revisão.

Fonte: Elaborado por Page *et al.* (2021).