



SESAU



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SESAU/FIOCRUZ**

**OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO
BRASIL**

BRUNO DE LIMA

Trabalho Conclusão do Curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade SESAU/FIOCRUZ como requisito para a obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador: Dr. Fabrício Augusto Menegon

CAMPO GRANDE – MS

2025

RESUMO

Introdução: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) representam estratégias de cuidado voltadas para a promoção da saúde e a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da ampliação da Política Nacional de PICS (PNPIC) em 2017, a distribuição e a consolidação dessas práticas ainda se mostram heterogêneas no território nacional. **Objetivo:** Avaliar a oferta das PICS na Atenção Primária à Saúde (APS) na região Centro-Oeste do Brasil entre 2019 e 2023, analisando modalidades ofertadas, distribuição entre os estados, variações temporais e indicadores de registro disponíveis em bases oficiais. **Métodos:** Estudo ecológico, observacional e descritivo, baseado em dados secundários de acesso público obtidos nos sistemas de informação em saúde do SUS (SISAB e DATASUS). Foram analisadas variáveis relacionadas à frequência de procedimentos, modalidades de PICS ofertadas, cobertura populacional e evolução temporal no período de cinco anos. As análises incluíram estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias, medianas e quartis) e construção de séries temporais, com estratificação por estado. **Resultados:** Identificar expansão progressiva da oferta de PICS no período analisado, ainda que de forma desigual entre os estados do Centro-Oeste. Modalidades como auriculoterapia, acupuntura e massoterapia figuram entre as mais prevalentes, enquanto práticas de caráter coletivo podem ter sido impactadas negativamente durante a pandemia de COVID-19. Os resultados evidenciam que a baixa participação médica nas PICS, variando entre 0,2% e 1,3%, constituiu um dos achados mais críticos do estudo, especialmente quando comparada ao maior protagonismo de outras categorias profissionais. A análise da completude dos registros indica fragilidades nos sistemas de informação, com subnotificação ou inconsistências nos dados. **Conclusão:** Este estudo buscou contribuir para o entendimento da implementação das PICS na APS, destacando avanços, desigualdades e desafios persistentes no Centro-Oeste. Os resultados pretendem subsidiar gestores e profissionais de saúde na formulação de estratégias para ampliar o acesso, fortalecer a institucionalização das PICS e promover maior equidade no SUS. **PALAVRAS-CHAVE:** Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Integrative and Complementary Health Practices (ICHP) represent care strategies aimed at health promotion and the comprehensiveness of care within Brazil's Unified Health System (SUS). Despite the expansion of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) in 2017, the distribution and consolidation of these practices remain heterogeneous across the national territory. **Objective:** To evaluate the provision of ICHP in Primary Health Care (PHC) in the Central-West region of Brazil between 2019 and 2023, analyzing the modalities offered, their distribution among states, temporal variations, and recording indicators available in official databases. **Methods:** An ecological, observational, and descriptive study based on publicly accessible secondary data obtained from SUS health information systems (SISAB and DATASUS). Variables related to procedure frequency, ICHP modalities offered, population coverage, and temporal trends over a five-year period were analyzed. The analyses included descriptive statistics (absolute and relative frequencies, means, medians, and quartiles) and the construction of time series, stratified by state. **Results:** A progressive expansion in the provision of ICHP was identified during the analyzed period, albeit unevenly across the Central-West states. Modalities such as auriculotherapy, acupuncture, and massage therapy were among the most prevalent, whereas collective practices may have been negatively impacted during the COVID-19 pandemic. The results show that the low participation of physicians in ICHP, ranging from 0.2% to 1.3%, constituted one of the most critical findings of the study, especially when compared with the greater involvement of other professional categories. Analysis of record completeness indicates weaknesses in information systems, with underreporting or data inconsistencies. **Conclusion:** This study sought to contribute to the understanding of ICHP implementation in PHC, highlighting advances, inequalities, and persistent challenges in the Central-West region. The results are intended to support health managers and professionals in the formulation of strategies to expand access, strengthen the institutionalization of ICHP, and promote greater equity within the SUS. **KEYWORDS:** Complementary Therapies; Primary Health Care; Unified Health System; Health Policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 JUSTIFICATIVA	6
3 REVISÃO DA LITERATURA	7
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS	7
3.2 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	8
3.3 ACEITAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	8
3.4 INDICADORES DE MONITORAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	9
3.5 DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS PICS.....	10
3.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E EFETIVIDADE CLÍNICA DAS PICS.....	11
4 MÉTODOS	12
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	12
4.2 FONTE DE DADOS	12
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	12
4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS	12
4.4.1 Estruturação e categorização das variáveis	13
4.4.2 Variáveis geográficas e territoriais	13
4.4.3 Variáveis temporais.....	13
4.4.4 Variáveis relacionadas às modalidades de PICS	13
4.4.5 Variáveis profissionais.....	14
4.4.6 Variáveis quantitativas de produção.....	14
4.5 ESTRATIFICAÇÃO E AGREGAÇÃO DOS DADOS	14
4.6 ORGANIZAÇÃO PARA ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA	14
4.7 PADRONIZAÇÃO E CONSISTÊNCIA DOS DADOS	15
4.8 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	15
4.8.1 Análise estatística.....	15
4.8.2 Processamento e limpeza dos dados	15
4.8.3 Análise estatística.....	15
4.8.4 Análise da série histórica.....	16
4.8.5 Visualização dos dados	16
4.8.6 Aspectos éticos	16
5 RESULTADOS	17
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PRODUÇÃO REGIONAL	17
5.2 PRODUÇÃO <i>PER CAPITA</i> E DESIGUALDADE DE ACESSO.....	18
5.3 PERFIL DAS PRÁTICAS OFERTADAS: PADRONIZAÇÃO EXCESSIVA E LIMITES DA INTEGRALIDADE.....	19
5.4 PERFIL PROFISSIONAL: PROTAGONISMO MULTIPROFISSIONAL E MARGINALIZAÇÃO MÉDICA	21
5.5 AUSÊNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA OPORTUNIDADE PERDIDA	22
5.6 IMPACTO DA PANDEMIA E RESILIÊNCIA INSTITUCIONAL	23

5.7 SÍNTESE CRÍTICA	24
6 DISCUSSÃO	26
6.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E EXPANSÃO INSTITUCIONAL	26
6.2 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	27
6.3 PARTICIPAÇÃO MÉDICA E BARREIRAS ESTRUTURAIS	29
6.4 ACEITAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	30
6.5 INDICADORES DE MONITORAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	32
6.6 DESIGUALDADES REGIONAIS E EQUIDADE NA OFERTA	33
6.7 SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA E DESAFIOS FUTUROS.....	35
6.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS.....	36
6.8.1 <i>Framework para perspectivas futuras</i>	37
6.8.1.1 Institucionalização e governança.....	38
6.8.1.2 Capacitação e valorização profissional.....	38
6.8.1.3 Tecnologia e inovação em saúde digital.....	38
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm se consolidado como um desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade para os sistemas de saúde, em especial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A incorporação dessas práticas é estratégica para ampliar o cuidado, fortalecer o vínculo terapêutico e promover abordagens centradas no autocuidado e na integralidade. No entanto, sua inserção efetiva ainda enfrenta barreiras relacionadas à insuficiente formação profissional, à falta de padronização na oferta e à escassez de informações consolidadas sobre sua implementação em nível nacional.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição central na implementação das PICS, por ser a principal porta de entrada do SUS e por possibilitar práticas de cuidado que dialogam com a comunidade e com a promoção da saúde, motivo pelo qual seu estudo está alinhado às premissas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. O monitoramento dessa oferta pode ser realizado a partir de indicadores disponíveis em sistemas oficiais de informação, como o SISAB e o DATASUS, que permitem acompanhar a presença, a distribuição e a frequência das modalidades oferecidas na rede pública.

A análise desses indicadores é essencial para identificar desigualdades na distribuição das PICS, compreender sua evolução ao longo dos anos e avaliar em que medida elas têm sido incorporadas como parte da rotina dos serviços de APS. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária no Centro-Oeste do Brasil entre 2019 e 2023, buscando identificar padrões que possam subsidiar políticas públicas e fortalecer a consolidação dessas práticas no âmbito do SUS.

2 JUSTIFICATIVA

As PICS representam uma estratégia relevante para o fortalecimento do SUS, ao ampliar as possibilidades de cuidado e promover abordagens centradas no indivíduo. Contudo, sua efetiva implementação ainda constitui um desafio, especialmente na APS, que é o principal espaço de inserção dessas práticas. Entre os principais obstáculos destacam-se a insuficiente formação profissional, a ausência de padronização nos serviços e as limitações na documentação sistemática da oferta.

Nesse contexto, a avaliação da presença e da institucionalização das PICS nos serviços de APS é fundamental para compreender sua efetividade como política pública. Assim como ocorre em outros agravos monitorados por sistemas de informação em saúde, os registros disponíveis em bases como SISAB e DATASUS permitem identificar tanto avanços quanto fragilidades no processo de implementação. A análise desses indicadores possibilita avaliar a frequência da oferta, os profissionais envolvidos e a evolução temporal das práticas, fornecendo subsídios para a formulação de estratégias mais consistentes de expansão e consolidação.

Sob a perspectiva da gestão em saúde, compreender como se dá a inserção das PICS na APS pode otimizar o planejamento das ações, reduzir desigualdades regionais de acesso, aprimorar a utilização dos recursos já disponíveis e potencializar o papel da atenção básica como ordenadora do cuidado. Além disso, a avaliação sistemática da oferta pode direcionar a qualificação profissional e orientar iniciativas de capacitação, ampliando a resolutividade das equipes de saúde e favorecendo a integração das PICS no cotidiano dos serviços.

A relevância deste estudo reside, portanto, na necessidade de fortalecer a APS como espaço privilegiado de implementação das PICS, garantindo maior acesso, equidade e qualidade no cuidado. Ao analisar os dados de oferta registrados nos sistemas oficiais, esta pesquisa pretende fornecer subsídios para políticas públicas que promovam a consolidação das PICS como estratégia de cuidado integral e humanizado, alinhada às diretrizes do SUS e às recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS

A institucionalização das PICS no SUS representa um marco na incorporação de modelos terapêuticos que buscam integrar dimensões físicas, emocionais e sociais do processo saúde-doença. Esse movimento está alinhado a recomendações internacionais da OMS, que desde a década de 1970 defende a valorização da medicina tradicional, complementar e alternativa como parte da atenção integral à saúde (WHO, 2023).

No Brasil, a criação da PNPIC, em 2006, e sua ampliação em 2017 consolidaram o reconhecimento oficial de 29 modalidades terapêuticas, incluindo acupuntura, homeopatia, fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, reiki, biodança e práticas corporais diversas (Brasil, 2006; Brasil, 2017). O desenho da PNPIC priorizou a APS como principal espaço de inserção dessas práticas, reforçando a ideia de que o cuidado integral deveria estar acessível desde o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

Apesar do avanço normativo, a implementação das PICS apresenta forte heterogeneidade regional. Pesquisas apontam que a oferta é frequentemente determinada pela iniciativa de gestores locais e pela presença de profissionais já capacitados, mais do que por uma política nacional sistemática de incentivo (Barbosa et al., 2020). Esse modelo dependente de iniciativas isoladas contribui para a desigualdade no acesso, concentrando a disponibilidade em municípios de maior porte ou em capitais, em detrimento de áreas rurais ou com menor capacidade administrativa.

Outro aspecto crítico refere-se ao financiamento. Embora a PNPIC tenha estabelecido diretrizes para a oferta, não foram criadas linhas de custeio específicas que assegurem a sustentabilidade dos serviços. Isso significa que a manutenção e expansão das práticas dependem de orçamentos locais, muitas vezes limitados, o que fragiliza sua continuidade (Sousa; Tesser, 2017). Além disso, a ausência de indicadores claros de desempenho e impacto dificulta a alocação de recursos e a avaliação do alcance da política.

Dessa forma, a PNPIC pode ser considerada um avanço no campo da saúde coletiva, ao legitimar práticas historicamente marginalizadas e ampliar as possibilidades de cuidado integral. Contudo, sua consolidação como política pública de caráter universal ainda demanda esforços para reduzir desigualdades regionais, fortalecer mecanismos de financiamento e aprimorar estratégias de monitoramento que assegurem a equidade e a sustentabilidade da oferta no SUS.

3.2 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

A formação e capacitação profissional são dimensões centrais para a efetividade da política de PICS. A ausência de conteúdos estruturados sobre essas práticas na maioria dos cursos de graduação em saúde gera lacunas de conhecimento e limita a capacidade dos profissionais de incorporá-las ao cuidado clínico. Essa carência formativa reforça a percepção de que as PICS são secundárias, em vez de integradas ao modelo de atenção em saúde (Tesser et al., 2018).

Iniciativas nacionais têm buscado reduzir essa lacuna, como o curso de auriculoterapia oferecido pelo Ministério da Saúde a profissionais da APS. Os resultados demonstraram ampla adesão, aumento da prática nos serviços e boa aceitabilidade por parte da população (Tesser et al., 2019; Tesser et al., 2021). Entretanto, tais iniciativas permanecem pontuais e não substituem a necessidade de uma política formativa mais abrangente, que inclua conteúdos sobre PICS nos currículos das graduações em medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia e outras áreas da saúde.

A carência de formação estruturada em instituições públicas força muitos profissionais a buscarem capacitação em instituições privadas, arcando com custos elevados e enfrentando, muitas vezes, programas de ensino desconectados da realidade do SUS (Tesser et al., 2018). Essa situação gera desigualdade, já que apenas profissionais com maior poder aquisitivo têm acesso à formação, perpetuando disparidades regionais na oferta das práticas.

Além disso, a falta de padronização curricular e de regulamentação das certificações resulta em grande variação na qualidade da formação recebida. Isso compromete a uniformidade das práticas e dificulta a criação de parâmetros nacionais de qualidade. Nesse sentido, a literatura enfatiza a necessidade de investimentos em educação e formação permanentes em saúde, que articulem ensino, serviço e comunidade, de maneira a fortalecer a integração das PICS ao cotidiano da APS. Apenas com uma base formativa sólida será possível consolidar essas práticas como parte integrante e qualificada do cuidado prestado no SUS.

3.3 ACEITAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

A aceitação das PICS pelos usuários do SUS é um dos elementos mais consistentes relatados na literatura. Pesquisas qualitativas mostram que pacientes atribuem alto valor às práticas pela capacidade de promover acolhimento, construir vínculo terapêutico e oferecer uma

abordagem mais humanizada do processo saúde-doença (Lima; Silva; Tesser, 2014). Esses aspectos diferenciam as PICS de muitos atendimentos convencionais, frequentemente percebidos como breves e centrados apenas em sintomas.

Usuários relatam benefícios que vão além do alívio de sintomas físicos, destacando melhorias emocionais, sociais e espirituais, como maior sensação de bem-estar, redução do estresse, fortalecimento da autoestima e ampliação da autonomia no cuidado com a saúde (Boing et al., 2019; Boccolini et al., 2022). Tais resultados contribuem para a adesão às práticas e para a legitimação social de sua presença no SUS.

Contudo, a literatura também indica a falta de estudos quantitativos em escala nacional que permitam identificar o perfil sociodemográfico dos usuários, os tipos de problemas de saúde mais frequentemente tratados com PICS e os resultados clínicos associados a seu uso (Barbosa et al., 2020). Essa lacuna limita a formulação de políticas públicas mais bem direcionadas e dificulta a avaliação objetiva do impacto das práticas no sistema de saúde.

Assim, compreender a percepção dos usuários e incorporar suas experiências às avaliações das políticas é essencial para legitimar a continuidade das PICS no SUS. Investir em estudos que combinam métodos qualitativos e quantitativos pode fornecer uma visão mais abrangente sobre a efetividade dessas práticas, ampliando sua integração ao cuidado prestado na APS.

3.4 INDICADORES DE MONITORAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O monitoramento das PICS no SUS depende de sistemas de informação que registrem a produção e a utilização dos serviços. Entre os mais relevantes estão o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIASUS), entre outros. Essas bases de dados permitem acompanhar indicadores como volume de atendimentos, modalidades ofertadas e distribuição geográfica (Sousa; Tesser, 2017).

De acordo com dados oficiais, mais de 80% dos municípios brasileiros oferecem pelo menos uma modalidade de PICS. No entanto, essa informação é considerada imprecisa, pois a realização de um único atendimento anual já é suficiente para classificar o município como ofertante (Barbosa et al., 2020). Além disso, a incompletude e as falhas no preenchimento dos registros dificultam análises consistentes sobre a evolução temporal da política.

A ausência de indicadores padronizados também compromete a comparabilidade entre regiões e limita a produção de evidências sobre os impactos das PICS no sistema de saúde. Pesquisas baseadas em dados secundários, como os oriundos do DATASUS, são fundamentais

para superar essas limitações, permitindo identificar desigualdades regionais e apontar tendências de utilização. Ainda assim, é necessário avançar na criação de indicadores específicos que avaliem não apenas a quantidade, mas também a qualidade da oferta, incluindo variáveis relacionadas à satisfação dos usuários e à resolutividade dos serviços.

3.5 DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS PICS

A consolidação das PICS no SUS enfrenta desafios que extrapolam a questão normativa. A pandemia de COVID-19, entre os anos de 2020 e 2021, representou um exemplo claro da vulnerabilidade das práticas, especialmente aquelas de caráter coletivo, como meditação e yoga, que foram interrompidas em grande parte das unidades de APS devido às restrições sanitárias (Boccolini et al., 2022). Essa interrupção não apenas comprometeu a continuidade dos atendimentos, mas também revelou a falta de protocolos específicos que assegurem a integração das PICS em cenários de crise.

Outro desafio relevante refere-se ao financiamento. A ausência de linhas orçamentárias específicas destinadas às práticas integrativas limita sua sustentabilidade, já que dependem de orçamentos locais frequentemente insuficientes (Sousa; Tesser, 2017). Essa fragilidade financeira dificulta a expansão da política e reforça desigualdades regionais, concentrando a oferta em municípios com maior capacidade administrativa.

No cenário internacional, observa-se uma valorização crescente das práticas integrativas. A Cúpula Global de Medicina Tradicional da OMS, realizada em 2023, destacou a importância dessas práticas como parte das estratégias globais de saúde, incentivando os países a fortalecerem sua integração aos sistemas nacionais (WHO, 2023). Esse reconhecimento amplia a legitimidade das PICS e oferece oportunidades para fortalecer sua institucionalização no Brasil, desde que os desafios de financiamento, formação profissional e monitoramento sejam enfrentados de forma articulada.

Nesse sentido, os principais desafios contemporâneos incluem assegurar recursos financeiros adequados, ampliar a formação qualificada, aprimorar sistemas de monitoramento e garantir a continuidade das práticas em contextos adversos. A superação dessas barreiras é fundamental para consolidar as PICS como estratégia sustentável, equitativa e qualificada de cuidado integral no SUS.

3.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E EFETIVIDADE CLÍNICA DAS PICS

Além do debate sobre políticas públicas, formação profissional e aceitação social, a consolidação das PICS no SUS depende também da produção e sistematização de evidências científicas que sustentem sua efetividade clínica e sua segurança. A literatura internacional aponta que muitas dessas práticas, como acupuntura, meditação e yoga, possuem eficácia reconhecida no manejo da dor crônica, na redução da ansiedade e no controle de sintomas relacionados a doenças crônicas não transmissíveis (Neal, 2001; WHO, 2023). No contexto brasileiro, estudos ainda são incipientes e, em sua maioria, de caráter local ou com desenho metodológico limitado, o que dificulta a construção de consensos científicos amplos.

Pesquisas nacionais recentes, no entanto, indicam boa aceitabilidade das PICS por parte dos usuários e efeitos positivos na promoção do bem-estar e no manejo de condições como hipertensão, diabetes e transtornos ansiosos (Boing et al., 2019; Boccolini et al., 2022). Esses achados reforçam o potencial das práticas como estratégias complementares à biomedicina tradicional, especialmente no âmbito da APS, onde a integralidade e o vínculo terapêutico são atributos centrais.

Ainda assim, a ausência de estudos multicêntricos de larga escala e de revisões sistemáticas robustas constitui uma lacuna para a plena legitimação das PICS no campo biomédico. A integração entre universidades, serviços de saúde e gestores pode contribuir para ampliar a produção de evidências no país, alinhando o uso das PICS às recomendações internacionais de medicina baseada em evidências.

Dessa forma, a efetividade clínica, quando mais bem documentada, poderá fortalecer a institucionalização das práticas, reduzir resistências no meio acadêmico e subsidiar decisões políticas e de financiamento que assegurem sua sustentabilidade no SUS.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e analítico, baseado em dados secundários, com o objetivo de analisar a produção de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2019 a 2023. A unidade de análise foi a unidade federativa (Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso), considerando-se tanto os números absolutos de procedimentos quanto indicadores relativos ajustados pela população.

4.2 FONTE DE DADOS

As informações foram obtidas a partir dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde. Utilizaram-se dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que reúne registros dos atendimentos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, bem como dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da plataforma TABNET, para fins de consulta, consolidação e conferência das informações. Essas fontes são amplamente empregadas em estudos de monitoramento das PICS no SUS, permitindo identificar desigualdades regionais e fragilidades na institucionalização dessas práticas (Boing et al., 2019; Lima; Silva; Tesser, 2014). Todos os dados são públicos, anonimizados e sem identificação individual.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de interesse incluiu todos os registros de atendimentos e procedimentos vinculados às PICS e notificados nos sistemas supracitados no período definido. Foram considerados registros de todos os estados e municípios, de forma agrupada, dos estados brasileiros que fazem parte da região Centro-Oeste, sem restrição quanto à modalidade da prática ou à categoria profissional executora. Foram excluídos registros duplicados e aqueles com inconsistências não corrigíveis, como ausência de identificação da prática ou da unidade de saúde.

4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

4.4.1 Estruturação e categorização das variáveis

As variáveis analisadas neste estudo foram organizadas de forma sistemática para permitir uma compreensão abrangente da produção de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na região Centro-Oeste do Brasil. A estruturação seguiu uma lógica hierárquica e multidimensional, contemplando aspectos territoriais, temporais, tipológicos e profissionais.

4.4.2 Variáveis geográficas e territoriais

As variáveis territoriais foram organizadas considerando os quatro entes federativos que compõem a região Centro-Oeste: Goiás (GO), Distrito Federal (DF), Mato Grosso do Sul (MS) e Mato Grosso (MT). Essa categorização permitiu análises comparativas entre as unidades federativas, evidenciando particularidades regionais na implementação das PICS. Para cada estado, foram coletados dados populacionais baseados nas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, viabilizando o cálculo de indicadores *per capita* e a relativização da produção absoluta de procedimentos.

4.4.3 Variáveis temporais

A dimensão temporal foi estruturada em série histórica anual, compreendendo o período de 2019 a 2023, totalizando cinco anos de observação. Essa organização temporal permitiu a análise evolutiva da produção de PICS, possibilitando a identificação de tendências, flutuações e impactos de eventos conjunturais, como a pandemia de COVID-19. Os dados foram agregados anualmente para cada unidade federativa, permitindo análises longitudinais e comparações intertemporais.

4.4.4 Variáveis relacionadas às modalidades de PICS

As modalidades de PICS foram categorizadas em dez grupos distintos, organizados conforme a classificação oficial utilizada nos sistemas de informação em saúde. As categorias estabelecidas foram: auriculoterapia, massoterapia, eletroestimulação, termalismo/crenoterapia, acupuntura, reiki, meditação, yoga, fitoterapia e uma categoria

residual denominada “Outros PICS”, que agrupou práticas complementares de menor volume. Essa organização permitiu identificar o perfil de oferta em cada estado e analisar a diversidade das práticas implementadas no território.

4.4.5 Variáveis profissionais

As categorias profissionais foram organizadas segundo a formação acadêmica e a inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram estabelecidas onze categorias profissionais: fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, farmacêutico, médico e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa categorização permitiu analisar a composição da força de trabalho envolvida na oferta de PICS, identificando o protagonismo de determinadas categorias e a ausência relativa de outras.

4.4.6 Variáveis quantitativas de produção

As variáveis quantitativas foram organizadas em valores absolutos e relativos. Os valores absolutos referem-se ao número total de procedimentos de PICS registrados em cada estado, para cada modalidade e por categoria profissional. Os valores relativos foram expressos em percentuais de participação no total regional e em taxas de produção por 100 mil habitantes, permitindo comparações ajustadas pelo porte populacional de cada unidade federativa.

4.5 ESTRATIFICAÇÃO E AGREGAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados em múltiplos níveis de agregação. No nível regional, foram consolidados os totais do Centro-Oeste; no nível estadual, foram apresentados os dados desagregados por unidade federativa; no nível das modalidades, foram especificados os procedimentos por tipo de prática; e no nível profissional, foram detalhados o quantitativo de procedimentos executados por cada categoria. Essa estruturação multinível permitiu análises tanto agregadas quanto estratificadas, possibilitando identificar padrões gerais e especificidades locais.

4.6 ORGANIZAÇÃO PARA ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA

A organização das variáveis foi planejada para viabilizar análises descritivas, comparativas e evolutivas. As variáveis geográficas permitiram comparações entre estados; as variáveis temporais possibilitaram análises de tendência; as variáveis de modalidades permitiram identificar o perfil assistencial; e as variáveis profissionais evidenciaram a composição da força de trabalho. A integração dessas diferentes dimensões possibilitou uma caracterização abrangente e crítica da produção de PICS na região Centro-Oeste.

4.7 PADRONIZAÇÃO E CONSISTÊNCIA DOS DADOS

Todas as variáveis foram organizadas seguindo critérios de padronização e consistência, assegurando comparabilidade entre os estados e ao longo do tempo. As categorias foram mantidas uniformes para todas as unidades federativas, permitindo análises comparativas robustas. A organização sistemática das variáveis constituiu elemento fundamental para a qualidade das análises realizadas e para a confiabilidade dos resultados apresentados.

4.8 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

4.8.1 Análise estatística

O processamento, a organização, a análise estatística e a visualização dos dados foram realizados no software R, versão 4.3.2, ambiente estatístico amplamente empregado em pesquisas científicas por sua robustez, flexibilidade e reprodutibilidade. As análises foram conduzidas por meio de scripts, garantindo padronização e rastreabilidade dos procedimentos.

4.8.2 Processamento e limpeza dos dados

Os dados foram importados para o ambiente computacional, submetidos à inspeção inicial para verificação de consistência e padronização das variáveis, e posteriormente organizados para análise. Foram realizadas agregações por unidade federativa e ano, bem como o cálculo de totais, proporções e indicadores *per capita*, com integração dos dados populacionais às bases principais.

4.8.3 Análise estatística

A análise estatística teve caráter descritivo, sendo adequada à natureza agregada dos dados e aos objetivos do estudo. Foram analisados os números absolutos de procedimentos de PICS, a participação percentual das unidades federativas no total regional, a distribuição das modalidades ofertadas, a participação das categorias profissionais envolvidas e as taxas de procedimentos por 100 mil habitantes.

4.8.4 Análise da série histórica

A produção de PICS foi analisada por meio de série histórica descritiva no período de 2019 a 2023, com agregação anual por unidade federativa. Foram avaliadas tendências temporais, incluindo variações percentuais entre anos consecutivos, com destaque para os períodos pré-pandemia, pandêmico e pós-pandemia.

4.8.5 Visualização dos dados

Os resultados foram apresentados por meio de gráficos descritivos, incluindo gráficos de barras, gráficos de barras empilhadas e gráficos de linhas, permitindo a comparação entre unidades federativas, modalidades de PICS, categorias profissionais e a evolução temporal da produção.

4.8.6 Aspectos éticos

O estudo utilizou exclusivamente informações secundárias de acesso público e irrestrito, não envolvendo dados individuais identificáveis. Dessa forma, enquadra-se na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, dispensando a necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

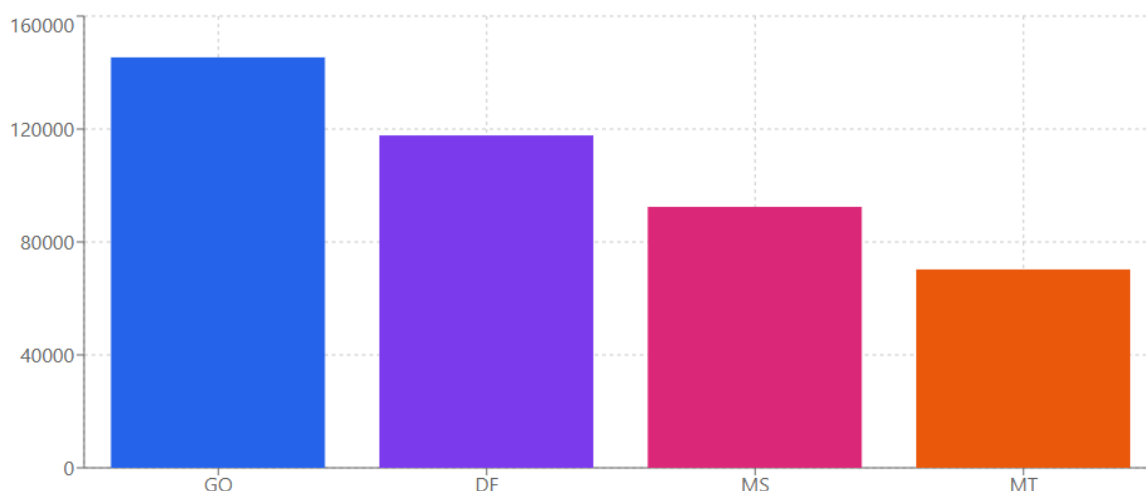
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PRODUÇÃO REGIONAL

No período de 2019 a 2023, a região Centro-Oeste registrou 425.809 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), configurando um volume expressivo e indicativo de consolidação dessas práticas no Sistema Único de Saúde. A distribuição da produção, entretanto, evidencia desigualdades relevantes entre os entes federativos, tanto em termos absolutos quanto relativos, o que aponta para diferenças estruturais, organizacionais e políticas na implementação das PICS.

Conforme demonstrado no Gráfico 1, Goiás concentrou a maior produção absoluta com 145.382 procedimentos (34,2%), seguido pelo Distrito Federal com 117.746 procedimentos (27,6%), Mato Grosso do Sul com 92.418 procedimentos (21,7%) e Mato Grosso com 70.263 procedimentos (16,5%). O Gráfico 2 ilustra visualmente essa participação relativa percentual no contexto regional, evidenciando a liderança de Goiás, que responde por mais de um terço de toda a produção do Centro-Oeste. Embora Goiás lidere numericamente, essa análise isolada pode mascarar diferenças importantes no acesso real da população, exigindo avaliação ajustada por porte populacional.

Gráfico 1. Produção total de PICS por Estado 2019-2023.

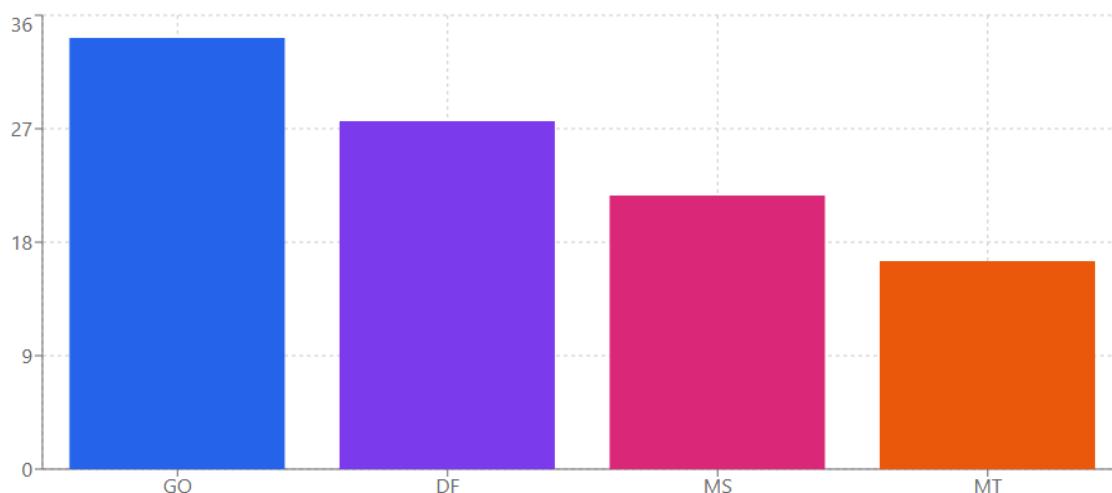
Produção Total de PICS por Estado (2019-2023)



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

Gráfico 2. Produção relativa de PICS por Estado 2019-2023.

Participação Relativa no Centro-Oeste (%)



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

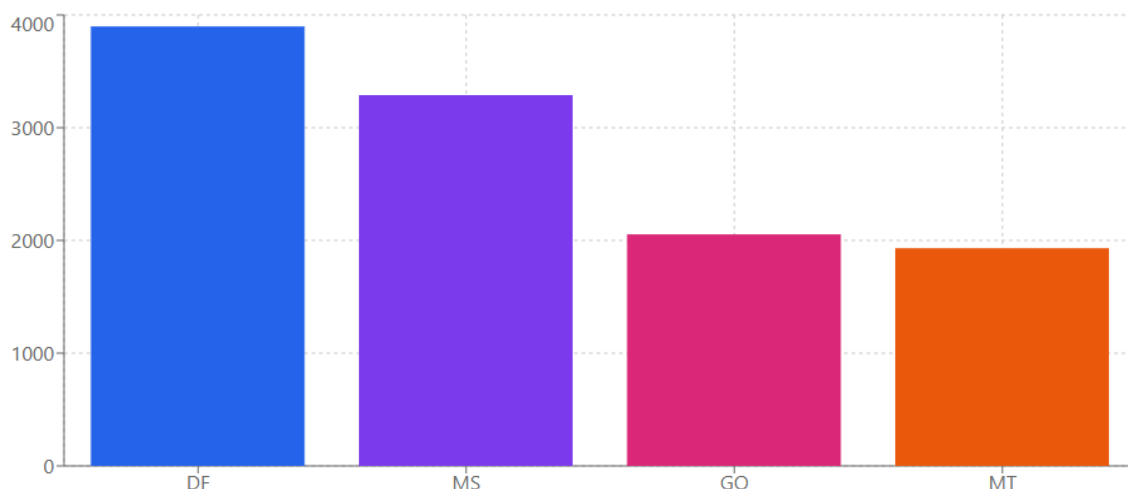
5.2 PRODUÇÃO *PER CAPITA* E DESIGUALDADE DE ACESSO

Quando analisada a produção por 100 mil habitantes, conforme apresentado no Gráfico 3, observa-se uma inversão parcial do ranking absoluto. O Distrito Federal apresenta a maior taxa regional (3.898 procedimentos/100 mil habitantes), seguido por Mato Grosso do Sul (3.289), Goiás (2.054) e Mato Grosso (1.931). Esses dados evidenciam desigualdade expressiva de acesso, com diferença próxima de duas vezes entre o maior e o menor indicador *per capita*.

O Gráfico 3 revela que, ao considerar-se o porte populacional, o Distrito Federal e Mato Grosso do Sul se destacam positivamente, demonstrando maior capacidade de oferta proporcional à sua população. Essa inversão em relação aos valores absolutos do Gráfico 1 é particularmente significativa, pois demonstra que Goiás, apesar da maior produção total, apresenta cobertura *per capita* inferior quando comparado ao DF e MS. Esse achado sugere que a oferta de PICS não depende exclusivamente do volume populacional, mas sobretudo da priorização política, da organização da Atenção Primária à Saúde, da disponibilidade de profissionais capacitados e da integração das PICS aos fluxos assistenciais. O desempenho inferior de Mato Grosso aponta fragilidades estruturais e possível dificuldade de capilarização dessas práticas, especialmente em territórios extensos e de menor densidade assistencial.

Gráfico 3. Produção de PICS por Estado por 100 mil habitantes, 2019-2023.

Produção de PICS por 100 mil Habitantes



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

5.3 PERFIL DAS PRÁTICAS OFERTADAS: PADRONIZAÇÃO EXCESSIVA E LIMITES DA INTEGRALIDADE

A análise do perfil das PICS ofertadas, detalhada nos Gráficos 4, 5, 6 e 7, que apresentam respectivamente as modalidades praticadas em Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, revela padrão homogêneo entre os estados, com forte concentração em poucas modalidades. A auriculoterapia ocupa posição predominante em todos os entes federativos, respondendo por cerca de um quarto dos procedimentos realizados, seguida por massoterapia, eletroestimulação, termalismo/crenoterapia e acupuntura.

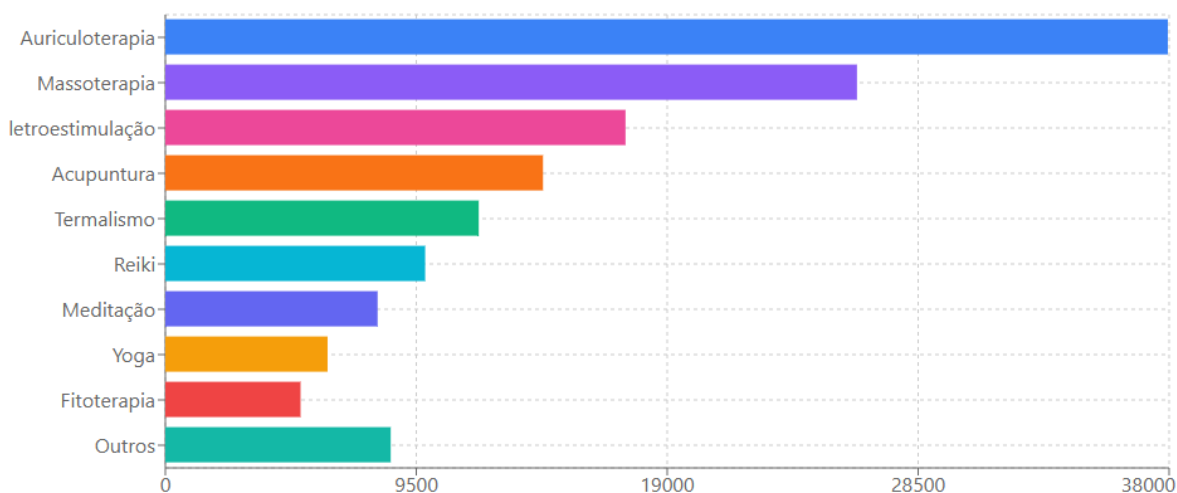
Os Gráficos 4 a 7 demonstram essa uniformidade do perfil assistencial: em Goiás (Gráfico 4), a auriculoterapia totaliza 37.954 procedimentos; no Distrito Federal (Gráfico 5), 30.642; em Mato Grosso do Sul (Gráfico 6), 23.714; e em Mato Grosso (Gráfico 7), 17.846 procedimentos. A massoterapia ocupa consistentemente a segunda posição em todos os estados, enquanto a eletroestimulação figura como terceira prática mais ofertada. Essa concentração pode ser compreendida por fatores operacionais, como baixo custo, facilidade de execução, tempo reduzido de atendimento e ampla aceitação clínica, características especialmente valorizadas em contextos de alta demanda assistencial.

No entanto, do ponto de vista da integralidade do cuidado, tal padronização excessiva pode limitar o potencial terapêutico das PICS, reduzindo-as a um conjunto restrito de técnicas repetitivas. A análise comparativa dos quatro gráficos revela que práticas como fitoterapia, yoga

e meditação apresentam volumes significativamente menores em todos os estados, ocupando sistematicamente as últimas posições no ranking de procedimentos. A baixa oferta dessas práticas, apesar de respaldo científico e alinhamento com políticas nacionais, sugere barreiras institucionais e formativas, além de possível ausência de estímulo por parte das gestões locais. Esse cenário revela uma implementação ainda parcial da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, com incorporação quantitativa, porém limitada em diversidade.

Gráfico 4. Modalidades de PICS em Goiás, 2019-2023.

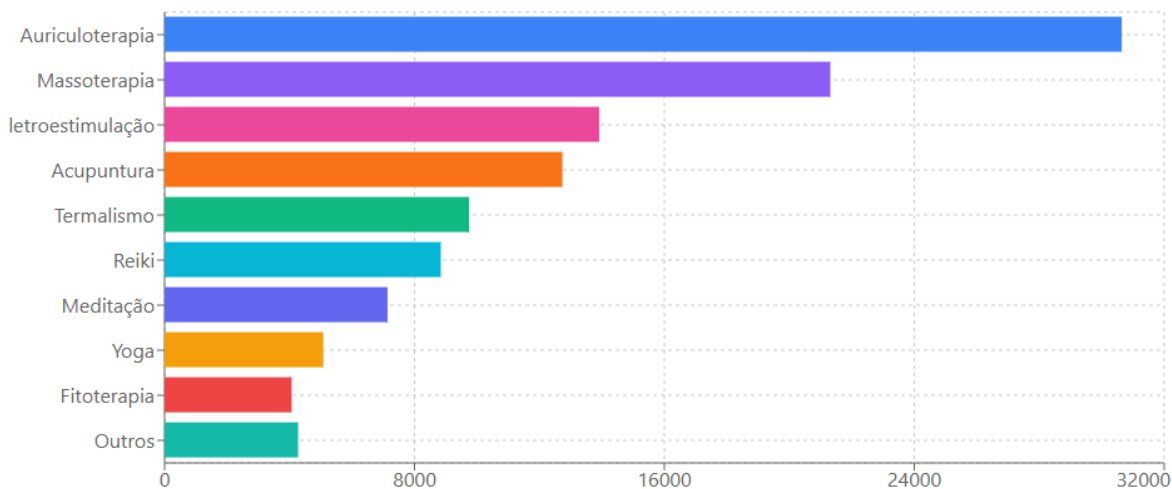
Modalidades de PICS - Goiás



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

Gráfico 5. Modalidades de PICS no Distrito Federal, 2019-2023.

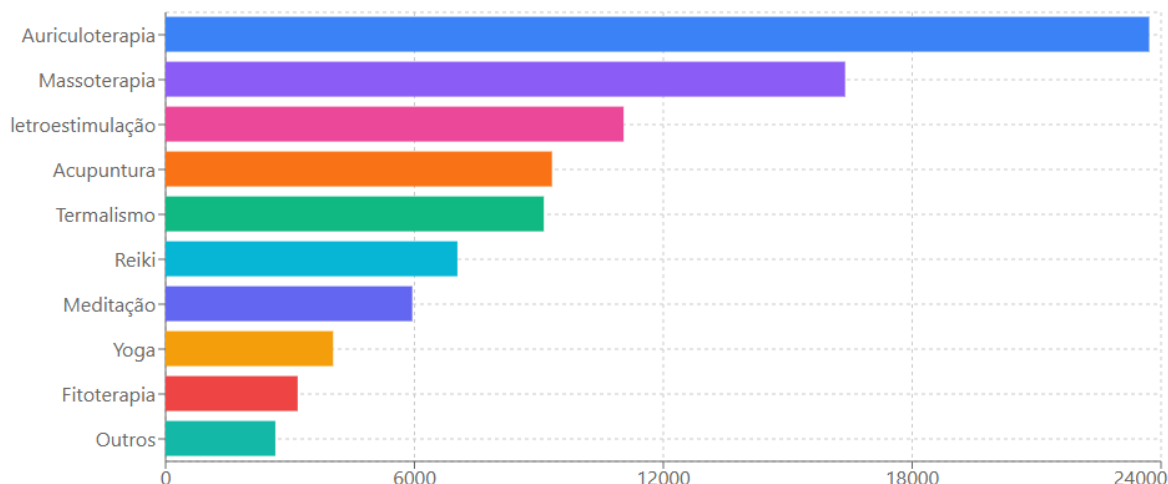
Modalidades de PICS - Distrito Federal



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

Gráfico 6. Modalidades de PICS no Mato Grosso do Sul, 2019-2023.

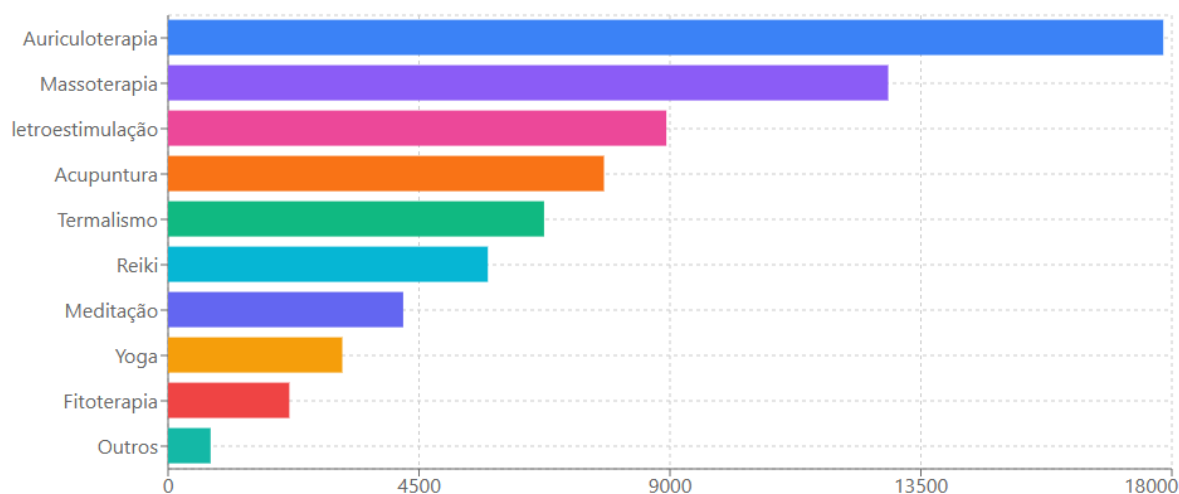
Modalidades de PICS - Mato Grosso do Sul



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

Gráfico 7. Modalidades de PICS no Mato Grosso, 2019-2023.

Modalidades de PICS - Mato Grosso



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

5.4 PERFIL PROFISSIONAL: PROTAGONISMO MULTIPROFISSIONAL E MARGINALIZAÇÃO MÉDICA

A análise do perfil profissional, representada no Gráfico 8 por meio de barras empilhadas, revela que a oferta de PICS no Centro-Oeste é sustentada majoritariamente por fisioterapeutas e profissionais de enfermagem, que concentram a maior parte dos procedimentos em todos os estados, com variações locais. O Gráfico 8 evidencia que, em Goiás, os fisioterapeutas respondem por 54.218 procedimentos (37,3%), enquanto a enfermagem contribuiu com 28.416 (19,5%). No Distrito Federal, os fisioterapeutas realizaram 39.784

procedimentos (33,8%) e a enfermagem 23.892 (20,3%). Em Mato Grosso do Sul, observa-se peculiaridade interessante, com a enfermagem assumindo ligeira liderança com 27.946 procedimentos (30,2%), seguida de perto pelos fisioterapeutas com 26.318 (28,5%). Em Mato Grosso, os fisioterapeutas lideram com 22.418 procedimentos (31,9%), seguidos pela enfermagem com 17.914 (25,5%). Psicólogos e profissionais de educação física apresentam participação relevante em todos os territórios, com valores que variam entre 7,4% a 9,9% e 16,5% a 17,8%, respectivamente, indicando caráter multiprofissional da oferta.

Entretanto, conforme demonstrado de forma contundente no Gráfico 8, chama atenção a baixíssima participação médica, variando entre 0,2% e 1,3%, o que configura um dos achados mais críticos deste estudo. A representação visual empilhada do Gráfico 8 torna ainda mais evidente essa discrepância, com a categoria médica ocupando uma faixa quase imperceptível na composição total dos procedimentos, em contraste gritante com o protagonismo de fisioterapeutas e enfermeiros. Esse dado sugere que, apesar de as PICS integrarem oficialmente o SUS, os médicos permanecem à margem de sua execução prática, assumindo, quando muito, papel periférico ou de encaminhamento.

Essa ausência pode ser interpretada sob diferentes perspectivas críticas. Do ponto de vista da formação médica, persistem lacunas curriculares relacionadas às PICS, frequentemente tratadas de forma marginal ou inexistente nos cursos de graduação e residência. Soma-se a isso uma hegemonia do modelo biomédico, que tende a deslegitimar práticas integrativas, associando-as a menor rigor científico, apesar do crescente corpo de evidências disponíveis.

Além disso, a organização do processo de trabalho médico na Atenção Primária, frequentemente sobrecarregado por demandas agudas, burocráticas e assistenciais, pode dificultar o engajamento em práticas que demandam escuta qualificada, longitudinalidade e abordagem ampliada do cuidado. Ainda assim, a quase ausência médica revelada no Gráfico 8 evidencia não apenas limitação operacional, mas também resistência cultural e institucional à incorporação efetiva das PICS como parte do cuidado médico.

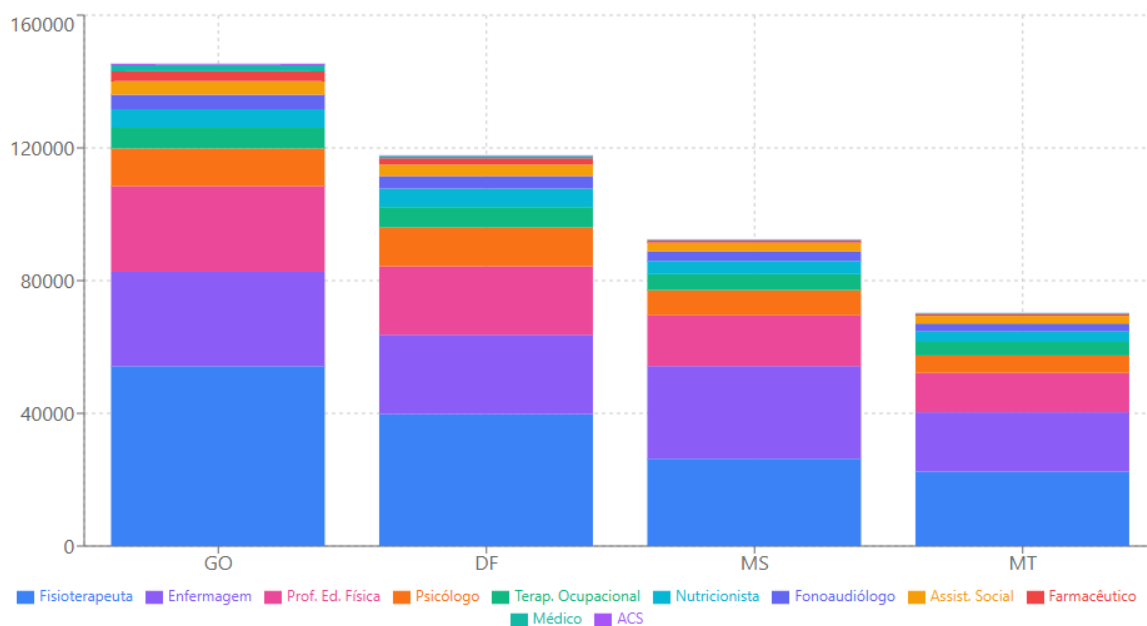
5.5 AUSÊNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA OPORTUNIDADE PERDIDA

Outro aspecto crítico revelado pelo Gráfico 8 refere-se à participação quase inexistente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com valores que variam entre 0,1% em Mato Grosso do Sul e Mato Grosso (74 e 35 procedimentos, respectivamente) e 0,3% em Goiás (364 procedimentos). Essa categoria estratégica para a territorialização do cuidado e para ações de

promoção da saúde apresenta, na representação visual do Gráfico 8, participação praticamente invisível na composição total. A baixa inserção dos ACS na oferta de PICS representa oportunidade desperdiçada de ampliação do acesso, especialmente para práticas educativas, corporais e de autocuidado, que poderiam ser desenvolvidas de forma comunitária e culturalmente contextualizada.

Gráfico 8. Categorias profissionais por Estado, 2019-2023.

Categorias Profissionais por Estado (Empilhado)



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

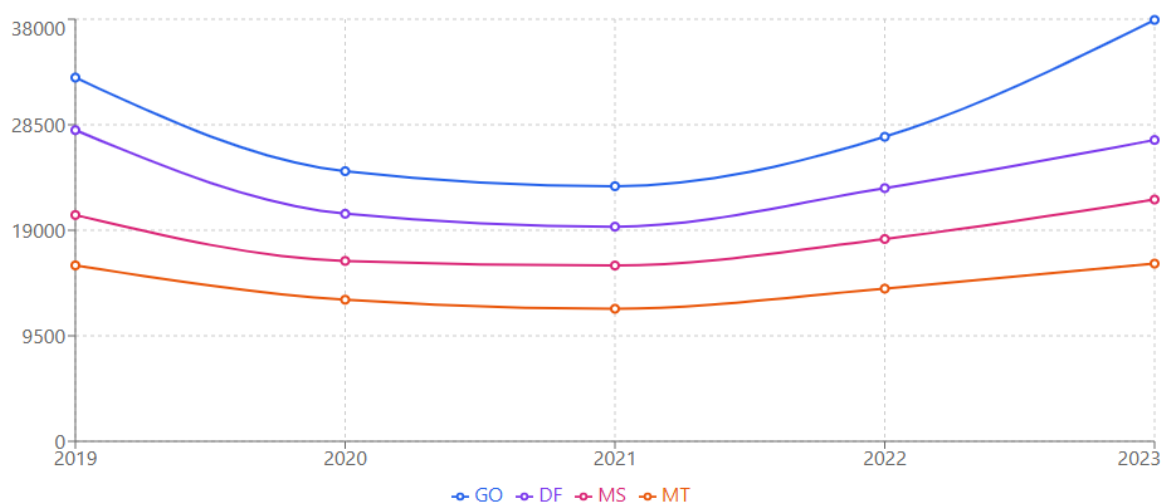
5.6 IMPACTO DA PANDEMIA E RESILIÊNCIA INSTITUCIONAL

A série histórica apresentada no Gráfico 9, por meio de linhas evolutivas para cada estado, evidencia impacto profundo da pandemia de COVID-19, com queda acentuada em 2020 e 2021, período marcado pela suspensão de atendimentos eletivos, redirecionamento de profissionais e restrições sanitárias. O Gráfico 9 demonstra a trajetória descendente em todos os entes federativos: em Goiás, observa-se redução de 32.746 procedimentos em 2019 para 22.964 em 2021; no Distrito Federal, de 28.014 para 19.324; em Mato Grosso do Sul, de 20.374 para 15.826; e em Mato Grosso, de 15.838 para 11.934 no mesmo período. As PICS, por dependerem com frequência de contato próximo e atividades coletivas, foram particularmente afetadas.

A recuperação observada a partir de 2022 e a expansão significativa em 2023, superando inclusive os níveis pré-pandemia, conforme ilustrado pelas linhas ascendentes do Gráfico 9, indicam resiliência institucional e possível reconhecimento ampliado do papel das PICS no cuidado pós-pandêmico. Em 2023, Goiás alcançou 37.936 procedimentos, o Distrito Federal 27.128, Mato Grosso do Sul 21.766 e Mato Grosso 15.999, todos valores superiores aos registrados em 2019. Essa recuperação pode estar relacionada ao aumento das demandas relacionadas à saúde mental, dor crônica e sofrimento psicossocial decorrentes do período pandêmico.

Gráfico 9. Evolução temporal da produção de PICS, 2019-2023.

Evolução Temporal da Produção de PICS (2019-2023)



Fonte: SISAB/DATASUS, 2025.

5.7 SÍNTESE CRÍTICA

Os dados analisados e representados nos nove gráficos apresentados revelam que as PICS estão quantitativamente consolidadas no Centro-Oeste, conforme evidenciado pelos Gráficos 1 e 2, porém ainda marcadas por desigualdades territoriais de acesso, como demonstrado no Gráfico 3, padronização excessiva de práticas, conforme revelado nos Gráficos 4 a 7, e fragilidades na integração profissional, especialmente no que se refere à participação médica e dos ACS, claramente ilustrada no Gráfico 8. A série temporal do Gráfico 9 demonstra não apenas o impacto da pandemia, mas também a capacidade de recuperação e expansão das PICS no período pós-pandêmico.

A baixa adesão dos médicos não pode ser naturalizada, pois compromete a integralidade do cuidado, a legitimidade institucional das PICS e sua plena articulação com o modelo de Atenção Primária à Saúde. A consolidação qualitativa das PICS no SUS exige enfrentar essas tensões, promovendo mudanças na formação médica, reorganização dos processos de trabalho e fortalecimento de uma cultura assistencial verdadeiramente integrativa, que reconheça diferentes racionalidades terapêuticas como complementares, e não concorrentes, ao cuidado biomédico.

6 DISCUSSÃO

6.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E EXPANSÃO INSTITUCIONAL

A expansão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) entre 2019 e 2023 na região Centro-Oeste reforça a relevância da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006 e ampliada em 2017, como um marco fundamental na consolidação dessas modalidades no SUS. O crescimento contínuo da produção observado no período, mesmo após a interrupção imposta pela pandemia de COVID-19, demonstra resiliência da política e o reconhecimento crescente das PICS como componentes estruturais da atenção à saúde. Esse processo está alinhado ao movimento internacional de valorização das práticas integrativas, conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde, que reconhece o Brasil como referência mundial pela incorporação dessas terapias em um sistema público universal (WHO, 2023).

Apesar desses avanços, o estudo revelou uma heterogeneidade significativa na oferta de PICS entre estados e municípios. Esse achado não é isolado: estudos prévios já haviam apontado que a expansão das PICS no Brasil depende fortemente da motivação de gestores locais e da presença de profissionais previamente capacitados (Barbosa et al., 2020; Sousa; Tesser, 2017). Landim et al. (2025) corroboram essa perspectiva ao demonstrar que os profissionais da Estratégia Saúde da Família são os principais protagonistas na expansão da oferta de PICS no SUS, e que suas motivações incluem experiências pessoais e familiares, somadas aos espaços de formação promovidos pela gestão. Entretanto, os autores ressaltam que o investimento financeiro nacional mostra-se falho, de maneira que há a constante ameaça à continuidade e à expansão dessas iniciativas públicas de gestão local (Landim et al., 2025).

A ausência de financiamento federal específico e de diretrizes operacionais detalhadas amplia o risco de fragmentação, limitando o alcance populacional. Silva et al. (2022) reforçam essa problemática ao identificar que profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde enfrentam a invisibilidade pública das Práticas Integrativas e Complementares e sofrem diferentes formas de humilhação social com a falta de apoio do seu trabalho. Segundo os autores, essa invisibilidade se manifesta pela discussão insuficiente sobre a sua oferta nas reuniões de equipe e inconsistência do registro nos prontuários dos usuários, o que contribui para a marginalização dessas práticas dentro dos serviços de saúde (Silva et al., 2022).

Municípios com maior capacidade administrativa e financeira tendem a incorporar e registrar mais práticas, enquanto localidades com estruturas frágeis permanecem à margem do

processo. Nesse cenário, a consolidação da política exige mais do que normativas: torna-se fundamental garantir financiamento estável, apoio técnico e integração das PICS às redes de atenção. A experiência brasileira com outras políticas de saúde, como a Estratégia Saúde da Família, demonstra que a provisão de financiamento específico e incentivos institucionais é capaz de reduzir as disparidades. No caso das PICS, essa abordagem poderia permitir uma expansão mais homogênea, garantindo equidade no acesso e fortalecendo a política em âmbito nacional.

6.2 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

A análise da distribuição dos profissionais responsáveis pela execução das PICS mostrou que a oferta no Centro-Oeste é sustentada majoritariamente por fisioterapeutas e profissionais de enfermagem, que concentram a maior parte dos procedimentos em todos os estados. Psicólogos e profissionais de educação física apresentam participação relevante em todos os territórios, com valores que variam entre 7,4% a 9,9% e 16,5% a 17,8%, respectivamente, indicando caráter multiprofissional da oferta. Também se evidenciou a presença de farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionistas em práticas específicas, como fitoterapia, arteterapia e práticas corporais. Essa diversidade aponta para a natureza multidisciplinar das PICS, que exigem equipes de saúde amplas e integradas para assegurar uma oferta de qualidade.

Entretanto, conforme já mencionado, chama atenção a baixíssima participação médica, responsável pela oferta de PICS que varia entre 0,2% e 1,3%, o que configura um dos achados mais críticos deste estudo. Esse dado contrasta significativamente com a predominância histórica da categoria médica em outros contextos da Atenção Primária à Saúde e levanta questionamentos importantes sobre as barreiras que impedem a incorporação das PICS na prática médica.

Apesar da diversidade multiprofissional observada, a formação profissional em PICS permanece um gargalo importante. Berchembrock et al. (2024) identificaram que a falta de inclusão de terapias complementares na formação médica é uma lacuna significativa que precisa ser abordada. Segundo os autores, profissionais relataram que na graduação em medicina, a falta de ênfase em terapias complementares no currículo pode resultar em uma compreensão limitada dessas práticas pelos futuros médicos, o que pode levar a uma abordagem tardia ou inadequada no meio clínico, prejudicando a segurança e eficácia dos tratamentos (Berchembrock et al., 2024).

Essa lacuna formativa não se restringe à categoria médica. Carvalho et al. (2025) complementam essa discussão ao demonstrarem que 51,9% dos profissionais de saúde desconhecem as PICS disponibilizadas pelo SUS, evidenciando que ainda existem alguns obstáculos para sua consolidação, como a falta de recursos financeiros para a implantação das PICS. Os autores enfatizam que a maior parte das capacitações disponíveis ainda é realizada por cursos livres ou especializações privadas, de alto custo e muitas vezes desvinculadas da realidade do SUS (Tesser et al., 2018).

A predominância de fisioterapeutas e enfermeiros na oferta de PICS pode estar relacionada, em parte, à maior abertura dessas categorias para formações complementares e à natureza de suas práticas profissionais, que frequentemente já incorporam abordagens integrativas e holísticas. Landim et al. (2025) identificaram que outro fator importante são os espaços promovidos pela gestão na formação profissional, demonstrando que experiências locais de capacitação podem influenciar positivamente a oferta de PICS. Contudo, os autores ressaltam que essas iniciativas permanecem isoladas e dependentes de conjunturas políticas favoráveis.

Embora o Ministério da Saúde tenha promovido iniciativas pontuais, como cursos de auriculoterapia com adesão massiva e resultados positivos em termos de aceitabilidade, não há um programa estruturado de formação contínua e institucionalizada em universidades públicas ou centros de formação vinculados ao SUS (Tesser et al., 2019; Tesser et al., 2021). Essa lacuna compromete a sustentabilidade da política, uma vez que depende da motivação individual e da formação prévia dos profissionais já inseridos no sistema.

A quase ausência da categoria médica na execução das PICS merece reflexão aprofundada. Na medida que médicos ocupam posição estratégica na coordenação do cuidado na Atenção Primária, sua baixa participação pode representar uma barreira significativa para a legitimação institucional dessas práticas. Silva et al. (2022) evidenciam que profissionais que ofertam PICS frequentemente enfrentam desvalorização e “humilhação social”, o que pode desencorajar outros profissionais, incluindo médicos, a incorporarem essas práticas em sua rotina.

Outro ponto a ser destacado é a necessidade de formação multiprofissional integrada. A execução das PICS não deve ficar restrita a nichos de especialização de determinadas categorias, mas dialogar com a prática clínica cotidiana de todas as profissões da saúde, em especial no manejo de condições crônicas prevalentes. Para tanto, seria necessária a inclusão de conteúdos de PICS nos currículos de graduação de todos os cursos da área da saúde, a criação

de residências multiprofissionais específicas e o fortalecimento de linhas de pesquisa em programas de pós-graduação em saúde coletiva, por exemplo.

A concentração da oferta em fisioterapeutas e enfermeiros, embora demonstre o protagonismo dessas categorias, também revela uma oportunidade perdida de ampliação do acesso se outras categorias, especialmente médicos, fossem capacitadas e engajadas. Sem tais medidas, o risco é que a expansão das PICS permaneça desigual e dependente de iniciativas isoladas de algumas categorias profissionais. Portanto, fortalecer a formação profissional de forma abrangente e multiprofissional representa uma condição indispensável para a institucionalização plena da PNPIC e para a superação das desigualdades de acesso observadas na região Centro-Oeste.

6.3 PARTICIPAÇÃO MÉDICA E BARREIRAS ESTRUTURAIS

De acordo com os resultados obtidos, um dos achados mais críticos deste estudo refere-se à baixíssima participação médica na oferta de PICS, variando entre 0,2% em Mato Grosso do Sul e 1,3% em Goiás. Esse dado sugere que, apesar de as PICS integrarem oficialmente o SUS, os médicos permanecem à margem de sua execução prática, assumindo, quando muito, papel periférico ou de encaminhamento.

Berchembrock et al. (2024) fornecem elementos importantes para compreender essa ausência. Segundo os autores, profissionais médicos expressam que “é fundamental que antes de qualquer coisa, os pacientes ajam de forma responsável ao considerar o uso de PICS [...] Isso inclui buscar orientação médica adequada” (Berchembrock et al., 2024, p. 6). Essa perspectiva revela uma postura de controle e supervisão, mas não necessariamente de execução ou apropriação das práticas integrativas.

A análise qualitativa de Berchembrock et al. (2024) identificou sete classes temáticas relacionadas às percepções médicas sobre as PICS, incluindo “Importância da avaliação e acompanhamento médico acerca das PICS”, “PICS e a integração com a medicina convencional”, “PICS e a formação médica”, “Implementação das PICS e o desafio da gestão pública”, “PICS e o cuidado integral nos aspectos físico, mental, social e espiritual”, “Uso racional das PICS: Medicina baseada em evidências” e “PICS: Relatos clínicos de sucesso”. Embora os médicos reconheçam potenciais benefícios, persistem barreiras relacionadas à formação, à validação científica e à integração institucional.

Silva et al. (2022) contribuem para essa discussão ao evidenciarem que os profissionais que ofertam PICS na Atenção Primária enfrentam “diferentes formas de humilhação social com

o desapoio do seu trabalho” (Silva et al., 2022, p. 1). Os autores descrevem situações em que profissionais relatam: “Dá impressão que é uma coisa de passar tempo, não funciona. Os profissionais têm dificuldade de ver a gente saindo, não atendendo os pacientes aqui e atendendo lá fora” (Silva et al., 2022, p. 6). Essa desvalorização institucional pode explicar, em parte, a resistência médica em incorporar as PICS em sua prática.

A hegemonia do modelo biomédico também contribui para essa marginalização. Silva et al. (2022) afirmam que “a primazia pela manutenção do status quo resulta em resistência ao ‘diferente’. Isso influencia as práticas assistenciais, de modo que as Práticas Integrativas e Complementares podem sofrer entraves e revelar tensionamentos quanto a sua realização” (Silva et al., 2022, p. 1). Os autores identificaram ainda a ocorrência de “marginalização espacial”, onde as PICS são desenvolvidas “em ambientes afastados dos serviços de saúde ou até mesmo fora do seu território de cobertura” (Silva et al., 2022, p. 6), reproduzindo padrões observados em outros países.

Do ponto de vista da formação médica, como já indicado anteriormente, persistem lacunas curriculares relacionadas às PICS, frequentemente tratadas de forma marginal ou inexistente nos cursos de graduação e residência. Carvalho et al. (2025) demonstram que apenas uma pequena parcela dos estudantes de medicina tem contato com as PICS durante a formação e, mesmo assim, de forma eletiva e opcional. Soma-se a isso uma hegemonia do modelo biomédico, que tende a deslegitimar práticas integrativas, associando-as a menor rigor científico, apesar do crescente corpo de evidências disponíveis.

Além disso, a organização do processo de trabalho médico na Atenção Primária, frequentemente sobrecarregado por demandas agudas, burocráticas e assistenciais, pode dificultar o engajamento em práticas que demandam escuta qualificada, longitudinalidade e abordagem ampliada do cuidado. Landim et al. (2025) reforçam essa perspectiva ao destacarem que profissionais híbridos – aqueles que combinam formação biomédica com práticas integrativas – enfrentam “sobrecarga que se soma aos diferentes formatos de desvalorização do seu trabalho” (Silva et al., 2024, p. 5).

Ainda assim, a quase ausência médica revelada evidencia não apenas limitação operacional, mas também resistência cultural e institucional à incorporação efetiva das PICS como parte do cuidado médico. Essa resistência se manifesta tanto em nível individual quanto coletivo, perpetuando a fragmentação entre diferentes racionalidades médicas no SUS.

6.4 ACEITAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

A análise revelou que práticas como acupuntura, reiki, meditação e auriculoterapia estão cada vez mais presentes na rotina da Atenção Primária à Saúde, sugerindo uma aceitação crescente entre usuários e profissionais. Estudos qualitativos anteriores já haviam identificado atributos valorizados pelos pacientes, como acolhimento, vínculo terapêutico e uma abordagem integral do cuidado (Lima; Silva; Tesser, 2014). Os resultados aqui apresentados reforçam essa percepção, evidenciando a incorporação progressiva de práticas que dialogam com uma visão mais humanizada do processo saúde-doença.

Carvalho et al. (2025) demonstram que 80,8% dos profissionais de saúde acreditam que as PICS ajudam no tratamento médico, embora apenas 26% atribuam alta importância a elas. Essa ambivalência pode refletir tanto o reconhecimento do potencial terapêutico quanto a persistência de dúvidas sobre sua efetividade e legitimidade científica.

Berchembrock et al. (2024) identificaram relatos de profissionais sobre benefícios observados em usuários: “A fitoterapia tem sido uma opção segura e eficaz para alguns pacientes com distúrbios digestivos. Relatos de sucesso mostram que certas ervas podem ajudar a aliviar sintomas como cólicas e indigestão” (Berchembrock et al., 2024, p. 9). Outro profissional relatou: “O uso de homeopatia em casos de alergias tem gerado relatos clínicos promissores. Pacientes relatam uma redução nos sintomas alérgicos e uma maior tolerância a alérgenos com o tratamento homeopático” (Berchembrock et al., 2024, p. 9, grifo do original).

Landim et al. (2025) acrescentam dimensões importantes sobre a percepção dos usuários ao destacarem que as PICS promovem “o autocuidado, melhora a comunicação do profissional e proporciona tratamentos não medicamentosos” (Landim et al., 2025, p. 3). Profissionais entrevistados pelos autores relataram: “Não dá para pontuar aquela dor no joelho especificamente sem ver outras questões na vida daquele indivíduo. Então acho que as PICS elas abrem uma possibilidade maior de escuta, de acesso, de autoconhecimento desse indivíduo, de autocuidado” (Landim et al., 2025, p. 11).

Contudo, há uma discrepância importante entre os dados administrativos e os inquéritos populacionais. Pesquisas nacionais indicaram prevalência relativamente baixa de uso de PICS autorreferido – 4,1% em 2013 e 5,2% em 2019 (Boing et al., 2019; Boccolini et al., 2022) –, enquanto os registros administrativos mostram crescimento contínuo da oferta nos municípios. Essa divergência pode ter múltiplas explicações: subutilização real pelos usuários, inconsistências no registro administrativo ou limitações metodológicas nos inquéritos domiciliares.

Silva et al. (2022) contribuem para essa discussão ao evidenciarem que a invisibilidade pública das PICS se manifesta também nos registros: “As informações sobre os praticantes das

PICs são anotadas de diversas maneiras: as vezes em prontuários físicos ou eletrônicos, outra em cadernos e livros-atas. No entanto, a maior parte dos profissionais não faz o relato das PICs nos prontuários dos participantes” (Silva et al., 2022, p. 8). Essa fragmentação nos registros dificulta tanto o acompanhamento longitudinal dos usuários quanto a produção de evidências sobre a efetividade das práticas.

De todo modo, o fenômeno aponta para a necessidade de indicadores mais consistentes de adesão, satisfação e resultados percebidos pelos usuários. Do ponto de vista coletivo, a aceitação das PICS é estratégica para a promoção da adesão a tratamentos, especialmente em condições crônicas, onde o vínculo terapêutico e a valorização do paciente como sujeito ativo são fatores críticos de sucesso. Evidências internacionais sugerem que as PICS podem contribuir para maior satisfação com o cuidado, redução no uso de medicamentos e melhora de sintomas físicos e psicológicos (Neal, 2001; WHO, 2023).

No entanto, a ausência de monitoramento sistemático desses desfechos no Brasil ainda limita a compreensão de sua efetividade em larga escala. Ampliar pesquisas que combinem abordagens quantitativas e qualitativas é, portanto, fundamental para aprofundar o entendimento sobre a experiência dos usuários e o real impacto das PICS em sua qualidade de vida.

6.5 INDICADORES DE MONITORAMENTO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Um dos pontos mais relevantes evidenciados pelo estudo refere-se à qualidade dos registros. Apesar da redução significativa dos campos “não informados” entre 2019 e 2023 – de cerca de 15% para menos de 5% em variáveis de categoria profissional –, ainda existem fragilidades importantes. A heterogeneidade regional na completude dos dados indica que a padronização da notificação ainda não foi plenamente incorporada em todas as localidades. Esse problema compromete a comparabilidade entre estados e dificulta análises mais sofisticadas sobre impacto das PICS em indicadores clínicos e epidemiológicos.

Silva et al. (2022) fornecem evidências qualitativas sobre essa problemática ao demonstrarem que profissionais sentem-se constrangidos em registrar suas atividades com PICS. Segundo os autores, “os profissionais não se apropriam do que fazem, não têm como avaliar o progresso dos seus pacientes perante a equipe, talvez perdendo a identidade de cuidadoras de fato. Tornam-se, deste modo, ‘invisíveis como profissionais da saúde’” (Silva et al., 2022, p. 8). Essa invisibilidade é agravada pela reificação do trabalho, onde os registros são

valorizados apenas por sua dimensão produtivista: “A gente registra nesse caderno. Porque é exigida a produtividade, para lançar no computador” (Silva et al., 2022, p. 8).

A experiência brasileira com os sistemas SISAB e DATASUS mostra avanços relevantes em termos de disponibilidade de dados públicos, mas ainda carece de integração plena. Atualmente, a maior parte dos indicadores relacionados às PICS restringe-se a medidas de produção (número de atendimentos, valores aprovados), sem contemplar resultados assistenciais mais complexos, como adesão terapêutica, controle de doenças crônicas, satisfação dos usuários ou redução de internações hospitalares. Essa limitação impede avaliar de forma robusta a efetividade das PICS no SUS, restringindo o debate a indicadores administrativos.

Berchembrock et al. (2024) reforçam a necessidade de “medicina baseada em evidências” ao afirmarem que “é fundamental que o uso das PICS seja baseado em evidências científicas sólidas, garantindo uma prática médica racional e segura. Devemos buscar constantemente por estudos que ajudem a compreender a eficácia e segurança dessas abordagens” (Berchembrock et al., 2024, p. 9). Os autores identificaram que a ausência de evidências robustas é frequentemente utilizada como justificativa para a desvalorização das PICS no contexto clínico.

Do ponto de vista da saúde coletiva, essa lacuna representa um desafio estratégico. A consolidação da PNPIC dependerá cada vez mais da produção de evidências sólidas sobre seus impactos clínicos e sociais. Para tanto, é necessário desenvolver novos indicadores de monitoramento, capazes de captar dimensões como resolutividade, integralidade e qualidade percebida. Ademais, a integração dos sistemas de informação deve avançar para permitir análises longitudinais e multivariadas, incluindo a vinculação entre dados da atenção primária, da atenção especializada e de desfechos hospitalares.

O fortalecimento da política de PICS exige uma mudança de paradigma no monitoramento, uma vez que não basta apenas contar procedimentos e aprovar valores, é preciso medir efetividade, equidade e impacto real na saúde da população. Esse é o próximo passo para consolidar o protagonismo do Brasil na agenda global de práticas integrativas.

6.6 DESIGUALDADES REGIONAIS E EQUIDADE NA OFERTA

Um dos achados centrais deste estudo foi a heterogeneidade da oferta de PICS entre regiões e municípios, confirmando desigualdades já observadas em outros setores do sistema de saúde brasileiro. Enquanto alguns territórios apresentaram expansão consistente, com

diversificação de modalidades e maior participação multiprofissional, outros mantiveram registros instáveis ou residuais, sinalizando barreiras estruturais e institucionais à implementação. Esse padrão reflete a persistência de desigualdades históricas no SUS, na qual a capacidade de gestão local, a disponibilidade de recursos financeiros e a formação de profissionais determinam, em grande medida, o acesso efetivo da população a determinados serviços (Barbosa et al., 2020).

Do ponto de vista da saúde coletiva, essas disparidades levantam sérias questões sobre equidade. A PNPIC foi concebida como uma política de alcance universal, orientada pelos princípios constitucionais de integralidade e equidade. No entanto, os achados indicam que o acesso às PICS ainda é condicionado ao território de residência do usuário, configurando uma espécie de “loteria geográfica”. Municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou maior capacidade de financiamento apresentam oferta mais ampla e variada, enquanto localidades mais vulneráveis ficam restritas a um conjunto limitado de modalidades (Sousa; Tesser, 2017).

Berchembrock et al. (2024) identificaram que gestores públicos têm papel crucial na promoção da implementação efetiva das PICS, criando políticas que incentivem a integração dessas práticas nos serviços de saúde. Entretanto, os autores ressaltam a fala dos profissionais médicos no que diz respeito à necessidade de “alocação de verbas adequadas para apoiar a implementação das PICS é fundamental. Os gestores precisam reconhecer o potencial dessas práticas para complementar os serviços de saúde e melhorar os resultados clínicos” (Berchembrock et al., 2024, p. 7).

Silva et al. (2022) complementam essa questão ao demonstrarem que a falta de apoio institucional se manifesta também na organização espacial dos serviços. Os autores identificaram que profissionais relataram realidades como: “A gente tem um local aqui que é da igreja católica que eles emprestam o salão comunitário para a gente trabalhar, para a gente reunir” (Silva et al., 2022, p. 6). Essa “marginalização espacial” (Shuval et al *apud* Silva et al., 2022, p. 7) reproduz padrões observados internacionalmente, onde as PICS são desenvolvidas em ambientes periféricos aos serviços de saúde, reforçando sua condição de práticas secundárias ou complementares.

Esse fenômeno pode aprofundar desigualdades sociais, já que as populações em situação de maior vulnerabilidade – que poderiam se beneficiar das PICS como parte de estratégias de promoção da saúde e manejo de condições crônicas – são justamente as menos assistidas. Landim et al. (2025) reforçam essa perspectiva ao demonstrarem que a oferta de PICS depende

fortemente de motivações de gestores locais e da presença de profissionais previamente capacitados, o que amplifica desigualdades territoriais.

Superar tais desigualdades exige ações específicas em níveis federal e estadual. Entre as medidas prioritárias estão: (i) a criação de linhas de financiamento vinculadas exclusivamente à expansão das PICS; (ii) a oferta de capacitação gratuita e contínua para profissionais de regiões vulneráveis; (iii) o estabelecimento de metas nacionais de equidade na oferta; e (iv) a inclusão de indicadores de desigualdade nos relatórios de monitoramento. Estudos prévios já apontaram que, sem estratégias de indução nacional, as PICS tendem a se desenvolver de forma fragmentada, restritas a experiências isoladas e pouco sustentáveis (Boccolini et al., 2022). Assim, garantir equidade no acesso é um dos maiores desafios para a consolidação da PNPIC como política pública efetivamente universal.

6.7 SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA E DESAFIOS FUTUROS

A consolidação da PNPIC enfrenta um dilema estrutural: ao mesmo tempo em que os registros mostram crescimento da produção e diversificação de modalidades, persistem entraves que colocam em risco sua sustentabilidade a longo prazo. Entre os principais desafios identificados estão a ausência de financiamento específico, a fragilidade na formação e capacitação de profissionais, a dependência de iniciativas locais e a insuficiência de indicadores robustos de impacto (Boing et al., 2019).

A ausência de financiamento estruturado aparece como o obstáculo mais crítico. Atualmente, a maior parte dos recursos relacionados às PICS está inserida de maneira diluída nos blocos de custeio da Atenção Primária e da Média Complexidade. Isso faz com que sua implementação dependa da priorização política de gestores locais, resultando em forte vulnerabilidade a cortes orçamentários e a mudanças de governo (Lima, Silva; Tesser, 2014).

Landim et al. (2025) evidenciam essa fragilidade ao demonstrarem que “o investimento financeiro nacional mostra-se falho, o que ameaça a continuidade e expansão dessas iniciativas públicas de gestão local” (Landim et al., 2025, p. 6). Por sua vez Silva et al. (2022, p. 7) identificaram que profissionais reconhecem o valor das PICS, mas enfrentam barreiras concretas: “Muito difícil tocar no assunto, porque as pessoas não acreditam. Não existe esse interesse por parte da equipe”.

Silva et al. (2022), ainda, aprofundam essa discussão ao demonstrarem que profissionais sofrem “humilhação social” relacionada ao desapoio institucional: “Não sinto uma valorização do trabalho. Quando eu falei para eles [equipe] que eu estava querendo treinar e sensibilizar as

peessoas para ocupar esse lugar de liderança que hoje eu ocupo [na Terapia Comunitária] [...] eu fui ‘malhada’ até dizer chega” (Silva et al., 2022, p. 6). Essa desvalorização se manifesta também na percepção de que as PICS são vistas como “passatempo”: “Dá impressão que é uma coisa de passar tempo, não funciona” (Silva et al., 2022, p. 6).

Sem incentivos financeiros específicos, há o risco de que a política permaneça à margem no planejamento dos serviços, sujeita a oscilações conjunturais. Outro desafio é a integração das PICS às agendas prioritárias do SUS, como a prevenção e o manejo das doenças crônicas não transmissíveis, a saúde mental e a promoção da saúde. A incorporação das práticas em programas já consolidados – como a Estratégia Saúde da Família e o NASF-AB – poderia ampliar sua legitimidade e sustentabilidade.

Berchembrock et al. (2024) reforçam, com seu estudo, a necessidade de haver a integração das “PICS com a medicina convencional [o que] não significa substituir, mas sim oferecer uma opção adicional aos pacientes. Isso pode ajudar a melhorar a adesão ao tratamento e representar uma abordagem mais completa para diversas condições de saúde” (Berchembrock et al., 2024, p. 6).

Para além da produção administrativa, torna-se urgente demonstrar resultados em desfechos clínicos e sociais, reforçando sua relevância dentro do sistema de saúde (Barbosa et al., 2020). Além disso, o fortalecimento da base científica é fundamental, pois, embora estudos internacionais mostrem benefícios em adesão ao tratamento, satisfação dos usuários e redução do uso de medicamentos (Neal, 2001; WHO, 2023), no Brasil ainda faltam ensaios pragmáticos e estudos longitudinais que avaliem impacto em condições prevalentes, como hipertensão, diabetes e depressão. Investir em pesquisa aplicada, financiada por agências públicas, é crucial para dar suporte técnico-científico à política.

Carvalho et al. (2025) demonstram que 80,8% dos profissionais acreditam que as PICS ajudam no tratamento, mas enfatizam que “a falta de conhecimento sobre essas práticas por parte de profissionais, gestores, acadêmicos e da população, aliada à ausência de políticas locais efetivas para sua implementação e sustentação, configura uma barreira significativa à adesão e à utilização das PICS nos serviços de saúde” (Carvalho et al., 2025, p. 2).

Por esse motivo, a sustentabilidade da PNPIC depende do tripé financiamento estável, capacitação profissional e evidências científicas sólidas. Sem esses elementos, a política corre o risco de permanecer como um conjunto de experiências locais, sem capilaridade nacional.

6.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS

É fundamental reconhecer algumas limitações inerentes ao presente estudo. Primeiramente, o uso de dados secundários extraídos de sistemas nacionais como o SISAB, implica dependência da qualidade do registro. Apesar da melhora progressiva na completude das informações entre 2019 e 2023, ainda persistem variáveis com campos “não informados” ou inconsistentes, em especial no que se refere à categoria profissional. Essa limitação pode comprometer análises mais refinadas e reduzir a precisão das interpretações, como já apontado em estudos anteriores que utilizaram bases semelhantes (Sousa; Tesser, 2017; Barbosa et al., 2020).

Adicionalmente, deve-se considerar o impacto da pandemia de COVID-19 (2020-2021) como fator de confusão. A queda observada em algumas modalidades durante esse período não necessariamente reflete redução real da demanda, mas sim reorganização das prioridades assistenciais, fechamento temporário de unidades, restrições sanitárias e sobrecarga do sistema (Boccolini et al., 2022). Assim, parte das oscilações observadas deve ser interpretada com cautela, considerando o contexto epidemiológico e político da pandemia.

Outra limitação relevante é a ausência de dados qualitativos sobre percepção de usuários e de profissionais. Embora os registros administrativos permitam traçar um panorama abrangente da produção e da evolução das PICS, eles não captam dimensões subjetivas, como satisfação, aceitabilidade ou efeitos percebidos no cotidiano dos serviços de saúde. Pesquisas qualitativas anteriores demonstraram que esses aspectos são centrais para compreender a adesão e a sustentabilidade das práticas (Lima; Silva; Tesser, 2014). Por esse viés, recomenda-se a realização de estudos mistos, que combinem dados quantitativos e qualitativos para fornecer um retrato mais completo.

Por fim, reconhece-se que o delineamento ecológico, ainda que útil para identificar padrões populacionais, não permite inferências causais em nível individual. Os resultados apresentados devem ser entendidos como tendências gerais do sistema, não como efeitos diretos das PICS sobre desfechos clínicos específicos.

6.8.1 *Framework* para perspectivas futuras

Para consolidar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) de maneira sustentável, equitativa e inovadora, propõe-se um *framework* estratégico ancorado em três eixos interdependentes: institucionalização e governança; capacitação e valorização profissional; e tecnologia e inovação em saúde digital. Esses eixos

não são isolados, mas dialogam entre si, formando um sistema integrado capaz de sustentar a política diante de desafios estruturais, desigualdades regionais e crises sanitárias futuras.

6.8.1.1 Institucionalização e governança

A institucionalização das PICS requer sua plena integração aos Planos Municipais e Estaduais de Saúde, com definição explícita de metas de cobertura e indicadores de desempenho específicos para monitorar equidade e efetividade. Além disso, recomenda-se a criação de comitês regionais de acompanhamento das PICS, compostos por gestores, profissionais e representantes da comunidade, que funcionariam como instâncias de pactuação e avaliação periódica (Barbosa et al., 2020). Esse eixo garante que as PICS deixem de ser iniciativas pontuais para se tornarem políticas de Estado, incorporadas à governança do SUS.

6.8.1.2 Capacitação e valorização profissional

A formação profissional é um dos maiores gargalos identificados. Propõe-se a inclusão obrigatória de conteúdos sobre PICS nos currículos de graduação em saúde, assegurando que médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e demais profissionais adquiram competências mínimas durante sua formação inicial (Tesser et al., 2018). Também é necessária a expansão de residências multiprofissionais com ênfase em práticas integrativas, de modo a alinhar teoria e prática no contexto do SUS. Finalmente, a criação de programas de certificação nacional poderia padronizar competências e garantir qualidade e segurança no cuidado, reduzindo a atual fragmentação.

6.8.1.3 Tecnologia e inovação em saúde digital

A digitalização representa uma oportunidade estratégica. Recomenda-se o desenvolvimento de plataformas digitais integradas para registro em tempo real, possibilitando maior transparência e eficiência no monitoramento (WHO, 2023). A telessaúde deve ser incorporada como recurso para ampliar o acesso remoto a práticas como meditação, yoga e aconselhamento em saúde, especialmente em territórios de difícil acesso. Adicionalmente, a produção de aplicativos de acompanhamento clínico poderia apoiar a adesão dos usuários e monitorar indicadores de resultado, aproximando as PICS das demandas contemporâneas de saúde digital.

Esse *framework* estratégico projeta as PICS como parte indissociável da Atenção Primária à Saúde no SUS, assegurando continuidade, equidade e inovação. Ao integrar governança, capacitação e tecnologia, busca-se construir um modelo resiliente, capaz de resistir a crises como a pandemia de COVID-19 e de responder com agilidade às necessidades da população brasileira, garantindo que se consolidem como componente estruturante da saúde coletiva nacional.

7 CONCLUSÃO

A análise da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil, entre 2019 e 2023, evidencia avanços relevantes no processo de institucionalização dessas práticas no âmbito do SUS, mas também revela fragilidades estruturais que comprometem sua consolidação como estratégia universal de cuidado. Os resultados apontam que, embora tenha havido ampliação significativa no número de procedimentos registrados e maior diversidade de modalidades ofertadas, a distribuição permanece desigual entre estados e municípios. Essa heterogeneidade reflete disparidades regionais persistentes e a forte dependência de iniciativas locais de gestores e profissionais previamente capacitados, o que limita a equidade no acesso.

A formação e a capacitação profissional configuram-se como pontos críticos para a sustentabilidade da política. A análise evidenciou que a oferta das PICS ainda se concentra em categorias específicas – principalmente enfermeiros e fisioterapeutas – e está fortemente vinculada a cursos pontuais ou iniciativas isoladas, com pouca inserção estruturada nos currículos de graduação e pós-graduação. Nesse contexto, destaca-se como um dos achados mais críticos do estudo a baixíssima participação médica nas PICS, variando entre 0,2% e 1,3%, com atuação praticamente imperceptível quando comparada às demais categorias, o que indica que, apesar de sua incorporação formal ao SUS, essas práticas permanecem à margem do cuidado médico. Tal cenário sugere não apenas lacunas formativas, mas também limitações organizacionais e resistências culturais e institucionais à incorporação efetiva das PICS na prática médica. Essa lacuna fragiliza a expansão homogênea e contribui para a manutenção de um cenário de institucionalização parcial e desigual no território brasileiro.

Outro achado relevante diz respeito à qualidade e à completude dos registros nos sistemas oficiais. Apesar de ter havido redução de campos “não informados”, inconsistências persistem, limitando a confiabilidade dos indicadores e dificultando análises comparativas mais robustas. A pandemia de COVID-19 (2020-2021) também se destacou como fator de confusão importante, impactando sobretudo modalidades coletivas, sem necessariamente indicar redução real da demanda, mas reorganização das prioridades assistenciais durante a crise sanitária.

Diante desses achados, conclui-se que a consolidação das PICS no SUS depende de estratégias integradas, incluindo fortalecimento da formação profissional, expansão de financiamento específico, melhoria da qualidade da informação e maior institucionalização nos planos estaduais e municipais de saúde. A adoção de um *framework* de perspectivas futuras,

estruturado nos eixos de governança, capacitação e inovação tecnológica poderá contribuir para superar fragilidades históricas e promover um cuidado mais integral, equitativo e humanizado.

Assim, este estudo oferece subsídios relevantes para gestores, profissionais e pesquisadores, ao mesmo tempo em que reforça a importância de manter as PICS como componente estratégico da Atenção Primária à Saúde. A ampliação de sua oferta, acompanhada de monitoramento sistemático e capacitação adequada, tem potencial para fortalecer a integralidade do cuidado e aproximar os serviços de saúde das necessidades reais da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. e00208818, 2020.
- BERCHEMBROCK, Gabrielly R. et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais médicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 5, p. e17100, 2024.
- BOCCOLINI, Patrícia; BOCLIN, Karine de Lima Sírío; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de et al. Prevalence of complementary and alternative medicine use in Brazil: results of the National Health Survey, 2019. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, v. 22, n. 205, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03687-x>.
- BOING, Alexandra Crispim; RIBEIRO SANTIAGO, Pedro Henrique; TESSER, Charles Dalcanale; FURLAN, Ivana Leal; BERTOLDI, Andrea Dâmaso; BOING, Antonio Fernando. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 37, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.009>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Ampliação da PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_mai2017.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, Lucimar M. F. et al. Formação holística em saúde: análise do uso de práticas integrativas e complementares na educação médica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19401, 2025.
- LANDIM, Raissa L. B. et al. Por que elas fazem práticas integrativas e complementares na Estratégia Saúde da Família? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. e350118, 2025.
- LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.
- NEAL, Robert. Report by David M. Eisenberg, M.D., on complementary and alternative medicine in the United States: overview and patterns of use. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 7, suppl. 1, p. 19-21, 2001.
- SILVA, Pedro Henrique B. et al. Invisibilidade pública das Práticas Integrativas e Complementares e humilhação social dos trabalhadores que as ofertam na Atenção Primária à Saúde. **NTQR**, Oliveira de Azeméis, v. 13, p. 1-11, 2022. SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; TESSER, Charles Dalcanale. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. e00150215, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; MORÉ, Ari Ojeda Ocampo; SANTOS, Melissa Costa; SILVA, Emiliana Domingues Cunha da; PELACHINI, Fátima Farias Terezinha; BOTELHO, Lúcio José. Auriculotherapy in primary health care: A large-scale educational experience in Brazil. **Journal of Integrative Medicine**, v. 17, n. 4, p. 302-309, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; SANTOS, Melissa Costa; SILVA, Emiliana Domingues Cunha da; MORÉ, Ari Ojeda Ocampo; PELACHINI, Fátima Farias Terezinha; BOTELHO, Lúcio José. Capacitação em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. **Revise – Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 5, p. 1-18, 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 174-188, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional Medicine Global Summit 2023** meeting report: Gujarat Declaration. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-traditional-medicine-summit-2023-meeting-report--gujarat-declaration>.

ANEXOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

ANEXO IV À RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO N. 008/2025

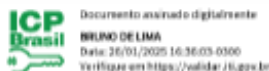
A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), **Bruno de Lima**, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º **088.045.159-96**, portador (a) do documento de Identidade sob n.º **5266484 SSP/SC**, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. **R. Rogério Cavaliari**, N.º **131**, Bairro: **Tiradentes**, nesta Capital, telefone n.º **(67) 999333977**, pesquisador (a) do Curso de **Residência em MFC**, da Instituição **SESAU/Fiocruz** com o título do Projeto de Pesquisa: **"AVALIAÇÃO DA OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CENTRO-OESTE"**, orientado (a) pela Professor (a) **Fabrizio Augusto Menegon** inscrito (a) no CPF/MF sob n.º **018.385.879-42**, portador (a) do documento de Identidade sob n.º **018.385.879-42** **Polícia Científica SC** residente e domiciliado (a) à Rua/Av. **Rua Pirineus**, N.º **90**, Bairro: **Córrego Grande Florianópolis/SC**, telefone n.º **(48) 99989-6506** professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: **Dep. de Saúde Pública**, da Instituição **Universidade Federal de Santa Catarina**.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU. Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.



Pesquisador (a)

Campo Grande - MS, 10 de janeiro de 2025



Orientador(a)

Jackliny da Souza
Coordenadora GTAPEP
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
GEPP/CGES/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:


PESQUISADOR:


- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 10 de janeiro de 2025

 Documento assinado digitalmente
BRUNO DE LIMA
Data: 24/01/2025 14:34:33-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

 Documento assinado digitalmente
Fabrício Augusto Merigan
Data: 24/01/2025 17:55:30-0300
CPF: 111.385.878-11
Verifique as assinaturas em <https://validar.br>

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Jacklyn Otá de Souza
Coordenadora GTAPEP
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
GEPP/CGES/SESAU

ANEXO II À RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024



Instrumento de Avaliação de Projeto de Pesquisa Científica

Título do Projeto: "AVALIAÇÃO DA OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CENTRO-OESTE"

Autor principal: Bruno de Lima

Considerando as atribuições institucionais deste grupo de trabalho de avaliação de projetos de pesquisa do SESAU N. 831, de 5 de agosto de 2024, e após leitura, análise, avaliação e discussão do projeto supracitado em reunião colegiada, o Grupo de Trabalho de Avaliação de Projetos de Extensão e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde se posiciona **FAVORÁVEL** ~~DESFAVORÁVEL~~ para execução deste no âmbito desta secretaria. Segue abaixo matriz avaliativa utilizada pelo GTAPEP com considerações sobre o mesmo.

Itens de avaliação GTAPEP	Discordamos plenamente	Discordamos parcialmente	Não concordamos nem discordamos	Concordamos parcialmente	Concordamos plenamente	Justificativa
Relevância	1	2	3	4	5	
1 O tema da pesquisa é de importância prioritária para a gestão					X	
2 Os resultados da pesquisa podem ser utilizados para resolução de problemas ou elaboração de políticas					X	
3 Não existem estudos suficientes sobre a questão de pesquisa					X	
Oportunidade	1	2	3	4	5	
4 A pesquisa não acarreta em ônus financeiro adicional ao Município					X	
5 A coleta de dados não afeta a carga horária dos profissionais					X	
6 A coleta de dados não altera a rotina do serviço					X	
7 Não há pesquisas concomitantes ou redundantes em curso no mesmo campo de coleta de dados					X	
Confabilidade dos resultados	1	2	3	4	5	
8 O desenho de pesquisa é adequado para a questão de pesquisa					X	
9 O método da pesquisa possui baixo risco de vies e sua aplicação de instrumento de avaliação metodológica					X	
10 Os dados coletados/fornecidos ao pesquisador são confiáveis					X	

Responsáveis pela avaliação:  NEV  SRAS  CRIP  SVS  COREME  CGSTI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DO JBI PARA ESTUDOS QUE RELATAM DADOS DE PREVALÊNCIA

Revisor: GTAPEP Date: 10/01/2025

Autor: _____ Ano: 2025 Número do registro: 009/2025

	Sim	Não	Não está claro	Não se aplica
1. As características da amostra foram adequadas para representar a população-alvo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os participantes do estudo foram recrutados de forma apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O tamanho da amostra foi adequado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A análise de dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Foram usados métodos válidos para a identificação da condição?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Houve uma análise estatística adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerenciada adequadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>