

Desafios para a expansão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS)

Challenges for the expansion of Integrative and Complementary Health Practices in the care pathways of the Brazilian National Health System (SUS) (abstract: p. 18)

Desafíos para la expansión de las Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud en las líneas de cuidado del Sistema Brasileño de Salud (SUS)

(resumen: p. 18)

Gustavo Nunes de Oliveira^(a)

<oliveiragn@ufscar.br> 

Carine Bianca Ferreira Nied^(b)

<carinenied@gmail.com> 

Cathana Freitas de Oliveira^(c)

<cathanaoliveira@gmail.com> 

Fabício Neves^(d)

<fabriciomneves@unb.br> 

^(a) Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis, km 235. São Carlos, SP, Brasil. CEP: 13565-905.

^(b) Comunicadora sanitária. Brasília, DF, Brasil.

^(c) Psicóloga sanitária. Campinas, SP, Brasil.

^(d) Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) representou um marco para o reconhecimento das práticas integrativas no Brasil. No entanto, passados quase vinte anos, ainda apresenta desafios para a sua expansão no Sistema Único de Saúde. Este artigo propõe uma análise crítica da PNPIC, problematizando os dispositivos organizacionais do cuidado, e procura refletir sobre a influência que os referenciais de redes na Saúde Coletiva podem exercer sobre os caminhos de expansão das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no Brasil. Os marcos teóricos são articulados ao estudo crítico da experiência acumulada pelos autores em projeto de desenvolvimento institucional para implementação de PICs em linhas de cuidado integral, realizado em 2024, com participação tripartite. Como contribuição, são apresentados alguns caminhos e ofertas metodológicas que objetivam a ampliação do acesso e a integração das PICs no cuidado integral dos usuários.

Palavras-chave: Práticas de Saúde Complementares e Integrativas. Redes comunitárias. Cuidado centrado no paciente. Integralidade em saúde. Política de saúde.

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) incluem sistemas complexos e recursos terapêuticos reconhecidos por incorporar uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado integral. Consideram abordagens com especial atenção ao estabelecimento de vínculos terapêuticos e atenção humanizada, com espaço para perspectivas de cuidado que consideram a cultura e a espiritualidade na saúde humana¹.

Esses aspectos têm sido valorizados em razão do crescente reconhecimento das limitações da Biomedicina e de sua associação com a deterioração das relações de cuidado nos serviços de saúde. Além disso, apresentam-se como perspectivas com forte contribuição para a qualificação da integralidade do cuidado, no contexto das lutas pelo direito à saúde²⁻⁵.

O Brasil tem participado do movimento global das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), incorporando essas práticas como política pública por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção da saúde; e prevenção e tratamento de doenças e agravos. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) representou um marco para o reconhecimento oficial das MTCI no Brasil, embora ainda com diversas fragilidades e lacunas⁵⁻⁷.

Estabelecida no Brasil em 2006, a PNPIC definiu um conjunto de diretrizes, cujo propósito era incorporar e implementar as PICS no SUS, sob a perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com especial ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Seu processo de construção reconheceu experiências de estados e de municípios; demandas da sociedade civil; e diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶⁻⁹. Desde então, a política passou por expansão, em 2017 e 2018, alcançando 29 práticas terapêuticas oferecidas pelo SUS¹⁰.

Em 2024, a PNPIC celebrou 18 anos, alcançando todas as 27 unidades federativas, sendo que 13 formularam suas próprias Políticas Estaduais de PICS (PEPIC). Entretanto, apenas sete contam com financiamento estadual. Outras nove têm propostas de PEPIC em formulação. Um total de 4.640 municípios (83%) registraram PICS, abrangendo 21.403 equipes de saúde (36%). No período de 2017 a 2023, 26,5 milhões de pessoas foram beneficiadas com PICs realizadas no SUS. Apenas em 2023 foram 5,7 milhões de atividades terapêuticas individuais e coletivas, englobando todos os níveis de atenção¹⁰.

Apesar dos avanços na implementação das PICS no SUS, a expansão e a consolidação da PNPIC enfrentam desafios significativos. O aumento da oferta não reflete, necessariamente, a melhoria da legitimidade da política junto aos gestores e às forças hegemônicas no campo da saúde⁵.

A institucionalização parcial da PNPIC se revela na ausência de mecanismos financeiros indutores específicos, o que tem sido um dos principais entraves para sua plena implementação no SUS^{5,11}.

A posição institucional que a PNPIC ocupa no Ministério da Saúde, como componente da gestão nacional da APS, contribui para dificuldades de sua

transversalização na estrutura organizacional e na agenda das políticas de saúde. Essa posição institucional e a falta de mecanismos financeiros enfraquecem a sua capacidade indutora como política nacional⁵.

A ausência de financiamento resulta na infraestrutura inadequada, falta de insumos, carência de capacitação profissional e descontinuidade desses serviços no SUS, condições que tornam a implementação das PICS dependente do esforço individual de profissionais engajados. Além disso, compromete a expansão da pesquisa e do desenvolvimento científico, dificultando a legitimação dessas práticas^{5,12}.

A qualificação dos profissionais de saúde para as PICs no SUS tem apresentado alguns avanços recentes, especialmente com a ampliação de programas de educação continuada promovidos por estados e municípios². Algumas iniciativas governamentais, como os cursos de formação oferecidos pelo Ministério da Saúde, contribuíram para disseminar conhecimentos sobre essas práticas e incentivar sua implementação na APS¹⁰.

Universidades e centros de pesquisa passaram a oferecer cursos de especialização e formação continuada em PICs, o que representa um passo importante para a inserção dessas práticas no currículo acadêmico e na capacitação de profissionais para atuar no SUS¹³. Todavia, a maioria dos cursos de graduação na área da Saúde ainda não contempla disciplinas obrigatórias sobre PICs, o que resulta na formação de profissionais desconhecedores ou pouco preparados⁵.

A qualificação profissional em PICs é irregular e mal distribuída entre os estados e municípios brasileiros. As ofertas de formação se concentram em grandes centros urbanos e a maior parte delas é realizada por instituições privadas e sem relação com o SUS, sendo ainda pontuais as oportunidades de cursos de especialização financiados com recursos públicos^{13,14}. Essa desigualdade compromete a equidade no acesso às PICs no SUS, uma vez que os serviços oferecidos variam de acordo com a disponibilidade de profissionais qualificados em cada região⁴.

Outro obstáculo significativo é a resistência de setores biomédicos à implementação das PICs no SUS. Muitos profissionais de saúde duvidam da eficácia dessas práticas e, por falta de capacitação adequada, não as recomendam ou sequer consideram seu uso como parte do tratamento⁷. Essa resistência também se reflete em gestores e tomadores de decisão, que não priorizam a alocação de recursos para capacitação e qualificação das PICS dentro das políticas públicas de saúde¹¹.

As PICS acontecem de forma desigual entre as regiões, com maior concentração nos grandes centros urbanos e menor cobertura em municípios do interior e periferias¹⁵. Em São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, a presença das PICS é mais expressiva, enquanto no Norte e no Nordeste sua oferta é limitada e depende de iniciativas isoladas¹⁴. Essa disparidade compromete o princípio da equidade no acesso à saúde, um dos pilares do SUS, e reforça a necessidade de estratégias para ampliar a presença dessas práticas em todo o território nacional⁴.

No contexto brasileiro dos últimos vinte anos, a expansão e a qualificação da Atenção à Saúde foram influenciadas pelo referencial das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁶. A expansão recente das PICS no SUS impõe questionar como se desenvolvem as interfaces entre as PICS e as redes, bem como suas implicações.

Na primeira década dos anos 2000, o conceito de rede estava em voga na Saúde Coletiva. A emergência da internet e das redes sociais digitais impactou fortemente o campo e produziu novas experimentações teóricas e práticas^{17,18}.

Os desdobramentos desses movimentos são amplos, mas destacamos dois em especial, que trazem elementos para problemática atual em torno do conceito de linha de cuidado (LC), foco deste artigo. O primeiro desdobramento refere-se à produção conceitual em torno da discussão sobre as tecnologias de cuidado, da integralidade em saúde e das Redes de Produção de Saúde (RPS). O segundo, ao marco teórico relacionado às RAS, embasado fortemente nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde; nos preceitos da Vigilância em Saúde; na Epidemiologia, nos estudos sobre transição epidemiológica; nas produções americana e inglesa sobre Atenção Primária; e nos estudos comparados de sistemas de saúde.

O conceito de RPS é tributário do conjunto de produções conceituais que emergem na Saúde Coletiva na década de 1970, no contexto de problematização do trabalho em saúde, da crítica à Biomedicina, da defesa do direito à saúde, da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica.

Esta concepção de rede implicou em definições mais amplas do que são as tecnologias de cuidado, incluindo seus agenciamentos micropolíticos, e exigiu novas teorias sobre o trabalho, a organização dos serviços e sua articulação para produção de saúde. Esse percurso detalhado não é objeto deste texto, mas esta contextualização ajuda a explicitar a emergência e a diferença do conceito de LC que surge nas produções de Merhy e Cecílio entre os anos 1996 e 2003, passando a ser desenvolvido por estes e outros autores¹⁸⁻²⁰.

As LCs se constituem como arranjos dinâmicos das RPS, envolvendo suas dimensões macro e microinstitucionais, que se articulam para constituir processos de cuidado centrados nas necessidades de saúde do usuário²¹. Seria, portanto, um arranjo-efeito agenciado pelas necessidades de saúde de usuários, conformado a partir de um plano de cuidados individual.

Nesse contexto, uma LC de cunho normativo não está em perspectiva, mas sim a capacidade de agenciamentos possíveis em uma RPS. Sua institucionalização só poderia se constituir como um efeito retardatário da recorrência dos agenciamentos nas redes, tendo a sua conformação e a sua legitimidade construídas de modo imanente às próprias redes²².

Essa concepção não se deteve apenas como formulação teórica, inspirando arranjos e dispositivos de políticas públicas como a Política Nacional de Humanização. Arranjos propostos pela reforma psiquiátrica no Brasil incluíram fortemente essas referências, assim como os movimentos de educação popular em saúde²³.

Em outra perspectiva, as RAS ganharam espaço, em especial, a partir de 2006, com sua implementação e experimentação em secretarias estaduais de saúde, com forte apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde¹⁶. A partir de 2011, tornaram-se a principal linha guia para a formulação de políticas nacionais de saúde no governo Dilma Rousseff²⁴.

No âmbito das RAS, as LCs ganharam outros aspectos e consolidaram-se como estruturas organizacionais que visam assegurar a continuidade, a integralidade e a excelência no atendimento ao paciente, englobando toda a trajetória de assistência, desde a prevenção até a reabilitação¹⁶.

Diretrizes clínicas, protocolos assistenciais, estratégias de articulação entre os diversos serviços da rede, sistemas logísticos, processos de governança e coordenação entre os múltiplos níveis de atenção constituem os principais dispositivos das LCs. Sua implementação requer investimentos em regulamentação assistencial, capacitação das equipes e tecnologias de informação para monitorar e avaliar os serviços prestados²⁵.

No espaço institucional da gestão no SUS, a concepção de LC vinculada ao campo teórico das RAS se colocou como predominante em função de promessas como previsibilidade e economicidade, de alto valor para os gestores²⁶.

No entanto, o histórico das políticas de RAS mostra também fragilidades e limites dessa concepção de LC, advindos de sua perspectiva excessivamente normativa e verticalizada; em especial, as dificuldades de coordenação entre serviços e níveis de atenção; necessidades progressivamente maiores de sistemas de informação, regulação e controle; insuficiência crônica de financiamento; e desafios de governança regional de intergestores²⁴.

Nesse contexto, as concepções de RPS emergem ampliadas e reformuladas, como a proposta das Redes Vivas²⁷, com atributos fragmentários e hipertextuais; e arranjos circunstanciais que se agenciam a uma multiplicidade de outras redes. Como dispositivos, teriam o potencial de conexão com as redes institucionalizadas, alcançando desenhos mais estáveis, mesmo assumindo lógicas que não servem a um ordenamento previsto e fixado em norma.

Maximino et al.²⁸ observaram, em pesquisa-intervenção, que as redes de cuidado conectam múltiplos vetores e possuem elementos formais e informais, visíveis e invisíveis, objetivos e subjetivos. Esses elementos podem facilitar ou dificultar a construção de pontos de articulação entre serviços, pessoas e recursos. Essas formulações se agenciam com um amplo campo de produções teóricas e experiências relacionadas às práticas tradicionais de cuidado, às práticas populares e aos itinerários terapêuticos de usuários e comunidades.

Nessa perspectiva, cresce o número de estudos que procuram dar visibilidade cada vez maior aos elementos agenciadores das RPS que ultrapassam as margens dos serviços institucionalizados de assistência e produzem mapas de seus agenciamentos²⁴.

Este artigo propõe uma análise crítica da implementação da PNPIC, com ênfase na necessidade de problematização dos dispositivos organizacionais do cuidado. Considerando as particularidades da PNPIC e as condições historicamente estabelecidas no contexto da atenção à saúde no Brasil, especialmente em relação às políticas de redes de atenção à saúde nos últimos vinte anos, procuramos analisar de que maneira o legado das redes e das linhas de cuidado pode influenciar a consolidação e a expansão das PICs no Brasil.

Este esforço de análise se torna relevante no contexto brasileiro de expansão das PICs a partir da necessidade crescente de qualificação do cuidado integral em diversas

áreas da atenção à saúde. No entanto, a inserção das PICs no contexto das redes de atenção parece criar tensões em relação tanto à legitimidade das racionalidades não biomédicas quanto ao contexto normativo e organizacional, pouco aberto à singularização do cuidado e à legitimação de dispositivos comunitários de produção de saúde^{6,11,12}.

Os subsídios teóricos e metodológicos são articulados a partir da reflexão baseada na experiência acumulada pelos autores no projeto “Implementação das linhas de cuidado em dor crônica e saúde mental com a oferta de Práticas Integrativas e Complementares para o cuidado integral”, realizado em 2024 em parceria institucional financiada pelo Ministério da Saúde com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Apostamos que as experiências produzidas neste projeto podem iluminar a problemática e contribuir para a formulação de novos dispositivos operacionais para a expansão das PICs de modo qualificado e transversal às diversas políticas públicas de saúde no contexto brasileiro.

Metodologia

O presente artigo organiza as análises críticas produzidas durante a execução do projeto “Implementação das linhas de cuidado em dor crônica e saúde mental com a oferta de Práticas Integrativas e Complementares para o cuidado integral” a partir da experiência dos autores, que atuaram como coordenadores e apoiadores em campo. Essas vivências do projeto – confrontadas com seus próprios acúmulos profissionais anteriores na gestão, na pesquisa em políticas de saúde e no diálogo com a literatura do campo – fizeram emergir as análises que aqui se apresentam. As informações relacionadas ao projeto são públicas.

As ferramentas da Análise Institucional²⁹ forneceram o suporte conceitual e técnico para a condução dos encontros e para o trabalho com os participantes envolvidos. Esse referencial permite que os analisadores emergentes se constituam em processos críticos das práticas institucionais e das relações sujeito-instituições, permitindo, a partir da delimitação de um campo de intervenção, a conformação de um campo de análise das relações entre instituinte e instituído nos processos organizacionais. Nesse sentido, a análise é a intervenção, uma clínica das forças institucionais que permite a mobilização das forças e dos sujeitos envolvidos²⁹⁻³¹.

Neste trabalho, procuramos explicitar os principais analisadores emergentes e os processos por estes disparados no projeto. Nesse esforço, pretende-se provocar a reflexão crítica em torno dos desafios impostos à implementação e expansão da PNPIC nas LCs.

Resultados e discussão

O projeto foi coordenado pela Fiocruz em articulação com a Coordenação Nacional da PNPIC, no Ministério da Saúde. Realizado entre os meses de março a dezembro de 2024, buscou desenvolver tecnologia e produção de conhecimento por

meio da inclusão das PICs nas LCs de saúde mental e de dor crônica. Além disso, abrangeu duas unidades da federação: uma no Nordeste, com participação de dois municípios, e outra no Sul do Brasil, com um município. Estes locais foram indicados pelas respectivas Secretarias de Estado da Saúde, com liderança das coordenações técnicas de PICs, constituindo uma interface entre os entes federados. Vale ressaltar que os dois estados envolvidos já contavam com sua PEPIC, inclusive com financiamento estadual. O projeto ainda contava com duas articuladoras da Fiocruz e o acompanhamento de duas técnicas da Coordenação Nacional da PNPIC no Ministério da Saúde.

Quanto ao porte populacional, um dos municípios tinha menos de trinta mil habitantes, 75% da população em área rural, com forte presença de comunidades quilombolas, 100% de cobertura de APS e 34,5% da população foi beneficiária do Bolsa Família em 2024. Sua infraestrutura de saúde contava com um hospital secundário, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 equipes de Saúde da Família (eSF) e uma equipe multidisciplinar (e-Multi).

Outro município era a sede de microrregião de saúde interiorana no estado. Contava com aproximadamente setenta mil habitantes, 50% da população em zona rural e 50% da população beneficiou-se do Bolsa Família em 2024. Apresentava 100% de cobertura de APS, com 18 UBS, 27 eSF, um e-Multi, dois centros integrados (educação, assistência social e saúde) – sendo um para crianças e outro para idosos –, um serviço de reabilitação e um centro de PICs.

Por fim, o terceiro município contava com um pouco mais de 120 mil habitantes, sendo que 92% viviam em área urbana, possuía 81% de cobertura de APS e 4,8% da população era beneficiária do Bolsa Família em 2024. Neste local, a infraestrutura da saúde contava com 24 UBS, 16 eSF, dois e-Multi, um CAPS II, um CAPS Infantojuvenil (IJ), um CAPS Álcool e outras Drogas (AD), um hospital privado, um ambulatório de dor, um ambulatório de gestantes de alto risco, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um pronto atendimento municipal, um serviço de acolhimento e uma comunidade terapêutica municipal.

As atividades aconteceram de maneira híbrida em dois formatos: 1) oficinas de trabalho presenciais, com uso de metodologias ativas para desenvolvimento de diretrizes de organização e acompanhamento das linhas; e 2) encontros pedagógicos on-line, com foco na educação permanente de todos os trabalhadores envolvidos nas LCs.

A gestão locorregional do projeto apostou no protagonismo e no engajamento dos sujeitos diretamente envolvidos nas instâncias de gestão e do cuidado. Com protagonismo dos municípios e apoio dos estados, contando com o suporte metodológico das apoiadoras do projeto, foram mobilizados e indicados técnicos e profissionais de assistência para composição de grupos de trabalho (GTs) em cada uma das três bases municipais. Esse dispositivo funcionou como colegiado gestor e teve como objetivo favorecer a construção e o acompanhamento de um plano de trabalho compartilhado, longitudinal e com envolvimento ativo dos sujeitos nos diversos aspectos da intervenção³¹.

Esses arranjos procuravam favorecer a corresponsabilização pelas ações e garantir a sustentabilidade institucional para os pactos e desfechos produzidos a partir de cada oficina de trabalho e encontro pedagógico.

Foram realizadas nove oficinas de trabalho, em cada GT, incluindo momentos de ampliação para trabalhadores da rede municipal. A programação foi a mesma para os três GTs, com adaptações nas ênfases, conforme o contexto local e da análise coletiva dos analisadores emergentes a cada encontro.

As oficinas realizadas foram organizadas em temas condutores, com a seguinte ordem de programação:

- 1) Pactuação e apresentação do projeto – discussão sobre informações locais e escolha dos municípios
- 2) Mapeamento e fortalecimento do trabalho em rede – RPS
- 3) Gestão do trabalho e do cuidado (clínica ampliada) – Projeto Terapêutico-Singular, acolhimento e reunião de equipe
- 4) Manejo clínico e do cuidado
- 5) Estruturação da LC – pactuação, organização local e sustentabilidade
- 6) Apresentação da LC – arranjos de cogestão

Foram construídos Planos Operativos Compartilhados com ações e indicadores formulados pelos próprios GTs e pactuados com as secretarias de estado e com o Ministério da Saúde, contando com acompanhamento pelas áreas técnicas. Esses planos foram reavaliados de maneira conjunta entre facilitadores e GTs; e mostraram-se ferramentas de intervenção que permitiram maior aproximação dos contextos territoriais.

A condução do trabalho para a estruturação das LC foi definida a partir de uma matriz lógica para mapear os recursos já existentes nos municípios. Na sequência, foi necessário correlacionar as práticas com as melhores evidências em cada temática (saúde mental e dor crônica). O próximo passo foi a pactuação de arranjos do apoio matricial realizados por equipes itinerantes, e/ou pelas equipes e-Multi para que cada unidade de saúde incluísse em sua carteira de serviços pelo menos uma prática integrativa individual e uma atividade coletiva para cada um dos temas. Dessa forma, foram estabelecidos arranjos locais com a reorganização dos serviços conectados em uma rede incluindo as PICs.

A partir da quinta oficina, a composição tripartite nos espaços de formação e nos GTs foi especialmente relevante, pois apoiou o mapeamento de necessidades e reforçou a legitimidade das estratégias adotadas para ampliação das PICs nas linhas de cuidado focalizadas.

Considerou-se estratégico reforçar o caráter interfederativo do sistema de governança, com a instituição de um colegiado tripartite no nível municipal com forte mediação da área técnica de PICs, articulando a PNPIC com a PEPIC em cada estado.

Essa constatação reforça a ideia de que a estruturação e o financiamento de políticas estaduais são um bom caminho para a implementação da PNPIC no SUS.

Quanto aos desenhos organizacionais para gestão local do projeto, em dois municípios, os GT foram formados por maior número de representantes das UBS e das e-Multi, oferecendo maior interface com a APS. Em outro, foi escolhido fazer um projeto-piloto, com presença de duas UBS, investindo na participação da e-Multi e do CAPS, direcionando o foco para o desenvolvimento institucional para posterior expansão para a rede.

Essas diferenças demonstram que os municípios tiveram espaço de reconhecimento de suas necessidades e organizaram seus arranjos de gestão de acordo com seus contextos, negociando interesses com o estado e contando com o suporte das articuladoras da Fiocruz.

Quanto aos dispositivos de formação-intervenção e seus impactos no desenvolvimento institucional locorregional, as oficinas se tornaram espaços de revisão conceitual e acompanhamento da implementação de novas formas de gestão que pudessem fomentar e incluir as PICs nos serviços.

Os dispositivos trabalhados nas oficinas buscaram a inclusão das PICs de modo articulado e indissociável da qualificação do cuidado integral. Isto é demonstrado pelo consistente aporte metodológico para qualificação dos processos de planejamento situacional, pelo acolhimento, pela reunião de equipe, pelo Projeto Terapêutico-Singular e pela matriz de referências oferecidos pelo projeto. Tais dispositivos revelam ainda a clara vinculação às estratégias de apoio institucional realizadas no contexto da Política Nacional de Humanização e a adesão ao referencial das RPS, ainda que a tarefa do projeto fosse discutir e implementar as práticas integrativas em LCs relacionadas à RAS que carregavam forte componente normativo e institucionalizado, como a Rede de Atenção Psicossocial e os serviços para tratamento de dor crônica.

Quanto ao marco referencial que embasou o processo de discussão dos analisadores emergentes, o quadro conceitual do projeto assumiu as proposições de LCs na perspectiva de Franco e Franco¹⁷ centrada nas necessidades dos usuários. Também afirma sua vinculação com o paradigma de RPS, mas não nega a possibilidade de arranjos estruturados previstos nas RAS, e propõe uma LC que ultrapasse os protocolos estabelecidos, reconhecendo também, contudo, que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e às ofertas de serviços de que necessita.

O processo de trabalho, visto de forma dinâmica, e o protagonismo dos trabalhadores são chaves nesta proposta de LC, compreendendo que a integralidade depende da construção de mapas de serviços e de ofertas disponíveis, somados a pactos de articulação entre os serviços, capazes de qualificar os fluxos necessários para o cuidado. A sustentação destes demanda arranjos colegiados de gestão, que possam organizar e atualizar dinamicamente os pactos de redes que se institucionalizam¹⁷.

O projeto adotou abordagem metodológica que integrou formação e intervenção, buscando mudanças nas percepções dos sujeitos envolvidos e nas práticas de saúde³⁰.

A proposta metodológica atentou para a emergência de analisadores sobre as linhas, que surgiram a partir das atividades coletivas presenciais e remotas. Esses analisadores foram desenvolvidos nos encontros pedagógicos e nas oficinas subsequentes, de modo a alimentar e qualificar o processo de construção coletiva, de forma colaborativa e a cada encontro, variando, ampliando e aprofundando a capacidade de análise e o engajamento dos sujeitos envolvidos no projeto^{30,31}.

Quanto aos processos de governança, a relação interfederativa foi fundamental para fortalecer as redes de atenção e qualificar as equipes locais. O apoio técnico estadual foi importante e necessário para o desenvolvimento das ações e da agenda institucional nos territórios, assumindo um papel de articulação com a gestão municipal para o comprometimento institucional necessário e garantindo desdobramentos do projeto nas equipes. Além disso, foi protagonista nas ações de formação em PICs a partir das discussões e necessidades do território.

Um dos grandes desafios para a PNPIC, conforme já mencionado^{5,11,13}, é a governança tripartite, incluindo a representação das áreas de Educação Permanente de estados e municípios e as ofertas de formação pela educação a distância (EaD) do Ministério da Saúde. A capacidade articuladora das Secretarias Estaduais de Saúde ajudou na composição de estratégias que aproveitassem os recursos existentes, adaptando-os ao contexto dos territórios.

Exemplo disso foi a composição de itinerários de qualificação profissional em algumas PICs, como a auriculoterapia e a aromaterapia, a partir de certificação conjunta entre estado e Ministério da Saúde, compondo horas EaD e horas práticas nos próprios municípios/estados participantes do projeto. Esse tipo de estratégia facilitou a formação de novos terapeutas e permitiu a participação de trabalhadores já qualificados, de modo articulado com as estratégias de expansão das PICs, criando as bases para desenhos matriciais de cuidado e de Educação Permanente e permitindo a ampliação contínua e qualificada das ofertas em PICs.

Quanto à qualidade da implementação das PICs no SUS, a despeito das diferenças relevantes entre os territórios, foi encontrada a incorporação periférica das PICs, ainda não correspondendo a recursos terapêuticos viáveis para demandas clínicas cotidianas da dor e do sofrimento mental na APS. O pequeno número de profissionais capacitados, a falta de insumos necessários, a estrutura física inadequada e a dependência da iniciativa individual para realização das PICs foram problemas comuns dos três municípios participantes do projeto, situação que corrobora o cenário nacional, confirmando os estudos recentes a respeito da fragilidade da implementação da PNPIC e da integração das PICS na APS^{4,5,11}.

Em relação às modalidades de PICs identificadas nos três municípios, a auriculoterapia era a mais ofertada na APS, seguida pela meditação e aromaterapia. As plantas medicinais e a acupuntura eram ofertadas em serviços especializados de dois dos três territórios. No entanto, essas práticas apresentavam pouca articulação com outras ofertas, de modo que não se configuravam como ofertas multimodais para dor e saúde mental, conforme preconizado. Esses achados revelam que a realidade das PICS nesses três municípios não era muito diferente da do restante do país^{5,12,13}.

Em termos de estratégias de implementação nos serviços e nas redes de atenção, estudo realizado em cinco grandes centros urbanos brasileiros revelou que a oferta de PICs no SUS varia entre os municípios, sendo mais frequentes as práticas corporais e da Medicina Chinesa. Os autores construíram, com base em pesquisa qualitativa, quatro tipologias de integração das PICs na APS. A pesquisa concluiu que o melhor caminho de integração ocorre quando as equipes de saúde da família assumem o exercício qualificado das PICs a partir de capacitações e ações de Educação Permanente, de maneira combinada com arranjos em que profissionais já qualificados atuam de forma matricial, compondo equipes de apoio ou multiprofissionais. Este estudo sugere que esta combinação de estratégias possa ser tomada como potencial diretriz para inserção e expansão das PICs no SUS, pois fortalece o acesso e a sustentabilidade dessas práticas nos serviços¹⁴, indicações que parecem se alinhar às análises desenvolvidas no projeto.

Quanto ao potencial de qualificação do cuidado integral das PICs, a problematização destas nas linhas de cuidados integrais tornou-se uma potente ferramenta para discutir as racionalidades presentes no cotidiano da atenção à dor crônica e à saúde mental, colocando em questão as formas de fazer automatizadas, pouco resolutivas e até prejudiciais à vida de usuários e trabalhadores. Ampliou-se a visão crítica sobre os processos de medicalização, a prescrição indiscriminada de psicotrópicos e a quase ausência de perspectiva coletiva e não farmacológica nessas abordagens clínicas. Como resultado, observou-se a produção de novos manejos clínicos e a ampliação das ofertas aos usuários do sistema.

Com relação às diferenças de concepção entre RPS e RAS, para boa parte da literatura acadêmica, a defesa da centralidade do usuário como ordenador das LC se opõe ao grau de institucionalização e previsibilidade dos arranjos organizacionais das redes. No entanto, essa perspectiva tende a ignorar a práxis do trabalho em saúde, que exige mediações constantes entre o molar e o molecular³².

No contexto do projeto, a metodologia cogestiva e a capacidade de incluir analisadores institucionais, transversalizando vetores da gestão e do trabalho, facilitaram o tratamento adequado dos problemas que emergiram quando a demanda por protocolos clínicos baseados em evidências atravessou planos terapêuticos singulares de cuidado, permitindo mediações mútuas. Esse processo, de certo modo, permitiu a articulação entre os referenciais das RPS e das RAS, criando mediações entre algoritmos e singularidades, no contexto das PICs.

O desafio teórico-metodológico de uma proposição de LC que inclua as PICs precisa considerar esses acúmulos e críticas para a delimitação de um modelo lógico condizente com um paradigma ético, estético, político e integrativo na saúde.

O que denominamos “paradigma integrativo” diz respeito à possibilidade de composição não hierárquica entre Biomedicina e outras racionalidades médicas ou sistemas terapêuticos complexos, com centralidade nas necessidades do usuário e dos coletivos. Nesse sentido, não apenas os padrões biomédicos de validação clínica devem ser considerados, mas também outras formas de produção de conhecimento e de legitimação social, incluindo pesquisas analisadas em conjunto e compondo mapas de evidências, considerando estudos etnobotânicos, etnofarmacológicos, de potencial

iatrogênico, de avaliação de tecnologia em saúde e científicos desenvolvidos no interior das próprias cosmologias das diversas racionalidades em saúde^{33,34}.

Esses mapas de evidência devem estar em diálogo com as agendas de políticas públicas e em debate na ágora pública, dentro e fora dos espaços acadêmicos, evitando a sua subordinação a interesses privados específicos. No entanto, a discussão sobre a legitimidade científica das racionalidades diversas à Biomedicina está em plena disputa. No contexto brasileiro, a própria tradução expressa na PNPIC, ao reafirmar o paradigma de saúde, vinculado ao marco constitucional, e a integralidade como diretriz ampliam o escopo das recomendações da OMS para as MTCTI, o que alimenta divergências entre defensores do paradigma biomédico de saúde, como o Conselho Federal de Medicina, e entre defensores do fisicalismo estrito, como a Sociedade Brasileira de Física⁶.

Essas tensões se colocam em torno da posição que deve ocupar a Biomedicina em relação às outras racionalidades. Segundo Glass, Lima e Nascimento⁶, a proposta inicial da OMS para as MTCTI não trata de uma visão integral de saúde, preservando o paradigma biomédico e criando duas categorias de países: aqueles cujas populações têm acesso à Biomedicina – nos quais as Medicinas Complementares e Alternativas (MAC) devem ter um papel coadjuvante – e aqueles nos quais, não havendo acesso à Medicina científica, as Medicinas Tradicionais (MT) se apresentam como possibilidade de oferta de cuidados em saúde. No entanto, a proposta da OMS para a utilização em larga escala das MT passa pela regulamentação, pesquisa e exploração do seu potencial econômico.

Desse modo, a formulação brasileira para as PICs tem seus méritos, em especial, na abertura de um campo de disputas em torno da posição ocupada pela Biomedicina em relação às racionalidades diversas, o que permite a crítica ao paradigma biomédico de saúde e resistência às forças que procuram posicionar a Biomedicina de modo que esta exerça uma espécie de colonialismo epistemológico sobre todas as outras racionalidades³⁴. Tais questionamentos que podem contribuir para as discussões conceituais e políticas entorno das diferenças substanciais entre as 29 práticas incluídas na PNPIC, em especial, para a necessária distinção entre racionalidades médicas e práticas integrativas, conforme apontado por Luz³³.

Considerações finais

A análise da experiência dos autores com o projeto de implementação de linhas de cuidado observou a potência das PICs no SUS e ressaltou sua capacidade de ampliar o acesso e de induzir modificações paradigmáticas nas abordagens clínicas, criando oportunidade de qualificar a escuta, acolher o sofrimento e visibilizar necessidades de saúde dos usuários. Reforça também a necessidade de investimentos na abordagem integrativa multi e interdisciplinar na atenção à saúde.

Por outro lado, a análise crítica dessa experiência e da literatura do campo revela a necessidade de superação do *status* ainda alternativo e periférico das PICs no SUS. Ficou evidente o risco iminente das práticas integrativas se tornarem recursos terapêuticos acessórios, oferecidos na mesma lógica procedimental convencional,

reforçando a centralidade do modelo biomédico. Com isso, perde-se sua potência de ampliação da clínica e de disputa de modelo de atenção.

O conjunto dessas reflexões abre perspectivas promissoras para outros estudos que possam aprofundar o debate sobre a inclusão das PICS nas linhas de cuidado e fornece subsídios consistentes para uma futura reformulação da PNPIC, com a previsão de investimentos em pesquisa, desenvolvimento, qualificação e indução financeira das PICs no SUS, contribuindo para o enfrentamento das recorrentes resistências e preconceitos em relação às PICs.

Disponibilidade de dados

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

Contribuição dos autores

Oliveira GN, Nied CBF, Oliveira CF, participaram da concepção e delineamento do trabalho; participação na discussão dos resultados e redação do manuscrito. Neves F participou na discussão dos resultados e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Financiamento

O projeto foi financiado por meio de Termo de Execução Descentralizado, com recursos do Ministério da Saúde executados pela vice-presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

Agradecimentos

Agradecemos à Fiocruz, ao Ministério da Saúde e ao Grupo Temático Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

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



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor convidado

Antonio Ferreira Júnior

Submetido em

31/03/25

Aprovado em

29/11/25

Referências

1. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, Bezerra A, Sousa IM. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saude Soc.* 2020; 29(1):e190297.
2. Durans TM, Sousa MR, Pereira CMSB, Gonçalves MHF, Sampaio MCB, Rêgo JF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária: contribuições à integralidade do cuidado em saúde. *Rev Ibero Am Humanidades Cienc Educ.* 2024; 10(3):800-12.
3. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saude Debate.* 2019; 43(123):1205-18.
4. Vidal MSA, Sousa MNA, Toledo MA. Aplicação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *ID On Line Rev Mult Psic.* 2021; 14(54):357-68.
5. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis.* 2020; 30(1):e300110.
6. Glass L, Lima NW, Nascimento MM. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. *Saude Soc.* 2021; 30(2):e200260.
7. Moebus RLN, Merhy EE. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Saude Redes.* 2017; 3(2):145-52.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Núcleo Técnico de Gestão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS: Exercício 2017-2023 (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
11. Barros NF, Francisco PMSB, Sousa LA. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2020; 36(6):e00062320.
12. Zambelli JC, Silva PHB, Possobon RF, Oliveira ESF. Como os gerentes percebem as dificuldades de implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde? *Physis.* 2024; 34:e34056.
13. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saude Debate.* 2018; 42 Spec No 1:174-88.
14. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saude Publica.* 2017; 33(1):e00150215.

15. Ferreira BWRC, Forte FDS, Ferreira AR Jr, Oliveira FP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em uma capital do nordeste brasileiro. *Saude Debate*. 2024; 48(143):e9122.
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
17. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Pelotas: UFPEL; 2012.
18. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2007. p. 126-33.
19. Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onoko-Campos RT. *Agir em saúde, um desafio para o público*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 151-67.
20. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko-Campos RT. *Agir em saúde, um desafio para o público*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 71-112.
21. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):593-606. doi: 10.1590/S1414-32832010005000010.
22. Oliveira KS, Grandi AL, Bortoletto MSS, Lima JVC, Baduy RS, Melchior R. O usuário e sua busca pelo cuidado nas redes formais e redes vivas: uma produção cartográfica. *New Trends Qual Res*. 2020; 3:542-54.
23. Ferigato SH, Carvalho SR, Teixeira RR. Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. *Cad Bras Saude Ment*. 2016; 8(20):80-103.
24. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2021; 26:4769-82.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2010; Sec. 1, p. 88.
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2016.
27. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):153-64.
28. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saude Soc*. 2017; 26(2):435-47.
29. Lapassade G. Grupos, Organizações e Instituições. 3a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989.
30. Santos Filho SB, Souza KV. Metodologia para articular processos de formação-intervenção-avaliação na educação profissional em enfermagem. *Cienc Saude Colet*. 2019; 25(1):79-88.



31. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, Onocko-Campos RT. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saude Debate*. 2019; 43 Spec No 2:35-47.
32. Neves CAB, Heckert ALC. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud Pesqui Psicol*. 2010; 10(1):151-68.
33. Luz MT. Ciência e Saúde [entrevista ao ObservaPICS - Espaço Madel Luz] [Internet]. Recife: Observapics; 2021 [citado 26 Fev 2025]. Disponível em: <https://observapics.fiocruz.br/especiais/espaco-madel-luz/entrevista/>
34. Martins PH. As outras medicinas e o paradigma energético. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012. p. 309-42. (Clássicos para Integralidade em Saúde).

The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) represented a milestone for the recognition of integrative practices in Brazil. However, almost 20 years later, challenges remain for its expansion in the Brazilian National Health System (SUS). This article proposes a critical analysis of the PNPIC, questioning the organizational mechanisms of care. It seeks to reflect on the influence that public health network references may have on the expansion of Integrative and Complementary Practices (PICS) in Brazil. The theoretical frameworks are linked to the critical study of the authors' accumulated experience in an institutional development project for the implementation of PICS in comprehensive care lines, carried out in 2024, with tripartite participation. As a contribution, some paths and methodological offerings are presented that aim to expand access and integrate PICS into comprehensive care for users.

Keywords: Complementary and integrative health practices. Community networks. Patient-centered care. Comprehensive health care. Health policy.

La Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias (PNPIC) representó un marco para el reconocimiento de las prácticas integradoras en Brasil Sin embargo, transcurridos casi 20 años, todavía presenta desafíos para su expansión en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Este artículo propone un análisis crítico de la PNPIC, problematizando los dispositivos organizacionales del cuidado. Busca reflexionar sobre la influencia que los factores de referencia de redes de Salud Colectiva pueden ejercer sobre los caminos de expansión de las Prácticas Integradoras y Complementarias (PICS) en Brasil. Los marcos teóricos se articulan al estudio de la experiencia acumulada por los autores en un proyecto de desarrollo institucional para implementación de PICS en líneas de cuidado integral, realizado en 2024, con participación tripartita. Como contribución, se presentan algunos caminos y ofertas metodológicas cuyo objetivo es la ampliación del acceso y la integración de las PICS en el cuidado integral de los usuarios.

Palabras clave: Prácticas de salud complementarias e integradoras. Redes comunitarias. Cuidado enfocado en el paciente. Integralidad en salud. Política de salud.