
ACESSO ABERTO

EDITADO POR
 Steffen Schulz,
 Charité – Medicina Universitária
 Berlim, Alemanha

REVISADO POR
 Jéssica Tavares,
 University of Aveiro, Portugal
 Gilmar Machado,
 Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
 (SES), Brasil

*CORRESPONDÊNCIA
Fernando AC Bignardi
 ✉ fbignardi@gmail.com

RECEBIDO EM 01 DE DEZEMBRO DE 2025
 REVISADO EM 11 DE FEVEREIRO DE 2026
 ACEITO em 27 de fevereiro de 2026
 PUBLICADO EM 26 DE MARÇO DE 2026

CITAÇÃO
 Cohrs FM e Bignardi FAC (2026)
 Saúde tradicional, complementar e
 integrativa em sistemas universais: uma
 abordagem integrativa transdisciplinar para
 condições crônicas no SUS brasileiro.

Front. Public Health 14:1757824. doi:
 10.3389/fpubh.2026.1757824

DIREITOS AUTORAIS
 © 2026 Cohrs e Bignardi. Este é um artigo de acesso aberto
 distribuído sob os termos da [Licença de Atribuição Creative
 Commons \(CC BY\)](#). É permitida a utilização,
 distribuição ou reprodução em outros fóruns, desde que os
 autores originais e os detentores dos direitos autorais
 sejam devidamente creditados e que a publicação
 original nesta revista seja citada, em conformidade com
 as práticas acadêmicas aceitas. Não é permitida
 qualquer utilização, distribuição ou reprodução que não
 esteja em conformidade com estes termos.

Saúde tradicional, complementar e integrativa em sistemas universais: uma abordagem integrativa transdisciplinar para condições crônicas no SUS brasileiro.

 Frederico M. Cohrs¹ e Fernando AC Bignardi^{2*}

¹Universidade Federal de São Paulo–Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, Brazil, ²CABSIN (Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa), Comitê de Saúde e Natureza e Médico Rationalities Committee, São Paulo, Brazil

Em sistemas universais de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, as doenças crônicas e a multimorbidade ameaçam a sustentabilidade do cuidado. Esta Perspectiva conecta a Saúde Tradicional, Complementar e Integrativa (STCI) com uma Abordagem Transdisciplinar Integrativa em Saúde para reformular a compreensão das doenças crônicas. Fundamentada em três pilares (complexidade, uma concepção multidimensional do ser humano e a lógica do terceiro pilar incluído), a abordagem compreende saúde e doença como propriedades emergentes de sistemas vivos que integram dimensões física, metabólica, vital, mental e supramental (espiritual e sistêmica). Resumimos as limitações dos modelos lineares de fatores de risco, descrevemos como as práticas de STCI podem atuar em diferentes dimensões e níveis de "causalidade descendente" e apresentamos a hipertensão arterial com apneia obstrutiva do sono como um caso ilustrativo do SUS brasileiro, incluindo uma vinheta envolvendo pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e diagnóstico transdisciplinar multidimensional. Em vez de se opor ao modelo biomédico, a estrutura posiciona o cuidado convencional, as práticas de STCI e as intervenções comunitárias e baseadas na natureza como recursos complementares dentro dos sistemas universais. Concluímos com implicações para a formação de equipes de saúde da família, o planejamento de linhas de cuidado e o uso da segmentação epidemiológica para planejar respostas centradas na pessoa e no território, que sejam clinicamente eficazes, culturalmente relevantes e ecologicamente responsáveis. Ao integrar a AITCI (Abordagem Integrativa e Comunitária de Saúde) com uma perspectiva transdisciplinar, as condições crônicas podem ser abordadas de maneiras que apoiem tanto o bem-estar individual quanto a agenda mais ampla de sistemas universais de saúde sustentáveis e equitativos.

PALAVRAS-CHAVE

Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, condições crônicas, doença crônica, enfermidade crônica, segmentação epidemiológica, saúde planetária, desenvolvimento sustentável, saúde tradicional, complementar e integrativa (STCI)

1 Introdução

As doenças crônicas são uma característica definidora dos sistemas de saúde contemporâneos, particularmente em países que construíram cobertura universal, como o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Doenças não transmissíveis, problemas de saúde mental de longa duração, dor crônica e padrões complexos de multimorbidade moldam as demandas por serviços e profissionais.

trabalho (1, 2). Apesar dos avanços na prevenção e no tratamento, a abordagem dominante das doenças crônicas permanece enraizada em um paradigma biomédico fragmentado que privilegia órgãos, fatores de risco e comportamentos mensuráveis. A doença tende a ser tratada como um rótulo estático atribuído a indivíduos, em vez de um processo dinâmico que se desenrola ao longo do tempo e dentro das relações.

Uma leitura interpretativa simples do termo inglês "disease" como "dis-ease" — uma perda de facilidade ou fluidez — ajuda a abrir uma perspectiva diferente. As doenças crônicas podem ser entendidas como situações em que o fluxo da vida em suas diferentes dimensões deixa de se desenrolar como deveria. Isso se alinha aos sistemas médicos tradicionais que não concebem a "doença crônica" primordialmente como um estado fixo e incurável, mas como um padrão de longo prazo que ainda pode ser transformado por meio de mudanças no estilo de vida, nos relacionamentos e no sentido da vida. A medicina do estilo de vida contemporânea adota uma postura semelhante, utilizando intervenções estruturadas no estilo de vida para prevenir, tratar e, em alguns casos, induzir a remissão de doenças crônicas.

Os modelos de cuidados crônicos, as estratégias de cuidados integrados e as abordagens centradas na pessoa melhoraram as respostas às condições de longo prazo (3). No entanto, a maioria das estruturas permanece fortemente influenciada por uma lógica linear de fatores de risco: os fatores de risco levam à doença e espera-se que as intervenções padronizadas corrijam os desvios fisiológicos e comportamentais. A multimorbidade, as síndromas, o sofrimento existencial e as dimensões espirituais são frequentemente tratados como complicações secundárias, em vez de aspectos integrais da doença.

Ao mesmo tempo, uma crise global mais ampla é evidente. A degradação ambiental, as desigualdades sociais e a erosão do sentido da vida apontam para uma desconexão entre as sociedades humanas e a Natureza. Os padrões de saúde, incluindo o aumento e a persistência de doenças crônicas, não podem ser dissociados dessa crise (4). Corpos que acumulam estresse, inflamação e exaustão refletem as tensões de um mundo marcado pela aceleração, pelo consumismo e pela ruptura dos laços ecológicos. No entanto, as estruturas predominantes raramente explicitam essa conexão.

Iniciativas globais recentes, como a Estratégia da OMS para Medicina Tradicional e a Cúpula Global da OMS sobre Medicina Tradicional, que culminou na Declaração de Gujarat, enfatizaram a necessidade de integrar a saúde tradicional, complementar e integrativa (STCI) às agendas de cobertura universal de saúde e desenvolvimento sustentável (5, 6). Paralelamente, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável preconiza novas abordagens que conectem eficácia clínica, equidade e responsabilidade ecológica. Ao propor formas de integrar a STCI em sistemas universais de saúde, como o SUS brasileiro, esta Perspectiva dialoga diretamente com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, em particular com as metas 3.4 (reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis) e 3.8 (alcançar a cobertura universal de saúde). A ênfase no cuidado culturalmente sensível e baseado no território, bem como na formação de equipes de saúde da família, também está alinhada ao ODS 10, sobre a redução das desigualdades, e ao ODS 4, sobre educação de qualidade para profissionais de saúde.

A transdisciplinaridade e a saúde integrativa surgiram como vias de resposta a essa complexidade. No entanto, elas são frequentemente invocadas de forma genérica, sem uma estrutura conceitual e metodológica clara que possa orientar sua aplicação às condições crônicas. Esta Perspectiva propõe tal estrutura: uma Abordagem Transdisciplinar de Saúde Integrativa fundamentada em três pilares inter-relacionados (complexidade, uma concepção multidimensional).

do ser humano e da lógica do terceiro incluído) que pode ser aplicada na prática clínica, na educação e nas políticas públicas. Um modelo multidimensional inspirado na física quântica é usado como heurística para ilustrar essas ideias; ele é empregado metaforicamente, não como uma teoria física formal.

Apesar do crescente interesse global na integração da Medicina Tradicional Chinesa Integrativa (MTCI) em sistemas universais de saúde (5, 6), essa integração enfrenta desafios e incertezas substanciais. As evidências para muitas práticas da MTCI permanecem limitadas ou de baixa qualidade, com resultados heterogêneos em diferentes condições e contextos (7, 8). Os marcos regulatórios são frequentemente insuficientes para garantir segurança, qualidade e prática ética, particularmente quando o conhecimento tradicional é mercantilizado ou descontextualizado (9). Há riscos de reforçar as desigualdades se a MTCI se tornar uma opção de "segunda classe" para populações vulneráveis, enquanto intervenções de alta tecnologia permanecem reservadas para aqueles com maiores recursos (10). Além disso, a integração acrítica pode fragmentar o cuidado em vez de fortalecê-lo, especialmente quando profissionais da MTCI e profissionais biomédicos trabalham em paralelo sem um diálogo genuíno ou tomada de decisão compartilhada (11).

As estruturas de saúde pública existentes abordaram as doenças crônicas sob diferentes perspectivas. O modelo biopsicossocial (12) expandiu a compreensão biomédica ao reconhecer as dimensões psicológicas e sociais, mas muitas vezes permanece centrado em intervenções em nível individual. O Modelo de Cuidados Crônicos (3) introduziu o pensamento sistêmico e o cuidado em equipe, mas predominantemente dentro de uma lógica biomédico-gerencial que pode não acomodar totalmente a pluralidade epistemológica. As abordagens dos determinantes sociais da saúde (13) enfatizam os fatores estruturais e político-econômicos, embora possam subestimar a experiência subjetiva, a construção de significado e as dimensões espirituais. A teoria sindêmica (14) destaca como as doenças se agrupam e interagem em contextos de desigualdade social, mas concentra-se principalmente em padrões epidemiológicos em vez de integração terapêutica. A estrutura da saúde planetária (4) conecta a saúde humana com a integridade ecológica, abrindo espaço para intervenções baseadas na natureza e na comunidade, mas exigindo uma operacionalização mais clara na prática clínica e na organização dos serviços de saúde. Cada uma dessas estruturas oferece insights valiosos; a abordagem transdisciplinar integrativa de saúde proposta aqui busca complementá-las, integrando explicitamente a TCIH (Terapia Integrativa de Saúde Comunitária), articulando múltiplas dimensões da experiência humana e operacionalizando a lógica do terceiro inclusivo como uma ponte metodológica.

O objetivo deste artigo de Perspectiva é propor uma Abordagem Transdisciplinar Integrativa em Saúde, fundamentada em três pilares inter-relacionados (complexidade, uma concepção multidimensional do ser humano (integrando as dimensões física, metabólica, vital, mental e supramental (espiritual e sistêmica)) e a lógica da terceira dimensão incluída), como um arcabouço conceitual e metodológico para reformular as condições crônicas dentro dos sistemas universais de saúde. Utilizando o SUS brasileiro como principal contexto de referência, ilustramos como essa abordagem pode subsidiar a prática clínica, o trabalho em equipe interprofissional, a formação de profissionais de saúde, a organização dos serviços e as políticas públicas. Em vez de apresentar dados empíricos ou síntese sistemática de evidências, esta Perspectiva oferece uma proposta normativa e heurística destinada a estimular o debate, orientar pesquisas e experimentações futuras e contribuir para a operacionalização das agendas globais sobre a integração da ATIC (5, 6).

e desenvolvimento sustentável (ODS 3, ODS 4, ODS 10) no contexto do cuidado de doenças crônicas. A estrutura posiciona o cuidado biomédico convencional, as práticas de TCiH (Medicina Tradicional Chinesa Integrada) e as intervenções comunitárias baseadas na natureza como recursos complementares que podem ser planejados e implementados em conjunto, desde que a segurança, a equidade e o rigor epistemológico sejam mantidos.

1.1 Experiências de integração da Medicina Tradicional Chinesa Integrativa em sistemas universais de saúde: lições do SUS brasileiro

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Brasil, estabelecida em 2006 e progressivamente expandida, representa um dos esforços institucionais mais abrangentes para integrar as PCiH em um sistema universal de saúde pública (15, 16). A política atualmente engloba 29 práticas, incluindo acupuntura, fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional indígena, terapia comunitária, meditação e yoga, entre outras. Essas práticas são oferecidas principalmente por meio da atenção primária à saúde, com variações significativas entre os municípios.

Estudos empíricos e avaliações institucionais revelam tanto conquistas quanto desafios persistentes. Do lado positivo, o PNPIC aumentou o acesso à TCiH para populações vulneráveis que, de outra forma, não teriam condições de arcar com serviços privados, promoveu o reconhecimento cultural de diversas tradições de cura e fomentou encontros clínicos mais centrados na pessoa e ricos em relações (17, 18). Alguns municípios relataram redução no uso de medicamentos e serviços de emergência entre usuários de práticas integrativas, embora estudos robustos de efetividade comparativa ainda sejam escassos (19). Os círculos de terapia comunitária, em particular, demonstraram capacidade de fortalecer redes de apoio social e o senso de pertencimento territorial, abordando dimensões do sofrimento crônico que o atendimento biomédico convencional frequentemente negligencia (20).

No entanto, a implementação permanece desigual e enfrenta barreiras estruturais. Muitas equipes de saúde da família não possuem treinamento em TCiH, o que leva a encaminhamentos para especialistas em vez de integração na prática diária da atenção primária (21). A fragmentação persiste quando os profissionais de TCiH trabalham em clínicas ou horários separados, sem planos de cuidados compartilhados ou diálogo interprofissional (11). A regulamentação e a garantia da qualidade são inconsistentes, com preocupações sobre segurança, consentimento informado e potencial exploração do conhecimento tradicional (9).

Além disso, os serviços TCiH são frequentemente os primeiros a serem cortados durante as crises orçamentais, refletindo seu status periférico dentro das prioridades do sistema de saúde (22).

As experiências internacionais refletem padrões semelhantes. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, por exemplo, apoiou a acupuntura e a osteopatia em algumas regiões, mas a integração permanece irregular e dependente de líderes locais, em vez de políticas sistêmicas (23). Na China, a Medicina Tradicional Chinesa coexiste com a biomedicina em um sistema dual que às vezes se integra, mas frequentemente funciona em paralelo, levantando questões sobre a transdisciplinaridade genuína versus a coexistência institucional (24). Essas experiências ressaltam a necessidade de estruturas que vão além da adição da Medicina Tradicional Chinesa Integrativa como um complemento opcional e, em vez disso, repensem os modelos de cuidados crônicos a partir de uma perspectiva mais abrangente.

Uma perspectiva transdisciplinar e multidimensional — precisamente o que esta Perspectiva propõe.

Embora a integração da Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) em sistemas universais de saúde tenha ganhado impulso globalmente, a avaliação crítica das evidências revela desafios metodológicos persistentes e preocupações com a qualidade que merecem reconhecimento explícito. Revisões sistemáticas de pesquisas sobre medicina complementar e alternativa identificam consistentemente o registro inadequado de protocolos, critérios de inclusão pouco claros, avaliação incompleta do risco de viés e tamanhos de amostra pequenos como limitações prevalentes que comprometem a confiabilidade dos resultados (8, 25). Meta-análises que examinam especificamente a medicina tradicional, complementar e integrativa demonstram que a qualidade das evidências frequentemente é classificada como baixa ou muito baixa usando os critérios GRADE, com resultados inconclusivos ou inconsistentes em múltiplas modalidades (26). Essas fragilidades metodológicas decorrem, em parte, dos desafios inerentes à aplicação de delineamentos convencionais de ensaios clínicos randomizados a intervenções complexas, individualizadas e dependentes do contexto, características de muitas práticas de MTCI.

Além das preocupações metodológicas, os esforços de integração enfrentam barreiras substanciais em múltiplos níveis. Revisões sistemáticas identificam restrições financeiras (particularmente a falta de cobertura de seguro), ceticismo por parte dos profissionais convencionais, perspectivas filosóficas divergentes entre os paradigmas biomédico e holístico e relações institucionais formalizadas limitadas como obstáculos principais à integração eficaz (27). As tensões epistemológicas entre os sistemas médicos integrais e a biomedicina convencional refletem abordagens fundamentalmente diferentes para a geração de conhecimento, a conceitualização da doença e a intervenção terapêutica, exigindo uma negociação cuidadosa em vez de uma simples adição de práticas (28).

As variações regionais agravam estes desafios: embora a produção de investigação em TCiH tenha crescido rapidamente em algumas regiões, a qualidade metodológica e de relato permanece variável, com a adesão às diretrizes estabelecidas inconsistente entre os contextos (8, 26).

Essas perspectivas críticas não invalidam as abordagens integrativas, mas ressaltam a necessidade de estruturas que abordem explicitamente o rigor metodológico, a pluralidade epistemológica e a complexidade de implementação. A abordagem transdisciplinar integrativa em saúde proposta nesta Perspectiva aborda essas preocupações ao posicionar diferentes sistemas de conhecimento como complementares, em vez de concorrentes, enfatizando a necessidade de segurança, evidências e equidade nos esforços de integração. Em vez de reivindicar superioridade sobre os modelos existentes, oferecemos esta estrutura como uma entre várias abordagens possíveis para lidar com os desafios e oportunidades da integração da TCiH em sistemas universais.

Uma inovação central da abordagem transdisciplinar integrativa em saúde é o conceito de diagnóstico supradisciplinar: um método fenomenológico por meio do qual uma equipe de cuidados interprofissional constrói um retrato clínico unificado e emergente da pessoa que busca ajuda. Em vez de justapor avaliações disciplinares paralelas, esse processo diagnóstico reúne profissionais de diversas áreas (cada uma com suas perspectivas e idiossincrasias disciplinares) em um consenso perceptivo compartilhado que transcende o que qualquer disciplina isoladamente pode alcançar. Guiado pela observação fenomenológica e alinhado ao princípio da causalidade descendente, o diagnóstico supradisciplinar permite que a equipe identifique como

Os distúrbios se propagam por múltiplas dimensões da experiência da pessoa e, de acordo com isso, é necessário elaborar respostas terapêuticas integrativas (29, 30). Esse conceito é desenvolvido e ilustrado com mais detalhes por meio de uma vinheta clínica na Seção 3.3.

2. Fundamentos conceituais da abordagem transdisciplinar integrativa em saúde

2.1 Complexidade e o ser humano multidimensional

O primeiro pilar é a complexidade. Indivíduos, famílias, comunidades e serviços de saúde são vistos como sistemas vivos interconectados, nos quais pequenas mudanças podem ter efeitos desproporcionais e os resultados não podem ser totalmente previstos a partir das condições iniciais. As doenças crônicas emergem ao longo do tempo da interação de processos biológicos, histórias de vida, relacionamentos, instituições e ambientes, e não de fatores de risco isolados. A causalidade não é linear, é recursiva e frequentemente circular.

O segundo pilar é uma concepção multidimensional do ser humano. Distinguimos cinco dimensões inter-relacionadas. A dimensão física refere-se à estrutura, aos órgãos e aos sistemas, acessados por meio de exame clínico e testes. A dimensão metabólica inclui o “terreno biológico” que conecta os sistemas — regulação bioquímica, inflamação, equilíbrio energético e microbiota, frequentemente explorados por meio de históricos alimentares e marcadores laboratoriais. A dimensão vital abrange os ritmos da vida (ciclos sono-vigília, respiração, pulso, rotinas diárias) e a vitalidade subjetiva.

A dimensão mental compreende postura, atitudes, traços de personalidade, pensamentos e emoções, avaliados por meio de instrumentos estruturados e narrativas biográficas. Finalmente, a dimensão supramental (que engloba aspectos espirituais e sistêmicos) refere-se à consciência transpessoal e à experiência contemplativa (o aspecto espiritual), bem como às configurações biográficas e ao senso de participação em padrões mais amplos de significado e destino (o aspecto sistêmico) (31, 32). As condições crônicas são vistas como padrões que simultaneamente afetam e são afetados por todas as cinco dimensões.

As práticas da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) podem potencialmente atuar em diferentes combinações dessas dimensões. A meditação e os exercícios contemplativos, por exemplo, podem influenciar as dimensões supramentais e mentais, ao mesmo tempo que alteram a regulação vital e metabólica. As terapias corporais podem afetar as camadas física e vital, enquanto abrem espaço para o processamento emocional. A força e a qualidade das evidências para práticas específicas variam consideravelmente; nosso objetivo nesta Perspectiva não é fornecer uma revisão sistemática, mas sim oferecer uma estrutura conceitual que possa orientar futuras pesquisas avaliativas e experimentações de políticas em consonância com as estratégias globais sobre medicina tradicional e complementar (5, 6).

2.2 A lógica do terceiro incluído

O terceiro pilar é a lógica do terceiro incluído, um princípio derivado da teoria da complexidade e da epistemologia transdisciplinar.

(33, 34) que opera simultaneamente em três níveis: como princípio epistemológico, ferramenta metodológica e critério de decisão clínica.

Como princípio epistemológico, a lógica do terceiro incluído desafia oposições binárias rígidas como corpo-mente, objetivo-subjetivo ou biomédico-tradicional. Na lógica aristotélica clássica, se A é verdadeiro, então não-A deve ser falso (o princípio do terceiro excluído). Em sistemas vivos complexos, no entanto, estados contraditórios podem coexistir em diferentes níveis de realidade ou observação (33, 35).

O “terceiro” não é um compromisso ou um meio-termo, mas um nível distinto onde aparentes opostos podem ser válidos. Por exemplo, a água pode ser simultaneamente líquida (à temperatura ambiente) e sólida (quando congelada) — não contraditório, mas estados diferentes em condições diferentes. Aplicado à saúde, uma pessoa com pressão arterial controlada (avaliação biomédica) que experimenta sofrimento existencial grave (avaliação fenomenológica) não é uma contradição que nos obrigue a escolher uma realidade em detrimento da outra. Ambas são verdadeiras, e o “terceiro” é o quadro clínico integrado que contém ambas as verdades (36).

Como ferramenta metodológica, a lógica do terceiro incluído fornece orientação prática para a colaboração transdisciplinar em equipes de saúde (34, 37). Ela legitima a coexistência de múltiplas estruturas explicativas sem exigir que uma domine ou invalide as outras. Na prática, isso significa que uma equipe de saúde da família pode utilizar simultaneamente tratamento farmacológico (biomédico), círculos de terapia comunitária (psicossocial) e plantas medicinais (conhecimento tradicional) para o mesmo paciente, reconhecendo que cada um aborda diferentes dimensões da condição crônica. Uma avaliação diagnóstica pode integrar marcadores laboratoriais, narrativa biográfica e construção de significado espiritual como fontes complementares, e não concorrentes, de conhecimento sobre o estado de saúde da pessoa (38). As políticas de saúde podem apoiar intervenções de alta tecnologia (como dispositivos CPAP) juntamente com práticas baseadas na natureza e na comunidade, entendendo-as como recursos que atuam em diferentes níveis de causalidade, em vez de paradigmas opostos (4, 6).

Como critério de decisão clínica, a lógica do terceiro incluído ajuda os profissionais a reconhecerem quando as intervenções biomédicas resolveram parte de um problema complexo, mas outras dimensões permanecem sem solução (12). Considere a vinheta clínica apresentada na Seção 3.3: após o tratamento com CPAP, a pressão arterial do paciente melhora e as apneias noturnas desaparecem (sucesso biomédico), porém a tensão muscular crônica, a rotina acelerada e a perda do propósito de vida persistem (dimensões mental, vital e supramental (significado e propósito) inalteradas). Uma lógica binária enquadraria isso como “sucesso do tratamento” (pressão arterial controlada) ou “fracasso do tratamento” (o paciente ainda sofre). A lógica do terceiro incluído reconhece ambas as afirmações como verdadeiras simultaneamente e sinaliza a necessidade de expandir o cuidado para incluir fisioterapia, psicoterapia, aconselhamento biográfico ou outros recursos que abordem as dimensões não contempladas.

Em termos de políticas, a lógica do terceiro inclusivo convida os sistemas universais a ultrapassarem a polarização entre “medicina convencional” e “práticas tradicionais ou complementares” (5, 6). Em vez disso, incentiva estruturas em que diferentes sistemas de conhecimento sejam colocados em diálogo, desde que converjam para um cuidado mais integral, seguro e equitativo.

Isso não significa aceitação acrítica de todas as práticas, mas sim a criação de condições regulatórias, educacionais e organizacionais para uma integração rigorosa e respeitosa (39).

Operacionalmente, a lógica do terceiro incluído pode ser aplicada através de: (1) Treinamento de profissionais de saúde para reconhecer e trabalhar com múltiplas perspectivas válidas sobre a mesma situação clínica (37).

(2) Desenvolver protocolos de cuidados que integrem explicitamente recursos de diferentes sistemas de conhecimento (por exemplo, medicação anti-hipertensiva + meditação + grupos de apoio comunitário) (38, 40). (3)

Desenvolver estruturas de avaliação que avaliem os resultados em múltiplas dimensões (parâmetros biomédicos + qualidade de vida + sentido de significado + pertença à comunidade) em vez de privilegiar um tipo de resultado (3, 12). (4)

Criar espaços institucionais (discussões de casos, reuniões interprofissionais) onde diferentes perspectivas possam ser articuladas e integradas em planos de cuidados coerentes (34, 39).

2.3 Integrando os pilares: da epistemologia à práxis

Os três pilares (complexidade, multidimensionalidade e a lógica do terceiro pilar incluído) não são conceitos isolados, mas formam uma arquitetura integrada que molda nossa compreensão e intervenção em condições crônicas. Esta seção esclarece como esses pilares se relacionam entre si e como, em conjunto, nos levam a reconhecer e trabalhar com a causalidade descendente como um mecanismo operacional fundamental na saúde integrativa transdisciplinar.

A relação entre os pilares pode ser compreendida da seguinte forma: a complexidade (primeiro pilar) estabelece que os sistemas vivos, incluindo os seres humanos e os processos de saúde e doença, são caracterizados por causalidade não linear, propriedades emergentes e organização multinível. Essa perspectiva da complexidade abre espaço conceitual para o segundo pilar, a concepção multidimensional do ser humano, que operacionaliza a complexidade ao identificar dimensões distintas, porém interconectadas (física, metabólica, vital, mental, supramental), por meio das quais as condições crônicas se manifestam e podem ser tratadas. A lógica do terceiro pilar (incluso) fornece a ponte epistemológica e metodológica que permite aos profissionais adotar múltiplas perspectivas (biomédica, fenomenológica, tradicional, ecológica) sem forçá-las a se enquadrar em uma única estrutura reducionista. Em vez de escolher entre explicações concorrentes em diferentes níveis, a lógica do terceiro pilar legitima sua coexistência como visões complementares da mesma realidade complexa.

Em conjunto, esses três pilares criam as condições conceituais para o reconhecimento da causalidade descendente. A causalidade descendente refere-se à capacidade de padrões de nível superior (significados, narrativas, relacionamentos, arranjos sociais, experiências espirituais) de exercerem influência sobre processos de nível inferior, incluindo os biológicos e fisiológicos (41, 42). No contexto de condições crônicas, isso significa que alterações na dimensão supramental (senso de propósito de vida, conexão espiritual), na dimensão mental (crenças, tom emocional, padrões relacionais) ou na dimensão vital (ritmos diários, postura, qualidade do movimento) podem influenciar a regulação metabólica (marcadores inflamatórios, equilíbrio autonômico, imunidade).

função) e manifestações físicas (pressão arterial, dor, alterações estruturais).

A causalidade descendente não é um princípio teórico separado, independente dos três pilares; em vez disso, é o que se torna visível e acionável quando adotamos a perspectiva integrativa transdisciplinar que eles definem. Sem o pensamento da complexidade, permaneceríamos presos a modelos lineares onde a causalidade flui apenas de genes e moléculas para cima. Sem a multidimensionalidade, não teríamos uma maneira estruturada de identificar os níveis em que a intervenção pode ocorrer. Sem a lógica do terceiro pilar incluído, poderíamos tratar a causalidade descendente com ceticismo (como "não científica" ou incompatível com os mecanismos biomédicos) em vez de reconhecê-la como complementar à causalidade ascendente (de moléculas à experiência).

Existe uma crescente literatura empírica consistente com a causalidade descendente na saúde, embora muitas vezes não seja formulada nesses termos. Pesquisas em psiconeuroimunologia demonstram que experiências psicossociais (estresse, apoio social, prática de meditação) influenciam a expressão gênica, a função das células imunes e as vias inflamatórias (43, 44). Estudos em epidemiologia social mostram que a participação na comunidade, o senso de propósito e papéis sociais significativos estão associados à redução do risco cardiovascular, ao declínio cognitivo mais lento e ao maior comprimento dos telômeros (45, 46). A neurociência contemplativa revela que a meditação e o treinamento em mindfulness produzem mudanças mensuráveis na estrutura cerebral, na regulação autonômica e nos parâmetros metabólicos (47, 48). Essas descobertas ilustram a causalidade descendente em ação: mudanças em níveis organizacionais superiores (significado, relacionamentos, prática contemplativa) se propagam em cascata, influenciando processos moleculares e fisiológicos.

Na abordagem transdisciplinar integrativa da saúde, o reconhecimento da causalidade descendente tem diversas implicações práticas. Primeiro, expande o campo terapêutico: intervenções que abordam significado, propósito, relacionamentos ou experiência espiritual não são meros "complementos" ao tratamento biomédico, mas componentes legítimos do cuidado que podem influenciar as trajetórias da doença por meio de vias biológicas mensuráveis. Segundo, reformula o que conta como "mecanismo": explicar como uma prática de TCIH funciona não se limita a identificar compostos ativos ou efeitos bioquímicos diretos, mas pode incluir a compreensão de como a prática influencia padrões mentais, ritmos vitais ou consciência supramental (significado e propósito), que, por sua vez, afetam as dimensões metabólicas e físicas. Terceiro, sugere que o cuidado eficaz para condições crônicas frequentemente requer atuação simultânea em múltiplos níveis: intervenções biomédicas para tratar a desregulação física ou metabólica urgente, combinadas com práticas de TCIH, apoio psicoterapêutico, engajamento comunitário e intervenções baseadas na natureza que atuam por meio da causalidade descendente para modificar os padrões que sustentam a doença.

É importante ressaltar que a causalidade descendente não substitui nem invalida a causalidade ascendente (os caminhos bem estabelecidos que ligam os processos moleculares e celulares aos órgãos, sistemas e experiência). Ambas as direções de influência operam simultaneamente nos sistemas vivos. A dor crônica de uma pessoa pode ter causas estruturais claras (degeneração articular, compressão nervosa) que requerem intervenções físicas, ao mesmo tempo que é influenciada por padrões mentais (catastrofização, medo do movimento) e fatores existenciais.

significados (dor como punição, perda do propósito de vida) que podem ser abordados por meio de cuidados psicológicos e espirituais. A lógica do terceiro elemento incluído nos permite trabalhar com causalidade ascendente e descendente como explicações complementares, em vez de concorrentes.

Essa arquitetura integrada (complexidade que possibilita a multidimensionalidade, legitimada pela lógica da terceira parte incluída, revelando em conjunto a causalidade descendente como um mecanismo operacional) fornece o arcabouço conceitual para as aplicações clínicas e políticas discutidas nas seções subsequentes. Ela esclarece por que a abordagem transdisciplinar integrativa em saúde não se limita a adicionar a TCiH (Terapia Integrativa Transdisciplinar em Saúde) ao cuidado convencional, mas sim a reformular fundamentalmente as condições crônicas como processos multiníveis e bidirecionais que exigem respostas integradas e multiníveis correspondentes.

3. Reformulando as doenças crônicas nos sistemas universais de saúde

3.1 Da lógica linear dos fatores de risco aos processos biográficos complexos

Os modelos utilizados em sistemas universais para lidar com doenças crônicas geralmente são organizados em torno de fatores de risco e rótulos diagnósticos. Eles têm sido úteis para identificar determinantes modificáveis e orientar intervenções preventivas, mas tendem a restringir as doenças crônicas a uma interação estática entre “risco” e “doença” no organismo individual. Reforçam o foco no controle de parâmetros e na mudança de comportamento individual, muitas vezes marginalizando a experiência subjetiva, os determinantes estruturais e os contextos ecológicos.

A integração dos três pilares descritos acima permite reformular as condições crônicas como processos complexos, multidimensionais e relacionais. Em vez de serem definidas apenas como doenças de longa duração com códigos específicos, as condições crônicas podem ser descritas como configurações de longo prazo de alterações físicas e metabólicas, tônus vital, padrões mentais, dinâmicas supramentais (significado e propósito), posições sociais e contextos ecológicos. Isso convida os profissionais de saúde a questionarem não apenas “Como controlamos esse parâmetro?”, mas também “Como essa condição faz sentido nessa biografia e território?” e “Quais condições sistêmicas sustentam ou transformam essa situação?”.

3.2 Um exemplo ilustrativo: hipertensão arterial além do modelo biomolecular

A hipertensão arterial oferece um exemplo claro de como uma abordagem integrativa transdisciplinar pode complementar o modelo biomolecular convencional. Nas diretrizes atuais, a hipertensão é definida como uma doença crônica por valores de corte para a pressão arterial e um conjunto de fatores de risco cardiovascular.

Assim, os atendimentos clínicos se concentram no controle farmacológico e em orientações padronizadas sobre estilo de vida, com pouco espaço para explorar dimensões biográficas, relacionais ou ambientais.

De uma perspectiva transdisciplinar, a hipertensão arterial pode ser compreendida como um padrão que expressa desequilíbrios na regulação física e metabólica (por exemplo, alterações vasculares, perfil inflamatório, atividade autonômica), na dinâmica vital (perda do ritmo, tensão crônica, alterações posturais), na vida mental (crenças sobre controle, medo, luto não resolvido, preocupação com o futuro) e nas dimensões supramentais (significado e propósito) (projetos de vida, propósito percebido, dinâmicas familiares de longa data). A consequência prática não é abandonar o tratamento farmacológico baseado em evidências, mas expandir o campo terapêutico: o cuidado biomédico convencional, as práticas de Medicina Tradicional Chinesa Integrativa (MTCI), os processos comunitários e as intervenções baseadas na natureza tornam-se componentes legítimos e complementares do cuidado.

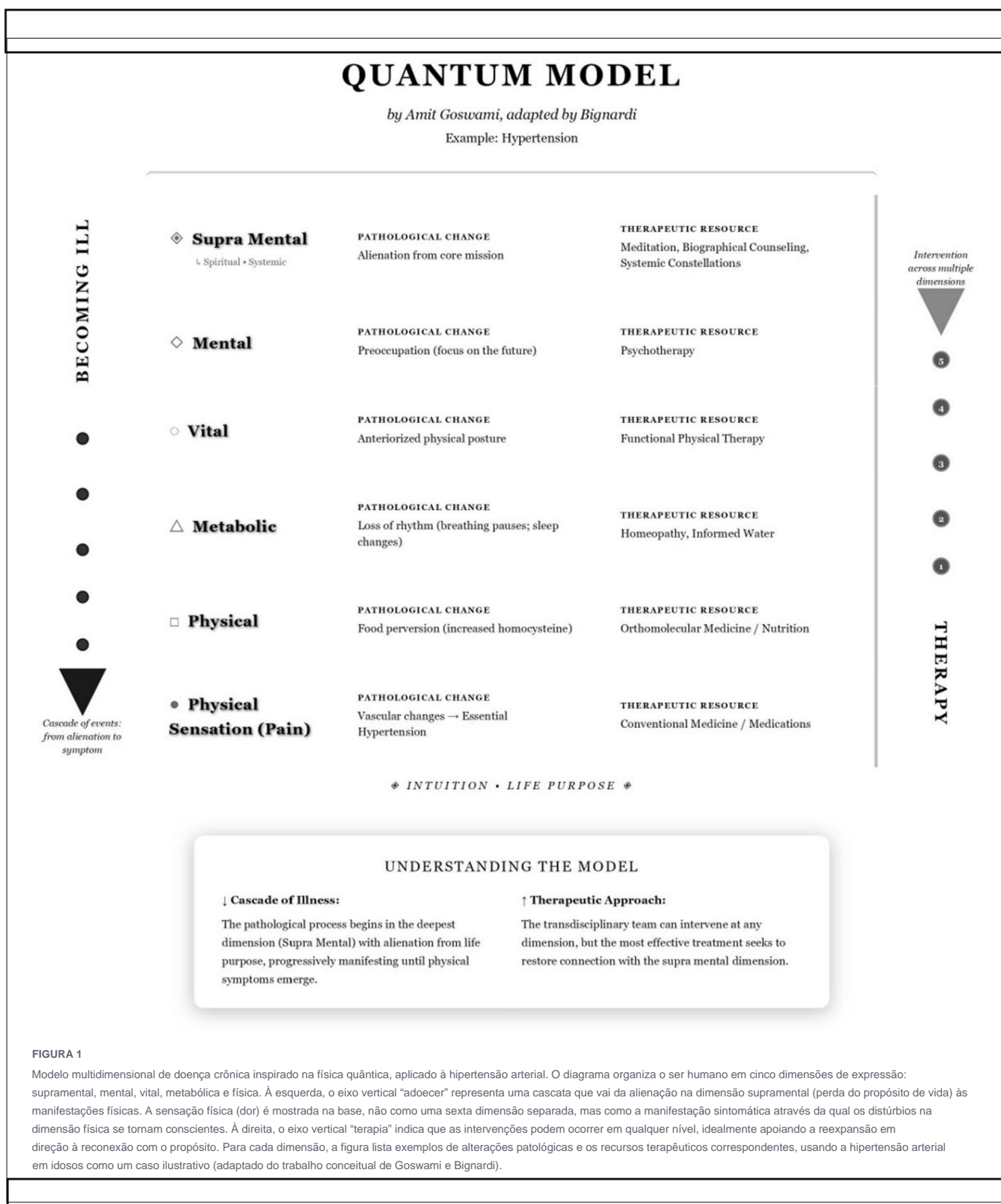
Um diagrama multidimensional inspirado na física quântica resume este modelo, mapeando as cinco dimensões, os principais aspectos observados em cada uma, os instrumentos utilizados para explorá-las e os possíveis recursos terapêuticos (Figura 1).

Nesse contexto, a “doença” (desconforto) deixa de ser apenas um número acima de um limite e passa a ser uma configuração na qual a vida da pessoa deixa de fluir como poderia pelos domínios físico, metabólico, vital, mental e supramental (significado e propósito).

3.3 Uma vinheta concreta: diagnóstico supradisciplinar e a cascata de possibilidades terapêuticas

Na assistência médica convencional, cada disciplina profissional produz seu próprio diagnóstico: o médico identifica alterações fisiopatológicas, o psicólogo mapeia padrões cognitivo-emocionais, o fisioterapeuta avalia limitações funcionais e assim por diante. Mesmo quando esses profissionais trabalham lado a lado, o quadro resultante é tipicamente uma justaposição de avaliações paralelas, cada uma enquadrada por sua própria lente epistemológica. Um diagnóstico supradisciplinar, por outro lado, não é a soma das partes disciplinares, mas uma leitura emergente e integrativa da pessoa como um todo. Baseando-se na observação fenomenológica como método compartilhado (atentando-se aos ritmos corporais, padrões posturais, temas narrativos, dinâmicas relacionais e orientação existencial), a equipe de saúde constrói um retrato clínico unificado que transcende as fronteiras disciplinares. O qualificador “supra” indica que esse processo diagnóstico opera em um nível de complexidade que nenhuma disciplina isoladamente consegue alcançar: requer a consideração simultânea de como os distúrbios se manifestam, interagem e se reforçam mutuamente nas cinco dimensões da expressão humana.

O produto prático de um diagnóstico supradisciplinar é um mapa dimensional em cascata: uma identificação explícita de como a condição da pessoa se desdobra de uma dimensão para outra — por exemplo, da perda de sentido existencial (supramental: significado e propósito) através de padrões de pensamento ruminativos (mental) até a disfunção autonômica (vital), desequilíbrio metabólico e deterioração estrutural (física). Uma vez que essa cascata se torna visível, a equipe terapêutica pode planejar intervenções em cada nível dimensional, selecionando práticas de diferentes tradições (biomédica, mente-corpo, contemplativa, manual) de acordo com onde elas têm maior probabilidade de desencadear a reorganização.



causalidade descendente. Dessa forma, o diagnóstico supradisciplinar serve como ponte operacional entre a estrutura teórica multidimensional e a ação clínica individualizada.

A seguinte vinheta ilustra como esse processo de diagnóstico se desenrola na prática.

Operacionalmente, o diagnóstico supradisciplinar e o mapeamento dimensional em cascata seguem um processo estruturado:

Entradas (avaliações individuais): cada membro da equipe realiza uma avaliação sensível às dimensões do paciente, utilizando a observação fenomenológica (atentando-se aos ritmos corporais, padrões posturais, temas narrativos, dinâmicas relacionais e orientação existencial), juntamente com ferramentas específicas da sua área de atuação. O médico de família contribui com dados biomédicos e metabólicos; o fisioterapeuta, com observações posturais e de sinais vitais; o psicólogo, com padrões cognitivo-emocionais;

O agente comunitário de saúde, contexto social e territorial; e o profissional de TCIH, dimensões energética e contemplativa.

Processo (síntese supradisciplinar): em uma discussão de caso interprofissional estruturada, guiada pela lógica do terceiro elemento incluído, a equipe integra avaliações individuais em um retrato unificado. Em vez de justapor relatórios paralelos, os profissionais identificam como as perturbações em uma dimensão sustentam ou amplificam as perturbações em outras. A questão fundamental é: "Qual é a cascata através da qual a condição dessa pessoa se mantém em diferentes dimensões?" A equipe constrói um mapa dimensional da cascata, traçando os caminhos desde padrões de nível superior (por exemplo, perda de propósito) até dimensões intermediárias (por exemplo, pensamentos ruminativos, ritmos circadianos desregulados) e manifestações físicas (por exemplo, hipertensão sustentada).

Resultados (plano de cuidados): (a) Um mapa em cascata dimensional identificando a cascata primária que sustenta a doença e as dimensões mais suscetíveis à intervenção; (b) um plano terapêutico multidimensional especificando intervenções em cada dimensão relevante, o(s) profissional(is) responsável(is) e as interações esperadas entre as intervenções; e (c) critérios de reavaliação definindo quais mudanças entre as dimensões sinalizariam progresso terapêutico além do controle de parâmetros biomédicos.

Caso clínico: um idoso com hipertensão arterial de longa data, obesidade e apneia obstrutiva do sono (AOS) recebe tratamento convencional, incluindo medicação anti-hipertensiva e pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) noturna. Após seis meses de uso regular de CPAP, os parâmetros biomédicos melhoram significativamente: a pressão arterial diminui de 160/100 mmHg para 130/80 mmHg, as dessaturações noturnas de oxigênio desaparecem e a polissonografia confirma a resolução dos episódios de apneia. Ensaios clínicos demonstraram que o CPAP pode reduzir a pressão arterial em pacientes com AOS e hipertensão resistente (49).

Do ponto de vista do modelo biomolecular, o objetivo terapêutico parece alcançado: a cascata fisiopatológica da apneia à hiperativação simpática e à hipertensão foi interrompida. Uma avaliação supradisciplinar, no entanto, revela que apenas parte do padrão multidimensional foi alterado:

Aspecto físico: pressão arterial normalizada, apneias resolvidas. Persiste a tensão muscular crônica no pescoço e nos ombros (observada por palpação, amplitude de movimento cervical restrita).

Dimensão metabólica: melhora na oxigenação, redução dos marcadores inflamatórios (diminuição da proteína C-reativa). Índice de massa corporal inalterado; padrões alimentares continuam centrados em alimentos processados consumidos rapidamente.

Dimensão vital: ritmo respiratório durante o sono normalizado. Os ritmos da vida diária permanecem desregulados: horários irregulares de refeições, sono fragmentado apesar do CPAP, atividade física mínima, tempo prolongado em frente a telas em ambientes internos, desconectado dos sinais circadianos naturais.

Dimensão mental: postura anteriorizada e encolhida, refletindo preocupação crônica persistente. O paciente relata ruminação contínua sobre conflitos familiares e insegurança financeira. Sistema de crenças centrado na impotência: "nada que eu faça faz diferença". Ambiente informacional dominado pelo consumo de notícias que induzem à ansiedade e pelo isolamento social.

Dimensão suplementar (significado e propósito): ausência de envolvimento com o propósito de vida ou participação social significativa. Relata sentir-se "desconectado de tudo" desde a aposentadoria, há três anos.

atrás. Sem prática contemplativa, comunidade espiritual ou senso de direção biográfica.

Interpretação: A CPAP abordou com sucesso as dimensões física e parcialmente a metabólica, interrompendo a hipóxia noturna e reduzindo a hiperatividade simpática. No entanto, as dimensões vital (ritmos diários desregulados), mental (padrões ruminativos, crenças de impotência) e supramental (desconexão existencial) permanecem inalteradas. O mapa da cascata dimensional revela que a hipertensão nesta pessoa não é meramente um evento cardiovascular, mas a expressão física de um processo multinível enraizado na desorientação existencial e sustentado por padrões de pensamento desadaptativos e desregulação do estilo de vida.

Implicações terapêuticas: uma abordagem supradisciplinar complementar o CPAP e a medicação anti-hipertensiva com intervenções direcionadas a dimensões não abordadas: práticas corporais como ioga ou tai chi para liberar a tensão muscular crônica e restaurar o alinhamento postural (física); aconselhamento nutricional atento ao ritmo e à qualidade da alimentação, e não apenas ao conteúdo calórico (metabólica); rotinas diárias estruturadas, contato com a natureza e práticas respiratórias para restabelecer o equilíbrio circadiano e autonômico (vital); trabalho cognitivo-narrativo ou psicoterapia abordando crenças de impotência e padrões ruminativos (mental); e engajamento facilitado com a comunidade, atividades com propósito ou práticas contemplativas para reconectar-se com o significado existencial (supramental: significado e propósito). O mapa em cascata, portanto, transforma um único diagnóstico biomédico (hipertensão resistente) em um programa terapêutico multidimensional no qual cada intervenção visa um nível específico, contribuindo para a reorganização sistêmica por meio da causalidade descendente.

4 Implicações para a prática, educação, políticas públicas e pesquisa

4.1 Encontros clínicos, trabalho em equipe e territórios

No âmbito do encontro clínico, a reformulação das condições crônicas sugere que as consultas devem ser organizadas não apenas em torno de medições e prescrições, mas também em torno de narrativas, significados e relações. Ouvir histórias, explorar ambivalências e reconhecer as dimensões espirituais e ecológicas da doença tornam-se atos clínicos centrais, juntamente com o exame físico e o raciocínio diagnóstico. Uma abordagem multidimensional e transdisciplinar ajuda os profissionais a perceberem quando as intervenções biomédicas alteraram parte do padrão (por exemplo, pressão arterial ou ritmo respiratório), mas outras dimensões (postura, emoções, propósito) permanecem intocadas e requerem formas adicionais de cuidado.

No âmbito do trabalho em equipe, a abordagem incentiva a colaboração transdisciplinar, na qual diferentes conhecimentos profissionais e experienciais são colocados em diálogo. Não se pressupõe que uma única disciplina possua uma visão completa de situações complexas; em vez disso, a lógica do terceiro inclusivo apoia a coexistência de múltiplas explicações, desde que convirjam no cuidado com a pessoa e o território.

No âmbito comunitário e territorial, as doenças crônicas não são vistas simplesmente como agregados de casos individuais, mas como fenômenos enraizados em configurações sociais, econômicas, culturais e ecológicas.

Atividades em grupo, projetos comunitários e iniciativas intersectoriais podem ser reconhecidos como componentes do cuidado, em vez de complementos opcionais às intervenções biomédicas. Práticas baseadas na natureza e terapias comunitárias ilustram como a reconexão com os outros e com os ambientes pode influenciar a função imunológica, os parâmetros cardiovasculares e a fisiologia do estresse (4).

4.2 Educação, pesquisa, governança e operacionalização

Para a formação em profissões da saúde, a abordagem integrativa transdisciplinar implica que a complexidade, a multidimensionalidade e a lógica do terceiro inclusivo devem ser integradas à formação básica. Os estudantes precisam de oportunidades para se envolverem com situações da vida real em que as doenças crônicas são vivenciadas como processos biográficos complexos, para praticar o diálogo interdisciplinar e com as comunidades, e para refletir criticamente sobre suas próprias concepções a respeito de saúde, doença, natureza e espiritualidade.

O treinamento também deve abranger a base de evidências diversificada para as práticas de TCiH, incluindo resultados promissores e incertezas, e promover habilidades para avaliação crítica e tomada de decisão compartilhada (5, 6).

As estratégias pedagógicas podem incluir aprendizagem interprofissional baseada em casos, imersão em territórios com alta prevalência de doenças crônicas, prática supervisionada em modalidades de TCiH integradas ao atendimento convencional e portfólios reflexivos que incentivam os alunos a examinar suas próprias suposições e vieses epistemológicos (50, 51).

Em termos de produção de conhecimento, a abordagem destaca a importância de metodologias capazes de captar a riqueza das experiências e trajetórias das doenças crônicas. Estudos qualitativos, pesquisa participativa, projetos de métodos mistos e investigações de longo prazo baseadas em casos tornam-se centrais para a compreensão de como as doenças crônicas surgem, são vividas e são transformadas (52).

O refinamento conceitual precisa ser acompanhado por ferramentas operacionais e estratégias de avaliação que sejam concretas o suficiente para orientar a prática, incluindo indicadores que reflitam mudanças em múltiplas dimensões e níveis de causalidade. Avaliações de processo, revisões realistas e abordagens de avaliação de desenvolvimento podem ser particularmente adequadas para avaliar intervenções complexas que integram a TCiH com o atendimento convencional em sistemas universais (53, 54).

Para as políticas e a governança, levar essa reformulação a sério implicaria revisar como as doenças crônicas são inscritas em diretrizes, indicadores e modelos de financiamento. Os sistemas universais podem precisar adotar indicadores que vão além do controle biológico para incluir experiências, relações e processos territoriais, e para conceber linhas de cuidado menos centradas na doença e mais centradas na pessoa e no contexto. No nível populacional, ferramentas como a análise de clusters podem ser usadas para identificar segmentos significativos que integrem variáveis biomédicas, psicossociais e contextuais. A segmentação epidemiológica oferece uma maneira de traduzir a visão multidimensional das doenças crônicas em agrupamentos acionáveis para o planejamento e a priorização de intervenções em sistemas universais (55).

Do ponto de vista das políticas públicas, a adoção de uma abordagem transdisciplinar e integrativa de saúde para as doenças crônicas oferece um caminho concreto para operacionalizar o ODS 3 em sistemas universais: ela vincula a eficácia clínica à equidade, à adequação cultural e ao uso mais sustentável das tecnologias. Ao fortalecer as equipes de saúde da família, as práticas comunitárias e as intervenções baseadas na natureza, também apoia o ODS 10, reduzindo as desigualdades no acesso ao cuidado integrativo, e o ODS 4, ao exigir novos modelos educacionais que preparem os profissionais de saúde para lidar com a complexidade e a TCiH (4–6).

Viabilidade política e envolvimento dos tomadores de decisão: o avanço da integração da Medicina Tradicional China Integrativa (MTCI) em sistemas universais de saúde requer não apenas estruturas conceituais e estratégias de implementação, mas também argumentos pragmáticos e abordagens de defesa capazes de engajar tomadores de decisão que atuam em ambientes com recursos limitados e culturas institucionais dominadas pela biomedicina.

Argumentos econômicos podem se mostrar particularmente persuasivos: evidências emergentes sugerem que abordagens integrativas podem reduzir a polifarmácia, diminuir a utilização do pronto-socorro e as hospitalizações para certas condições crônicas e melhorar os resultados relatados pelos pacientes a custos comparáveis ou menores do que o atendimento convencional isolado. No entanto, os efeitos provavelmente são específicos para cada condição e dependem do programa. No Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, iniciativas de prescrição social (que compartilham fundamentos conceituais com a abordagem territorial e multidimensional proposta aqui) relataram evidências promissoras, porém heterogêneas, sobre o uso de serviços de saúde e resultados relacionados a custos, com importante variação contextual entre os programas (56). Da mesma forma, na Alemanha e na Suíça, a medicina complementar e as terapias antroposóficas fornecidas por médicos foram reembolsadas ou incluídas em decisões de cobertura em contextos específicos, apoiadas por evidências em evolução sobre resultados e custos, embora o escopo e as condições de cobertura variem consideravelmente entre as jurisdições (57–59). As estratégias de defesa de sistemas universais devem incluir: (a) o estabelecimento de projetos-piloto rigorosos com avaliação transparente dos resultados clínicos e econômicos, garantindo credibilidade junto a formuladores de políticas céticos; (b) identificar e apoiar líderes institucionais (clínicos, gestores ou formuladores de políticas que reconheçam as limitações do cuidado focado em parâmetros e estejam dispostos a experimentar abordagens integradas); (c) formar parcerias estratégicas entre instituições acadêmicas e serviços de saúde para conduzir pesquisas de implementação e gerar evidências relevantes localmente; (d) documentar depoimentos de pacientes e da comunidade juntamente com dados quantitativos, visto que relatos empíricos podem complementar as evidências biomédicas na defesa de um cuidado mais holístico; (e) alinhar os esforços de integração com prioridades políticas mais amplas, como o alcance dos ODS, as agendas de saúde planetária, a redução das desigualdades em saúde e o fortalecimento da atenção primária. Para superar a resistência cultural e institucional, os sistemas universais podem precisar de: liderança intencional que modele a abertura epistemológica e valorize diversas formas de conhecimento; incentivos de carreira e reconhecimento para profissionais engajados na colaboração interprofissional e na integração da TCiH; tempo dedicado e espaços protegidos para o diálogo além das fronteiras profissionais e epistêmicas; e comunicação transparente sobre as promessas e as incertezas das abordagens integrativas, evitando tanto o entusiasmo acrítico quanto a rejeição desdenhosa. A Política Nacional de Integração e Complementaridade do SUS brasileiro

Apesar dos desafios de implementação, o programa Practices (PNPIC) representa um exemplo internacional de compromisso institucional com a TCIH dentro de um sistema público universal; outros sistemas universais podem aprender com seus sucessos (legitimidade política, abrangência das práticas reconhecidas) e com seus desafios contínuos (distribuição territorial desigual, garantia de qualidade variável, infraestrutura de treinamento insuficiente).

Caminhos de implementação e estratégias de mitigação de riscos: a operacionalização dessa abordagem em sistemas universais de saúde, como o SUS, exige atenção cuidadosa às estratégias de implementação e aos riscos potenciais. Propomos uma abordagem faseada, baseada no território, que começa com experiências piloto e se expande progressivamente com base nos resultados da avaliação.

Como testar a abordagem: (1) Projetos-piloto em territórios selecionados: municípios ou distritos sanitários com infraestrutura PNPIC existente e equipes de saúde da família comprometidas podem servir como campos de teste iniciais. Os projetos-piloto devem incluir: (a) treinamento de pelo menos duas equipes de saúde da família na estrutura transdisciplinar e avaliação multidimensional; (b) cocriação de percursos de cuidado integrando recursos convencionais, TCIH e comunitários para 2 a 3 condições crônicas prevalentes (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes, dor crônica); (c) estabelecimento de sessões regulares de discussão de casos interprofissionais utilizando a lógica do terceiro profissional incluído; (d) avaliação com métodos mistos ao longo de 12 a 18 meses, avaliando desfechos clínicos, experienciais, relacionais e territoriais. (2) Programas de treinamento interprofissional: escolas regionais de saúde ou universidades podem desenvolver cursos de curta duração (40 a 60 horas) para equipes de saúde da família, combinando módulos teóricos (complexidade, multidimensionalidade, epistemologia da TCIH) com imersão prática (prática supervisionada em modalidades de TCIH, mapeamento comunitário, técnicas de entrevista biográfica). O treinamento deve ser acompanhado de mentoria e comunidades de prática para apoiar a implementação sustentada (51, 60). (3) Pesquisa-ação participativa: envolvendo profissionais de saúde, usuários, líderes comunitários e profissionais de TCIH na coprodução de conhecimento sobre o que funciona, para quem e em quais condições. Essa abordagem pode gerar protocolos adaptados localmente, mantendo a fidelidade aos princípios fundamentais (61).

Em que níveis do sistema: atenção primária (nível prioritário): As equipes de saúde da família são o ponto de entrada estratégico. A abordagem integrativa transdisciplinar deve estar incorporada nos atendimentos clínicos diários, visitas domiciliares, atividades em grupo e engajamento comunitário, e não relegada a encaminhamentos para especialistas.

Nível de rede (municípios/regiões de saúde): Coordenação entre cuidados primários, equipes NASF, centros de práticas integrativas, serviços de saúde mental (CAPS) e recursos comunitários.

Planos de cuidados compartilhados, reuniões interprofissionais e sistemas de informação integrados são essenciais para evitar a fragmentação. Níveis estadual e nacional: desenvolvimento de diretrizes clínicas que incorporem avaliação multidimensional, mecanismos de financiamento que apoiem o tempo para consultas baseadas em narrativas e trabalho interprofissional, regulamentação e garantia de qualidade para práticas de TCIH e inclusão de competências transdisciplinares nos padrões de acreditação para educação de profissões da saúde (15, 16).

Mitigando os riscos potenciais: risco 1: fragmentação do cuidado. Os serviços de TCIH podem operar em paralelo ao atendimento convencional sem integração genuína, criando duplicação, mensagens conflitantes ou lacunas. Estratégias de mitigação: (a) Registros eletrônicos de saúde compartilhados

acessível a todos os membros da equipe; (b) discussões interprofissionais obrigatórias de casos para condições crônicas complexas; (c) um coordenador de cuidados único para cada paciente com multimorbidade; (d) integração das competências da TCIH na formação de médicos de família e enfermeiros, em vez de criar funções especializadas separadas (11, 21). Risco 2: desigualdades no acesso. A TCIH pode se tornar um "luxo" para populações urbanas e instruídas ou, inversamente, uma opção de "segunda classe" para grupos vulneráveis quando o atendimento de alta tecnologia não estiver disponível.

Estratégias de mitigação: (a) Critérios explícitos de equidade no planejamento de serviços (por exemplo, priorizar territórios com alta carga de doenças crônicas e acesso limitado a especialistas); (b) oferta gratuita no âmbito do SUS para evitar barreiras baseadas no mercado; (c) práticas de TCIH adaptadas culturalmente e cocriadas com as comunidades locais, incluindo populações indígenas e tradicionais; (d) monitoramento dos padrões de utilização desagregados por renda, raça/etnia e geografia (10, 17).

Risco 3: falta de regulamentação e preocupações com a segurança. Sem supervisão adequada, podem ocorrer práticas inseguras, profissionais não qualificados ou exploração do conhecimento tradicional. Estratégias de mitigação: (a) Requisitos claros de acreditação para profissionais de TCIH que atuam no SUS, incluindo competência técnica e formação ética; (b) Protocolos de consentimento livre e esclarecido que expliquem o que é e o que não é baseado em evidências; (c) Sistemas de monitoramento de eventos adversos; (d) Proteção respeitosa do conhecimento tradicional por meio de governança comunitária e acordos de compartilhamento de benefícios; (e) Desenvolvimento profissional contínuo e revisão por pares (9, 15). Risco 4: diluição da abordagem transdisciplinar. O arcabouço pode ser reduzido a simplesmente "adicionar" acupuntura ou meditação aos serviços existentes sem um diálogo epistemológico genuíno ou transformação da prática. Estratégias de mitigação: (a)

(a) Tornar explícitos os três pilares (complexidade, multidimensionalidade, lógica do terceiro incluído) em todos os materiais e protocolos de treinamento; (b) Avaliar não apenas os resultados clínicos, mas também os indicadores de processo que refletem a colaboração transdisciplinar (por exemplo, frequência de reuniões interprofissionais, uso de ferramentas de avaliação multidimensional, experiência relatada pelo paciente sobre o cuidado integrado); (c) Compromisso da liderança e mudança na cultura institucional, não apenas inovação técnica (34, 37, 51).

4.3 Treinamento de equipes de saúde familiar para a prática integrativa transdisciplinar

Em sistemas como o SUS, as equipes de saúde da família (compostas por médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, frequentemente apoiadas por profissionais do NASF (Centro de Apoio à Saúde da Família)) estão estrategicamente posicionadas para operacionalizar abordagens integrativas transdisciplinares para doenças crônicas. Isso requer tanto competências individuais quanto condições organizacionais que apoiem a prática integrada.

Programas de formação para a prática transdisciplinar: Para capacitar as equipes para essa abordagem, a formação deve incluir:

(1) Fundamentos conceituais: compreensão da complexidade, multidimensionalidade e lógica do terceiro incluído por meio de aprendizagem baseada em casos, exercícios reflexivos e diálogo com experiências vividas de condições crônicas (50, 51). Isso inclui reconhecer como as mudanças ocorrem em múltiplos níveis (significados,

relacionamentos, participação comunitária) podem influenciar processos fisiológicos e trajetórias de doenças (41–44).

(2) Competências de avaliação: formação em anamnese multidimensional que se estende além da história biomédica para indagar sobre ritmos vitais, explorar narrativas biográficas, prestar atenção à postura e ao movimento e criar espaço seguro para discutir dimensões existenciais e espirituais (62).

(3) Habilidades de colaboração interprofissional: formatos estruturados de discussão de casos usando a lógica do terceiro incluído; protocolos de tomada de decisão compartilhada que integram perspectivas de diferentes disciplinas e sistemas de conhecimento; estratégias de resolução de conflitos quando surgem diferenças epistemológicas (51, 60).

(4) Alfabetização em TCIH: compreensão básica de evidências, mecanismos e uso apropriado de práticas de TCIH comumente disponíveis no SUS (acupuntura, fitoterapia, meditação, ioga, terapia comunitária). Nem todos os membros da equipe precisam praticar todas as modalidades, mas todos devem entender sua lógica e ser capazes de orientar os pacientes adequadamente (17, 18).

(5) Envolvimento comunitário e diagnóstico territorial: métodos para mapeamento participativo de recursos comunitários, identificação de tradições de cura locais, co-criação de percursos de cuidados com membros da comunidade e reconhecimento de recursos baseados na natureza como ativos de saúde (61, 63).

Práticas organizacionais que permitem o cuidado integrado:

além do treinamento individual, os arranjos institucionais devem apoiar a prática transdisciplinar: tempo protegido

para consultas abrangentes: modelos de financiamento e agendamento que permitam consultas de 30 a 40 minutos para condições crônicas complexas, possibilitando a exploração de múltiplas dimensões em vez de encontros apressados focados no problema (3, 64).

Espaços dedicados para práticas de grupo e contemplativas: espaços físicos em unidades de saúde para círculos de meditação, movimento terapêutico, terapia comunitária, práticas baseadas nas artes - reconhecidos como serviços essenciais, não atividades periféricas (20).

Planos de cuidados conectados ao propósito de vida e à comunidade: em vez de se concentrarem exclusivamente no controle de parâmetros e na mudança de comportamento, os planos de cuidados que perguntam explicitamente “O que dá sentido à vida desta pessoa?” e “Quais conexões comunitárias podem ser fortalecidas ou reconstruídas?” Essas perguntas abrem caminhos terapêuticos que abordam dimensões mentais e supramentais (significado e propósito), influenciando processos metabólicos e físicos (38, 62).

Integração de práticas baseadas na natureza: incorporação formal de prescrições para contato com a natureza (por exemplo, “caminhada diária de 30 minutos no parque”, “participação semanal em horta comunitária”), potencialmente em parceria com os setores ambiental e educacional. Isso operacionaliza perspectivas de saúde planetária, ao mesmo tempo que cria condições para efeitos terapêuticos em múltiplos níveis (4, 63).

Discussões regulares de casos interprofissionais: reuniões de equipe semanais ou quinzenais usando protocolos estruturados para revisão multidimensional de casos. Os casos são apresentados por meio de narrativas que incluem dimensões vitais, mentais e supramentais (significado e propósito), não apenas por meio de parâmetros biomédicos. Diferentes membros da equipe contribuem com perspectivas; a lógica do terceiro elemento incluído legítima aparentes contradições como visões complementares em vez de verdades concorrentes (34, 51).

Cultura institucional de abertura epistemológica: liderança que exemplifica a abertura a diferentes sistemas de conhecimento.

reconhece a incerteza e prioriza a aprendizagem em vez da adesão rígida ao protocolo. Esta mudança cultural permite que a TCIH seja integrada como parceiros de diálogo genuínos em vez de “alternativas” subordinadas (37, 39).

Da assistência individual à transformação territorial: Quando

as equipes de saúde da família trabalham dentro dessa estrutura (atendendo às múltiplas dimensões, integrando a AIC (Acesso Integrado à Saúde Comunitária) com o atendimento convencional e conectando os planos de cuidado individual aos contextos comunitários e ecológicos), elas contribuem não apenas para a cura individual, mas também para a transformação territorial. As equipes se tornam agentes de mudança que vão além dos muros da clínica: fomentando a solidariedade comunitária, reconectando as pessoas com a Natureza, criando espaços para a construção de significado e desafiando as condições estruturais que geram sofrimento crônico (13, 14, 63). Nesse sentido, a AIC não é um complemento, mas um conjunto de ferramentas e atitudes que ajudam as equipes a responder às condições crônicas de maneiras mais coerentes com as experiências vividas pelas pessoas, mais alinhadas aos limites ecológicos e mais propícias a sistemas universais de saúde sustentáveis (4–6).

5. Âmbito e limites conceptuais da estrutura proposta

O modelo pentadimensional (físico, metabólico, vital, mental e supramental) é heurístico, e não empiricamente validado. Não demonstramos que essas cinco dimensões representam construtos distintos e mensuráveis, nem que esgotam os aspectos relevantes da experiência humana em doenças crônicas. O modelo serve como um dispositivo organizador para expandir a atenção clínica além dos parâmetros biomédicos, mas não deve ser reificado como verdade ontológica. Esquemas dimensionais alternativos (como o modelo quadridimensional usado em algumas tradições da medicina antroposófica ou as estruturas tridimensionais em certos sistemas de cura indígenas) podem ser igualmente válidos ou mais apropriados em contextos específicos.

A “dimensão supramental” merece uma análise particularmente cuidadosa. Este termo (que engloba aspectos espirituais e sistêmicos) refere-se à consciência transpessoal e à experiência contemplativa (espiritual), bem como às configurações biográficas e à participação em padrões mais amplos de significado e destino (sistêmico). Embora consideremos essa dupla abordagem conceitualmente valiosa para capturar as dimensões de significado, propósito e transcendência que influenciam as trajetórias de saúde, reconhecemos que ela não é uma terminologia padrão na literatura de saúde pública em língua inglesa e pode ser percebida como vaga, culturalmente específica ou como uma importação inadequada de linguagem espiritual para sistemas de saúde seculares. Diferentes tradições culturais conceituam a espiritualidade, a construção de significado e a conexão com padrões mais amplos de maneiras distintas; nossa abordagem reflete influências filosóficas específicas (particularmente a teoria integral e a epistemologia transdisciplinar) (31, 32) que não são universalmente compartilhadas. Sistemas de saúde e profissionais de outras tradições podem precisar de uma linguagem diferente para abordar essas dimensões de forma significativa.

Operacionalizar a lógica do terceiro elemento incluído continua sendo um desafio. Embora o descrevamos simultaneamente como um princípio epistemológico, uma ferramenta metodológica e um critério de decisão clínica (Seção 2.2), não fornecemos protocolos validados.

algoritmos de decisão ou instrumentos de avaliação que permitam aos profissionais aplicá-la de forma consistente. O risco é que a “lógica do terceiro incluído” se torne um recurso retórico para legitimar contradições sem uma análise rigorosa de quando existe complementaridade genuína e quando as diferenças epistemológicas refletem compromissos irreconciliáveis. Trabalhos futuros devem desenvolver metodologias concretas (protocolos de discussão de casos, ferramentas de apoio à decisão, critérios de qualidade para a integração transdisciplinar) que impeçam o conceito de se reduzir a um ecletismo acrítico.

A relação entre os três pilares (complexidade, multidimensionalidade, lógica do terceiro pilar incluído) e o mecanismo de causalidade descendente requer esclarecimentos adicionais.

A causalidade descendente é uma consequência da lógica do terceiro pilar incluído, um princípio explicativo independente ou um fenômeno empírico que os três pilares nos ajudam a reconhecer?

O manuscrito sugere, mas não articula explicitamente, essa arquitetura, criando uma potencial confusão conceitual. Uma exposição mais rigorosa especificaria as dependências lógicas entre esses conceitos e demonstraria empiricamente sua utilidade para a compreensão de doenças crônicas.

6. Considerações finais

As doenças crônicas representam um dos maiores desafios para os sistemas universais de saúde, não apenas por sua prevalência e custos, mas também porque expõem os limites das formas reducionistas de compreender a saúde e a doença (1–3). Quando as doenças crônicas são tratadas principalmente como rótulos diagnósticos estáticos e como o resultado final de cadeias lineares de fatores de risco, os sistemas tendem a responder com intervenções fragmentadas que se concentram no controle de parâmetros e na responsabilidade individual, deixando intocadas muitas das raízes sociais, ecológicas e existenciais do sofrimento.

Esta Perspectiva contribui de três maneiras principais para a literatura sobre Saúde Tradicional, Complementar e Integrativa (STCI) em sistemas universais de saúde. Primeiro, conceitualmente, oferece uma integração arquitetônica explícita da teoria da complexidade, da multidimensionalidade (dimensões física, metabólica, vital, mental e supramental (espiritual e sistêmica)) e da lógica da terceira dimensão incluída, demonstrando como esses três pilares, em conjunto, revelam a causalidade descendente como um mecanismo operacional por meio do qual intervenções nos níveis mental, vital ou supramental podem influenciar processos metabólicos e físicos.

Em segundo lugar, metodologicamente, oferece uma estrutura de avaliação de cinco dimensões e protocolos estruturados (discussões de casos interprofissionais, anamnese multidimensional, diagnóstico territorial) que operacionalizam princípios transdisciplinares para a prática clínica, indo além de apelos abstratos à “integração” e apresentando ferramentas concretas que os profissionais podem utilizar. Em terceiro lugar, prática e politicamente, delinea caminhos viáveis de implementação para a formação de equipes de saúde da família, organização de serviços e engajamento de tomadores de decisão em sistemas universais com recursos limitados, baseando-se em exemplos internacionais (prescrição social do SNS, integração antroposófica germano-suíça, PNPIC brasileiro) para demonstrar que a pluralidade epistemológica e a integração da AICTI são alcançáveis em sistemas de saúde financiados publicamente quando apoiadas por argumentos econômicos pragmáticos, projetos-piloto rigorosos e estratégias de mudança cultural.

Essa abordagem transdisciplinar integrativa em saúde reformula as condições crônicas em sistemas universais, não se opondo ao modelo biomédico, mas expandindo-o e complementando-o.

Fundamentada nos pilares da complexidade, multidimensionalidade e lógica do terceiro incluído, esta abordagem convida a que as doenças crônicas sejam vistas como processos complexos, biográficos e relacionais, em vez de rótulos diagnósticos estáticos. Cria espaço para o diálogo entre diferentes formas de conhecimento e cuidado (intervenções biomédicas convencionais, práticas de TCIH, recursos comunitários e abordagens baseadas na natureza), posicionando-as como recursos complementares que atuam em diferentes dimensões e níveis de causalidade (4–6).

Seu valor dependerá da capacidade de profissionais, educadores, formuladores de políticas e comunidades de traduzir esses conceitos em experimentos concretos, ferramentas e inovações institucionais, e de avaliar seus efeitos. Trabalhos futuros poderão explorar experiências que incorporem elementos dessa abordagem em diferentes contextos; desenvolver instrumentos de avaliação, planejamento e reflexão consistentes com seus três pilares e cinco dimensões; e dialogar com referenciais existentes, como modelos de atenção às doenças crônicas, determinantes sociais da saúde, saúde planetária, medicina do estilo de vida e perspectivas sindêmicas (3, 4). O engajamento com esses caminhos pode ajudar os sistemas universais de saúde, incluindo o SUS, a cuidar de forma mais integral das pessoas que vivem com doenças crônicas em um mundo marcado por crises, mas também por possibilidades de reconexão e transform.

As principais linhas de pesquisa futuras incluem: desenvolver ferramentas de avaliação multidimensionais válidas para a prática rotineira; investigar os mecanismos pelos quais as práticas de TCIH influenciam diferentes dimensões das condições crônicas; conduzir estudos de implementação para identificar estratégias eficazes para treinar e organizar equipes transdisciplinares; avaliar a eficácia comparativa e a relação custo-benefício por meio de ensaios pragmáticos; monitorar os padrões de equidade e acesso em relação aos determinantes sociais; e comparar a implementação em diversos sistemas universais de saúde para identificar princípios generalizáveis e adaptações específicas ao contexto.

7 Limitações

Esta Perspectiva oferece uma estrutura conceitual e metodológica para a integração da Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) nas respostas dos sistemas universais de saúde às doenças crônicas. Como uma proposta teórica, e não um estudo empírico, apresenta limitações inerentes que exigem reconhecimento explícito. Os limites conceituais e o escopo da estrutura proposta (incluindo a natureza heurística do modelo pentadimensional, a terminologia não padronizada e a relação entre os três pilares e a causalidade descendente) são discutidos separadamente na Seção 5. A presente seção concentra-se nas limitações do próprio manuscrito, na base de evidências para a MTCI e nas incertezas e riscos de implementação.

7.1 Limitações do próprio artigo

Este manuscrito apresenta um quadro normativo e heurístico sem dados empíricos complementares. Não realizamos nenhum estudo.

revisões sistemáticas da eficácia da TCiH, estudos de implementação no SUS brasileiro ou avaliações controladas da abordagem transdisciplinar proposta. A vinheta clínica ilustrativa (Seção 3.3) tem propósito pedagógico, mas não constitui evidência da eficácia ou viabilidade da estrutura. Os leitores devem, portanto, entender esta Perspectiva como uma proposta conceitual destinada a estimular o debate, orientar pesquisas futuras e informar a implementação experimental — e não como evidência demonstrada do que funciona.

A estrutura se baseia principalmente no contexto do SUS brasileiro, o que pode limitar sua generalização. Embora os sistemas universais de saúde compartilhem características comuns (cobertura financiada por impostos, prestação pública de serviços, compromissos com a equidade), eles operam em contextos políticos, culturais e econômicos diversos. Os caminhos de implementação descritos na Seção 4 refletem estruturas institucionais brasileiras (equipes de saúde da família, NASF, PNPIC) que podem não existir em outros lugares. Adaptações seriam necessárias para outros contextos, e não podemos presumir que as lições aprendidas no Brasil sejam automaticamente aplicáveis a outros sistemas universais.

Nosso envolvimento com a literatura crítica ainda é limitado. Embora reconheçamos as controvérsias em torno da integração da TCiH (Seção 1), não revisamos de forma abrangente as críticas à teoria da complexidade, à transdisciplinaridade ou à medicina integrativa a partir de perspectivas filosóficas, sociológicas ou clínicas. A estrutura argumentativa do manuscrito privilegia perspectivas que apoiam a integração da Medicina Tradicional e Complementar (MTCI), o que pode gerar viés de confirmação. Trabalhos futuros devem se aprofundar em vozes dissidentes, incluindo aquelas que defendem limites mais claros entre a medicina baseada em evidências e as práticas tradicionais, aquelas que questionam se a teoria da complexidade agrega valor explicativo além das estruturas biopsicossociais existentes e aquelas que levantam preocupações sobre a apropriação cultural e a comercialização do conhecimento indígena.

7.2 Limitações da base de evidências para a TCiH

A qualidade das evidências para as práticas de Medicina Tradicional Chinesa Integrativa (MTCI) varia consideravelmente entre as modalidades e condições. Embora algumas intervenções (como acupuntura para certas condições de dor, redução do estresse baseada em mindfulness para depressão e ansiedade e fitoterapia específica para indicações definidas) tenham respaldo em ensaios clínicos rigorosos e revisões sistemáticas, muitas outras práticas comumente incluídas no âmbito da MTCI apresentam evidências limitadas ou resultados contraditórios (7, 8). A heterogeneidade nas definições de intervenção (o que exatamente constitui “yoga” ou “medicina tradicional”?), nas medidas de desfecho, nos comparadores e nas populações dificulta a síntese.

O viés de publicação, o tamanho reduzido das amostras, a falta de cegamento adequado e a inconsistência nos relatos comprometem ainda mais a certeza das evidências para diversas modalidades de TCiH (Terapia Integrativa Comunitária de Saúde).

Nosso modelo não resolve esses desafios de evidência. Ao propor que as práticas da TCiH possam atuar em diferentes dimensões e níveis de organização, corremos o risco de criar uma justificativa teórica para a continuidade dessas práticas mesmo quando avaliações rigorosas demonstram efeitos nulos ou prejudiciais. A lógica do terceiro elemento incluído não deve se tornar uma licença para ignorar evidências ou privilegiar a intuição do profissional em detrimento da investigação sistemática. Manter o rigor científico sem deixar de ser essencial.

A abertura à pluralidade epistemológica é uma tensão constante que este manuscrito identifica, mas não resolve completamente.

Além disso, muitas evidências sobre a TCiH provêm de contextos muito diferentes dos sistemas universais de saúde pública. Ensaio clínicos conduzidos em ambientes de pesquisa com populações altamente selecionadas, monitoramento extensivo e profissionais especializados podem não refletir a efetividade no mundo real quando as práticas são implementadas em unidades de atenção primária com poucos recursos, por profissionais com formação básica em vez de especializada. Questões de ciência da implementação (quem implementa quais práticas da TCiH, para quem, em que condições, com qual formação e apoio) permanecem em grande parte sem resposta para o SUS brasileiro e para a maioria dos outros sistemas universais.

7.3 Incertezas e riscos de implementação

Os caminhos de implementação descritos na Seção 4 são provisórios e em grande parte não testados. Vários riscos merecem ser reconhecidos: fragmentação do atendimento se os serviços de TCiH operarem em paralelo sem uma integração genuína; desigualdades no acesso se a TCiH se tornar disponível principalmente para populações abastadas ou, inversamente, oferecida como uma alternativa inferior quando o atendimento de alta tecnologia não estiver disponível; supervisão regulatória insuficiente, levando a danos ao paciente ou erosão da confiança; e tensões na alocação de recursos quando a TCiH compete com outras prioridades sob restrição orçamentária.

Estratégias concretas de mitigação para cada um desses riscos são detalhadas na Seção 4.2. Não realizamos avaliações econômicas.

demonstrando que a abordagem proposta representa uma boa relação custo-benefício, e os argumentos a favor da integração devem, eventualmente, ser conciliados com as realidades orçamentárias.

7.4 Considerações finais

Reconhecer essas limitações reflete a humildade epistêmica apropriada a fenômenos complexos e controversos. Esta Perspectiva propõe uma estrutura conceitual fundamentada em um trabalho teórico cuidadoso, ao mesmo tempo que reconhece explicitamente as lacunas de evidências e as incertezas de implementação. Seu valor será determinado não por sua correção em um sentido absoluto, mas por sua utilidade em estimular a investigação produtiva, orientar experimentos ponderados e contribuir para um cuidado mais eficaz, equitativo e humano para doenças crônicas dentro de sistemas universais de saúde.

Declaração de disponibilidade de dados

As contribuições originais apresentadas no estudo estão incluídas no artigo/material suplementar; quaisquer dúvidas adicionais podem ser encaminhadas ao autor correspondente.

Contribuições do autor

FC: Redação – revisão e edição, Conceitualização, Recursos, Redação – rascunho original. FB: Supervisão, Redação – revisão e edição, Conceitualização, Metodologia, Redação – rascunho original, Recursos.

Financiamento

Os autores declararam que não receberam apoio financeiro para este trabalho e/ou sua publicação.

Conflito de interesses

Os autores declararam que este trabalho foi realizado na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que pudessem ser interpretadas como um potencial conflito de interesses.

Declaração de IA generativa

Os autores declararam que inteligência artificial generativa foi utilizada na criação deste manuscrito. Os autores utilizaram o ChatGPT (GPT-5.1).

Referências

- Organização Mundial da Saúde. Relatório Global sobre o Estado das Doenças Não Transmissíveis 2014. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2014).
- Organização Mundial da Saúde. Perfis Nacionais de Doenças Não Transmissíveis 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2018).
- Wagner EH. Gestão de doenças crônicas: o que será necessário para melhorar o atendimento de doenças crônicas? *Eff Clin Pract.* (1998) 1:2–4.
- Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Salvaguardando a saúde humana na época do Antropoceno: relatório da comissão da Fundação Rockefeller-Lancet sobre saúde planetária. *Lancet.* (2015) 386:1973–2028. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60901-1
- Organização Mundial da Saúde. Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional: 2014–2023. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2013).
- Organização Mundial da Saúde. OMS. Cúpula Global de Medicina Tradicional 2023: Relatório resumido e Declaração de Gujarat. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2023).
- Organização Mundial da Saúde. Relatório Global da OMS sobre Medicina Tradicional e Complementar 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2019).
- Turner L, Galipeau J, Garrity J, Manheimer E, Wieland LS, Yazdi F, et al. Uma avaliação das características epidemiológicas e de relato de revisões sistemáticas (RS) de medicina complementar e alternativa (MCA). *PLoS ONE.* (2013) 8:e53536. doi: 10.1371/journal.pone.0053536 9. Vandebroek I, Picking D, Morales C, Arredondo A, Rivera D. Sistemas de medicina tradicional e sua relevância para a saúde global. Em: Heinrich M, Jäger AK, editores. *Etnofarmacologia.* Chichester: Wiley (2015). p. 1–14.
- Hollenberg D, Muzzin L. Desafios epistemológicos para a assistência integrativa à saúde: uma perspectiva anticolonial sobre a combinação da medicina complementar/alternativa com a biomedicina. *Health Sociol Rev.* (2010) 19:34–56. doi: 10.5172/hesr.2010.19.1.034
- Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate.* (2018) 42(spe1):163–73. doi: 10.1590/0103-11042018s111 12. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* (1977) 196: 129–36. doi: 10.1126/science.847460 13. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* (2008) 372:1661–9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61900-6
- Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet.* (2017) 389:941–50. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X 15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. (2006).
- Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e implicações para a atenção primária. *Cad Saúde Pública.* (2017) 33:e00150215. doi: 10.1590/0102-311x00150215
- Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Medicina tradicional e complementar na atenção primária à saúde no Brasil. *Saúde Debate.* (2018) 42(spe1):174–88. doi: 10.1590/0103-11042018s112
- Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Gonçalves CCM, Fernandes R, Prado MM, et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc Saúde Colet.* (2020) 25:395–405. doi: 10.1590/1413-81232020252.11332018
- Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* (2012) 17:3011–24. doi: 10.1590/S1413-81232012001100018
- Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. (2013).
- Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau de implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate.* (2017);41(spe):171–87. doi: 10.1590/0103-11042017s313 22. Barros NF. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc Saúde Colet.* (2006) 11:850–1. doi: 10.1590/S1413-8123200600300034
- Bishop FL, Lewith GT. Quem usa CAM? Uma revisão narrativa das características demográficas e fatores de saúde associados ao uso de CAM. *Evid Based Complement Alternat Med.* (2010) 7:11–28. doi: 10.1093/ecam/nen023
- Xu J, Yang Y. Medicina tradicional chinesa no sistema de saúde chinês. *Política de Saúde.* (2009) 90:133–9. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.09.003
- Khorsan R, Coulter ID, Crawford C, Hsiao AF. Revisão sistemática da pesquisa em saúde integrativa: ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados e metanálise. *Evid Based Complement Alternat Med.* (2011) 2011:636134. doi: 10.1155/2011/636134
- Ng JY, Lee MS, Liu JP, Chung VCH, Wieland LS, Moher D, et al. Como a meta-pesquisa pode ser usada para avaliar e melhorar a qualidade da pesquisa na área de medicina tradicional, complementar e integrativa? *Integr Med Res.* (2024) 13:101014. doi: 10.1016/j.imr.2024.101068 27. Veziari Y, Leach MJ, Kumar S. Barreiras à condução e aplicação de pesquisas em medicina complementar e alternativa: uma revisão sistemática. *BMC Complement Altern Med.* (2017) 17:166. doi: 10.1186/s12906-017-1660-0
- Baars EW, Hamre HJ. Sistemas médicos completos versus o sistema da biomedicina convencional: uma revisão crítica e narrativa das semelhanças, diferenças e fatores que promovem o processo de integração. *Evid Based Complement Alternat Med.* (2017) 2017:4904930. doi: 10.1155/2017/4904930
- Bignardi FAC. A atitude transdisciplinar aplicada a saúde e sustentabilidade: uma abordagem multidimensional: a importância da meditação. *Rev Terceiro Incluído.* (2011) 1:14–24. doi: 10.5216/teri.v1i1.14396
- Bignardi FAC. Transdisciplinaridade no cuidado. In: Sato EI, Colombo AL, Borges DR, Ramos LR, Ferreira LM, Guinsburg R, editores. *Atualização Terapêutica de*

O conteúdo científico, a interpretação de dados e as referências foram gerados e totalmente verificados pelo(s) autor(es).

Qualquer texto alternativo (texto alt) fornecido junto às figuras neste artigo foi gerado pela Frontiers com o auxílio de inteligência artificial e foram feitos esforços razoáveis para garantir a precisão, incluindo a revisão pelos autores sempre que possível.

Caso identifique algum problema, entre em contato conosco.

Nota do editor

Todas as afirmações expressas neste artigo são de exclusiva responsabilidade dos autores e não representam necessariamente as de suas organizações afiliadas, da editora, dos editores e dos revisores. Qualquer produto que possa ser avaliado neste artigo, ou qualquer alegação feita por seu fabricante, não é garantido ou endossado pela editora.

- Felício Cintra do Prado, Jairo de Almeida Ramos, José Ribeiro do Valle: Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas (2017). p. 716–20.
31. Wilber K. *Psicologia integral: consciência, espírito, psicologia, terapia*. Boston: Shambhala Publications. (2000).
32. Ferrer JN. *Revisão da teoria transpessoal: uma visão participativa da espiritualidade humana*. Albany: State University of New York Press. (2002). doi: 10.2307/jj.18254127
33. Nicolescu B. *Metodologia da transdisciplinaridade – níveis de realidade, lógica do meio incluído e complexidade*. *Transdiscipl J Eng Sci*. (2010) 1:19–38. doi: 10.22545/2010/0009
34. Nicolescu B. *Manifesto da transdisciplinaridade*. Albany: State University of New York Press. (2002).
35. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. Paris: ESF Éditeur. (1990).
36. Kirmayer LJ, Gómez-Carrillo A, Veissière S. *Cultura e depressão na saúde mental global: uma abordagem ecossocial para a fenomenologia dos transtornos psiquiátricos*. *Soc Sci Med*. (2017) 183:163–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.04.034 37.
- McGregor SLT. *Transdisciplinaridade e mudança conceitual*. *World Futures*. (2018) 74:403–38.
38. Paterson C, Britten N. *Acupuntura como uma intervenção complexa: um modelo holístico*. *J Altern Complement Med*. (2004) 10:791–801. doi: 10.1089/acm.2004.10.791
39. Hollenberg D. *Terreno inexplorado: padrões de interação profissional entre profissionais de saúde complementar/alternativa e biomédica em contextos de cuidados de saúde integrativos*. *Soc Sci Med*. (2006) 62:731–44. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.030
40. Fønnebo V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, et al. *Pesquisando tratamentos complementares e alternativos – os guardiões não estão em casa*. *BMC Med Res Methodol*. (2007) 7:7. doi: 10.1186/1471-2288-7-7
41. Campbell DT. *Causalidade descendente em sistemas biológicos hierarquicamente organizados*. Em: Ayala FJ, Dobzhansky T, editores. *Estudos em Filosofia da Biologia*. Londres: Macmillan (1974). p. 179–86. doi: 10.1007/978-1-349-01892-5_11
42. Ellis GFR. *Causalidade e emergência de cima para baixo: alguns comentários sobre mecanismos*. *Interface Focus*. (2012) 2:126–40. doi: 10.1098/rsfs.2011.0062
43. Slavich GM, Cole SW. *O campo emergente da genômica social humana*. *Clin Psychol Sci*. (2013) 1:331–48. doi: 10.1177/2167702613478594
44. Bosch JA, Fischer JE, Fischer JC. *Condições de trabalho psicologicamente adversas estão associadas à diferenciação de células T CD8+ indicativa de imunossenescência*. *Brain Behav Immun*. (2009) 23:527–34. doi: 10.1016/j.bbi.2009.02.002
45. Fredrickson BL, Grewen KM, Coffey KA, Algoe SB, Firestone AM, Arevalo JM, et al. *Uma perspectiva genômica funcional sobre o bem-estar humano*. *Proc Natl Acad Sci USA*. (2013) 110:13684–9. doi: 10.1073/pnas.1305419110 46.
- Epel ES, Blackburn EH, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD, et al. *Encurtamento acelerado dos telômeros em resposta ao estresse da vida*. *Proc Natl Acad Sci USA*. (2004) 101:17312–5. doi: 10.1073/pnas.0407162101 47. Davidson RJ, Lutz
- A. *O cérebro de Buda: neuroplasticidade e meditação*. *IEEE Signal Process Mag*. (2008) 25:176–174. doi: 10.1109/MSP.2008.4431873 48. Kaliman P, Alvarez-López MJ, Cosín-
- Tomás M, Rosenkranz MA, Lutz A, Davidson RJ. *Mudanças rápidas nas histonas desacetilases e inflamação*
- Expressão gênica em meditadores experientes*. *Psiconeuroendocrinologia*. (2014) 40:96–107. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.11.004 49. Martínez-García
- MA, Capote F, Campos-Rodríguez F, Lloberes P, Díaz de Aauri MJ, Somoza M, et al. *Efeito do CPAP na pressão arterial em pacientes com apnéia obstrutiva do sono e hipertensão resistente: o ensaio clínico randomizado HIPARCO*. *JAMA*. (2013) 310:2407–15. doi: 10.1001/jama.2013.281250
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. *Profissionais de saúde para um novo século: transformando a educação para fortalecer os sistemas de saúde em um mundo interdependente*. *Lancet*. (2010) 376:1923–58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
51. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. *Colaboração interprofissional para melhorar a prática profissional e os resultados em saúde*. *Cochrane Database Syst Rev*. (2017) 6:CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3 52. Greenhalgh T, Papoutsi
- C. *Estudando a complexidade na pesquisa em serviços de saúde: buscando desesperadamente uma mudança de paradigma há muito esperada*. *BMC Med*. (2018) 16:95. doi: 10.1186/s12916-018-1089-4
53. Pawson R, Tilley N. *Avaliação realista*. Londres: Sage. (1997).
54. Patton MQ. *Avaliação de desenvolvimento: Aplicando conceitos de complexidade para aprimorar a inovação e o uso*. Nova York: Guilford Press. (2011).
55. Lynn J, Straube BM, Bell KM, Jencks SF, Kambic RT. *Utilizando a segmentação populacional para proporcionar melhor assistência médica para todos: o modelo 'Pontes para a Saúde'*. *Milbank Q*. (2007) 85:185–208. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00483.x 56. Polley
- M, Seers H, Tøye O, Henkin T, Waterson H, Bertotti M, et al. *Construindo o caso de evidências econômicas para a prescrição social*. Londres: Academia Nacional de Prescrição Social. (2023).
57. Studer HP, Busato A. *Comparação dos custos do seguro básico de saúde suíço para medicina complementar e convencional*. *Forsch Komplementmed*. (2011) 18:315–20. doi: 10.1159/000334797
58. Stafford N. *A Suíça financiará terapias complementares por seis anos enquanto a eficácia é avaliada*. *BMJ*. (2011) 342:d819. doi: 10.1136/bmj.d819 59. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN,
- Kiene H. *Custos de saúde em usuários de terapia antroposófica: um estudo de coorte prospectivo de dois anos*. *BMC Health Serv Res*. (2006) 6:65. doi: 10.1186/1472-6963-6-65
60. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. *Trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede: por que precisamos distinguir entre diferentes tipos de prática interprofissional*. *J Interprof Care*. (2018) 32:1–3. doi: 10.1080/13561820.2017.1400150
61. Baum F, MacDougall C, Smith D. *Pesquisa-ação participativa*. *J Epidemiol Community Health*. (2006) 60:854–7. doi: 10.1136/jech.2004.028662
62. Charon R. *Medicina narrativa: honrando as histórias da doença*. Nova York: Oxford University Press. (2006). doi: 10.1093/oso/9780195166750.001.0001 63. Haines A, Ebi
- K. *O imperativo da ação climática para proteger a saúde*. *N Engl J Med*. (2019) 380:263–73. doi: 10.1056/NEJMra1807873 64. Irving G, Neves AL,
- Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. *Variações internacionais no tempo de consulta com médicos de atenção primária: uma revisão sistemática de 67 países*. *BMJ Open*. (2017) 7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902