

Políticas De Saúde Pública E A Integração De Práticas Integrativas E Complementares No SUS: Impactos E Desafios Para A Promoção De Uma Saúde Holística No Brasil

Alex Aryel Ribas Maurício

*Universidade Vale Do Rio Doce - UNIVALE
Universidade Estácio*

Martinho Gabriel Amador Leal

Universidade Do Estado Do Pará - UEPA

Neidivania Medeiros Da Nóbrega

Universidade Integrada De Patos - UNIFIP

Mateus Andrade Rocha

*Universidade Ufpel
Universidade UFSC*

Eduardo Jurandir Altair De Lima Sousa

*Universidade UNIP
Universidade FACUVALE*

Débora Luana Ribeiro Pessoa

Universidade Federal Do Maranhão

Welington Dias E Silva Junior

*Universidade Do Estado Da Bahia
Universidade De Pernambuco*

Dailys Pires Bergesch

*Universidade UNIMETROCAMP
Universidade UNILASSALE*

Clécio José Da Silva

Universidade Uninassau

Adriana Aparecida De Arruda Santos

Universidade Faculdades Pequeno Príncipe

Ana Caroline Queiroz Trigueiro

*Centro Universitário De Patos - UNIFIP
Universidade Faculdade De Ciências Médicas Da Santa Casa De São Paulo*

Resumo

Este artigo examina a formulação e a implementação de políticas públicas que promovem a incorporação de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, entendendo-as como parte de uma abordagem holística de promoção da saúde. A partir de análise documental de legislações e diretrizes nacionais, combinada com revisão bibliográfica de estudos de caso e literatura

científica, investiga-se o impacto de terapias como acupuntura, fitoterapia, homeopatia e terapia comunitária no fortalecimento da atenção primária, na promoção do bem-estar integral dos usuários e na contenção de custos em saúde. O artigo também identifica os principais desafios para a efetiva expansão dessas práticas, tais como a formação de recursos humanos, a construção de consenso entre profissionais de saúde e usuários, a resistência cultural e científica e a insuficiência de recursos financeiros. Propõem-se estratégias para superar essas barreiras, incluindo o reforço de programas de capacitação, campanhas de sensibilização, monitoramento e avaliação contínua dos resultados clínicos e econômicos, além de recomendações para aprimorar a articulação entre instâncias federativas. Os resultados indicam que a integração das PICS no SUS pode contribuir significativamente para a sustentabilidade do sistema e para uma atenção mais focalizada na promoção da saúde e prevenção de agravos, desde que sejam fortalecidos os mecanismos de governança, financiamento e formação profissional.

Palavras-chave: *Práticas Integrativas e Complementares; SUS; Política de Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Saúde Holística; Fitoterapia; Acupuntura; Terapia Comunitária.*

Date of Submission: 27-05-2025

Date of Acceptance: 07-06-2025

I. Introdução

A discussão sobre modelos de atenção à saúde tem ganhado crescente relevância nas últimas décadas, sobretudo em virtude das crescentes demandas por sistemas de saúde que equilibrem eficiência, equidade e integralidade. No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011). Embora o SUS tenha avançado significativamente na ampliação de cobertura e na redução de desigualdades, persistem desafios expressivos relacionados à escassez de recursos, à sobrecarga de serviços e às limitações na oferta de cuidados que transcendam à esfera biomédica (Giovannella, Escorel, Lobato, Noronha & Carvalho, 2012; Mendes, Mello & Baptista, 2017). Nesse sentido, as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) emergem como alternativas capazes de promover uma visão mais holística da saúde, ao considerar o indivíduo em sua totalidade física, emocional, social e espiritual (Brasil, Ministério da Saúde, 2006; World Health Organization [WHO], 2013).

As PICS englobam diversas modalidades terapêuticas, como a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa, a terapia comunitária e a arteterapia, entre outras (Ministério da Saúde, 2006; Almeida, Maciel, Moraes & Marin, 2011). Com o intuito de inserir oficialmente essas práticas no SUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria nº 971, que estabelece diretrizes para a oferta dessas terapias no âmbito da atenção básica e dos serviços estaduais e municipais de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006; Giovannella et al., 2012). Desde então, diversas portarias subsequentes ampliaram a abrangência e a regulamentação das PICS, incluindo a Portaria nº 702/2018, que consolidou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e reforçou a incorporação das PICS na rede de atenção primária (Brasil, Ministério da Saúde, 2018). No entanto, apesar dos avanços normativos, a adoção prática das PICS em larga escala encontra desafios tanto estruturais quanto culturais, refletindo a complexidade de se integrar saberes tradicionais e tratamentos complementares em um sistema de saúde predominantemente alicerçado no paradigma biomédico (Rezende, 2015; Teixeira, Bosi & Santos, 2019).

A relevância das PICS no SUS está associada, em primeiro lugar, ao seu potencial de fortalecer a atenção primária à saúde (APS). A Estratégia Saúde da Família (ESF), carro-chefe da APS no Brasil, busca oferecer cuidados contínuos e resolutivos perto da comunidade, com ênfase na prevenção e promoção da saúde (Paim et al., 2011; Almeida et al., 2011). Nesse contexto, as PICS podem agregar valor por meio de intervenções que não se restringem à prescrição farmacológica ou aos procedimentos clínicos convencionais, mas consideram determinantes sociais, hábitos de vida e fatores psicossociais (Silva, Goulart & Moraes, 2018). Estudos apontam que a inclusão de terapias como a acupuntura e a fitoterapia nas unidades básicas de saúde pode reduzir a procura por serviços de urgência e internações, resultando em economia de custos para o sistema (Costa et al., 2016; Lopes, 2017). Outrossim, práticas comunitárias, como a terapia comunitária integrativa, têm demonstrado impacto positivo na coesão social, na redução de sentimentos de isolamento e no fortalecimento de redes de apoio, especialmente em regiões vulneráveis (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020).

Em segundo lugar, as PICS se apresentam como estratégias complementares ao tratamento de doenças crônicas e transtornos mentais, que têm se destacado como grandes desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo (WHO, 2014; Szwarcwald et al., 2018). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) reconhece o papel das terapias tradicionais e complementares na promoção da atenção primária, recomendando que os países integrem essas práticas de modo regulado e baseado em evidências. No Brasil, a incorporação de fitoterápicos, por exemplo, surge como iniciativa importante para enfrentar doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus e transtornos psiquiátricos leves, complementando a pharmaceutical care com abordagens que consideram extratos vegetais validados cientificamente (Albuquerque, Medeiros & Marques, 2015; Silva et al., 2018). A

Portaria nº 2432/2014, que instituiu a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), demonstra o interesse do governo em difundir o uso de fitoterápicos, contribuindo para a valorização de saberes tradicionais e da biodiversidade brasileira (Brasil, Ministério da Saúde, 2014).

Entretanto, a efetivação dessas políticas enfrenta entraves consideráveis. Em primeiro lugar, existe a necessidade premente de capacitação dos profissionais de saúde, uma vez que muitos não recebem formação adequada sobre as PICS nos cursos de graduação em medicina, enfermagem e demais áreas afins (Rezende, 2015; Teixeira et al., 2019). A inserção de disciplinas voltadas a terapias integrativas nos currículos acadêmicos permanece pontual e insuficiente, o que impacta diretamente na qualidade do atendimento prestado (Medeiros & Florentino, 2016). Além disso, há resistência dentro da própria rede de profissionais de saúde, especialmente daqueles que se identificam com o modelo biomédico tradicional, que questionam a eficácia e a validade científica das PICS (Pereira & Costa, 2017; Santos, 2018). Tal resistência se reflete em dificuldades para alocar recursos orçamentários, estruturar espaços físicos adequados e desenvolver protocolos clínicos que incluam claramente essas terapias (Giovanella et al., 2012; Lopes, 2017).

Outro desafio decorre da heterogeneidade das legislações estaduais e municipais. Embora a PNPIC seja de âmbito nacional, a descentralização do SUS exige que estados e municípios definam normativas complementares para viabilizar a implementação local, o que resulta em diferentes níveis de maturidade e de compromisso político (Pereira, Araujo & Carvalho, 2020; Rezende, 2015). Em alguns municípios, há iniciativas pioneiras que contam com equipes multiprofissionais, investimentos em infraestrutura e resultados promissores em termos de satisfação dos usuários (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020). Em outros, no entanto, as PICS permanecem restritas a projetos pontuais ou a experiências isoladas, sem a devida articulação com o planejamento regional de saúde (Silva et al., 2018; Giovanella et al., 2012).

Além disso, a aceitação social das PICS varia conforme fatores culturais, de escolaridade e de familiaridade com práticas não convencionais. Em regiões urbanas de grandes centros, observa-se maior demanda por terapias como acupuntura e homeopatia, influenciada pelo acesso a informações na internet e pela crescente popularização dessas terapias em meios de comunicação (Costa, Santos & Araujo, 2017; Pereira & Costa, 2017). Em contrapartida, em áreas rurais ou em periferias urbanas, onde prevalecem comunidades tradicionais e populações vulneráveis, as práticas complementares podem se confundir com saberes populares, sem o reconhecimento formal necessário para integração ao SUS (Medeiros & Florentino, 2016; Santana, 2018). Esse hiato cultural exige estratégias de comunicação que valorizem a diversidade de saberes e estimulem o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, respeitando especificidades locais (Silva, Goulart & Moraes, 2018; Santos, 2018).

Para superar tais obstáculos, faz-se necessária uma articulação intersetorial que envolva o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais, as instituições acadêmicas e sociedades científicas. A formação contínua de profissionais tem sido apontada como ação estratégica, com cursos de extensão, capacitações in loco e eventos de sensibilização que promovam o intercâmbio entre profissionais da atenção primária e especialistas em PICS (Giovanella et al., 2012; Teixeira et al., 2019). Ademais, a produção de evidências científicas que comprovem a eficácia e a segurança dessas terapias, por meio de estudos clínicos controlados e pesquisas em avaliação de tecnologias em saúde, deve ser intensificada, garantindo respaldo técnico-científico para decisões de gestores (Albuquerque et al., 2015; WHO, 2014).

No âmbito da governança, a criação de comitês interdisciplinares e a participação ativa de conselhos municipais de saúde são práticas que podem fortalecer o processo de planejamento e monitoramento das PICS (Pereira et al., 2020; Giovanella et al., 2012). A alocação de recursos destinados exclusivamente à ampliação das PICS, bem como a definição de indicadores de desempenho específicos — tais como o número de atendimentos realizados, indicadores de satisfação dos usuários e a mensuração de economias geradas —, permitem acompanhar a incorporação progressiva dessas práticas (Costa et al., 2016; Lopes, 2017). Além disso, a integração de sistemas de informação, como o e-SUS Atenção Básica, viabiliza o registro padronizado de dados sobre PICS, contribuindo para a construção de indicadores consistentes e para a tomada de decisões baseadas em evidências (Giovanella et al., 2012; Rezende, 2015).

Em termos regionais, experiências exitosas em estados como Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro evidenciam a viabilidade de estruturas descentralizadas em ritmo acelerado, quando há engajamento político e mobilização social (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020). Nesses locais, programas de residência multiprofissional em APS incluem rotações específicas em núcleos de PICS, promovendo a formação de recursos humanos aptos a conduzir ações integradas (Medeiros & Florentino, 2016; Teixeira et al., 2019). Ademais, a aproximação com universidades locais tem gerado pesquisas que consideram aspectos epidemiológicos, econômicos e socioantropológicos das PICS, favorecendo a produção de conhecimentos contextualizados (Silva et al., 2018; Santos, 2018).

Por fim, é imperativo destacar que a inserção de PICS no SUS não deve ser concebida apenas como oferta de terapias isoladas, mas como parte de um paradigma mais amplo de atenção à saúde, que valorize práticas de cuidado centradas na pessoa, no fortalecimento de vínculos entre usuários e equipes e na ampliação do

protagonismo comunitário (Paim et al., 2011; Giovanella et al., 2012). A promoção de saúde, nesse contexto, envolve educação em saúde, ações de vigilância em saúde integrativa e estratégias de empoderamento, capazes de estimular estilos de vida saudáveis e prevenir o adoecimento (WHO, 2013; Silva, Goulart & Moraes, 2018). A consolidação desse modelo demanda esforços coordenados entre diferentes setores do governo e da sociedade, bem como o desenvolvimento de indicadores que demonstrem o valor agregado das PICS à qualidade de vida dos brasileiros (Costa et al., 2016; Rezende, 2015).

Em suma, a presente investigação busca oferecer subsídios teóricos e empíricos para compreender o impacto das PICS no SUS, identificar os principais desafios a serem superados e propor estratégias que visem a consolidar uma atenção primária verdadeiramente integral e holística no Brasil. Ao analisar a trajetória histórica das políticas de PICS, suas bases normativas, as experiências regionais bem-sucedidas e os entraves estruturais, espera-se contribuir para o aprimoramento das práticas integrativas e para a valorização de modelos de cuidado que respeitem a diversidade cultural, o saber popular e as necessidades reais de saúde da população brasileira (Pereira et al., 2020; Teixeira et al., 2019).

II. Metodologia

A metodologia deste estudo foi estruturada a partir de uma abordagem qualitativa-descritiva, articulando revisão documental, análise documental e revisão bibliográfica sistematizada, com base em diretrizes consagradas de pesquisa em ciências sociais aplicadas e ciências da saúde. A seguir, descrevem-se detalhadamente os procedimentos adotados, os instrumentos de coleta e análise de dados, bem como os critérios de seleção das informações e a sistemática de categorização empregada para subsidiar as reflexões propostas.

1. Delineamento da pesquisa

Optou-se por um delineamento qualitativo-descritivo, pois ele permite compreender em profundidade as nuances e especificidades das políticas públicas relacionadas às PICS no SUS, sem pretender quantificar fenômenos, mas sim captar significados, percepções e processos de implementação (Gil, 2008; Minayo, 2017). Essa escolha justifica-se pela complexidade inerente aos estudos de políticas de saúde, onde fatores históricos, culturais, políticos e econômicos inter-relacionam-se, exigindo compreensão holística e atenção aos contextos locais (Medeiros & Florentino, 2016; Chizzotti, 2006).

Nesse escopo, incluíram-se três etapas principais: (i) revisão documental das legislações, portarias e normativas relacionadas à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (ii) análise de relatórios técnicos e publicações institucionais do Ministério da Saúde, dos conselhos profissionalizantes (como o Conselho Federal de Medicina – CFM, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN) e de instâncias estaduais e municipais de saúde; e (iii) revisão bibliográfica sistematizada de artigos científicos, teses e dissertações disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais (SciELO, PubMed, LILACS, Web of Science), com foco em estudos empíricos sobre a inserção de PICS no SUS, seus resultados em saúde e os desafios enfrentados (Sampieri, Collado & Lucio, 2013; Minayo, 2017).

2. Revisão documental de normativas e legislações

Foram analisadas as principais portarias e leis federais que dispõem sobre as PICS, a saber:

- **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).
- **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**, que consolidou a PNAB e reforçou diretrizes para a incorporação de PICS na atenção primária (Brasil, Ministério da Saúde, 2018).
- **Portaria nº 2432, de 9 de dezembro de 2014**, que estabeleceu a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2014).
- **Decretos, instruções normativas e resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)** relacionados ao registro e à regulamentação do uso de fitoterápicos e produtos para PICS (ANVISA, 2015; ANVISA, 2018).

A análise documental buscou compreender o processo histórico de criação dessas políticas, o arcabouço jurídico envolvido, as competências atribuídas aos entes federativos e os principais objetivos e metas estabelecidos. Utilizou-se, como critério de inclusão, normativas publicadas no Diário Oficial da União entre 2006 e 2020, considerando sua relevância para a abrangência e consolidação das PICS no SUS (Giovanella et al., 2012; Rezende, 2015).

3. Análise de relatórios técnicos institucionais

Foram coletados e analisados relatórios técnicos do Ministério da Saúde, particularmente aqueles emitidos pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), referentes ao período de 2006 a 2020. Esses documentos incluem balanços anuais, manuais de implementação de PICS, boletins epidemiológicos e relatórios de monitoramento de indicadores (Brasil,

Ministério da Saúde, 2019; Brasil, Ministério da Saúde, 2020). Também foram consultados relatórios regionais e municipais, disponíveis nos sites de Secretarias Estaduais de Saúde, quando acessíveis, para identificar experiências locais e boas práticas em diferentes unidades federativas (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020).

A análise dos relatórios objetivou mapear a evolução do número de serviços ofertando PICS, a distribuição geográfica desses serviços, a quantidade de profissionais capacitados e os principais indicadores de desempenho, como o número de atendimentos realizados por modalidade, o custo médio por atendimento e a satisfação dos usuários (Costa et al., 2016; Lopes, 2017). Para tanto, empregou-se um formulário de extração de dados padronizado, elaborado especificamente para este estudo, baseado em protocolos de revisão documental descritos em Gil (2008) e Minayo (2017). As informações foram sistematizadas em planilhas eletrônicas para posterior análise comparativa e identificação de padrões, lacunas e tendências temporais (Giovannella et al., 2012; Rezende, 2015).

4. Revisão bibliográfica sistematizada

A revisão bibliográfica seguiu as etapas recomendadas por Sampieri et al. (2013) e Minayo (2017): definição de pergunta de pesquisa, elaboração de estratégia de busca, seleção de bases de dados, aplicação de critérios de inclusão e exclusão, leitura crítica dos artigos e síntese dos resultados. A pergunta norteadora foi: “Quais são os impactos e desafios decorrentes da integração das PICS no SUS para a promoção de uma saúde holística no Brasil?” As palavras-chave utilizadas foram: “Práticas Integrativas e Complementares”, “SUS”, “Política de Saúde Pública”, “Atenção Primária”, “Acupuntura”, “Fitoterapia”, “Terapia Comunitária” e seus correspondentes em inglês (“Integrative and Complementary Practices”, “Brazilian Unified Health System”, “Public Health Policy”, “Primary Health Care”), combinadas com conectores booleanos (AND; OR) para refinar a busca.

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados:

- **SciELO (Scientific Electronic Library Online)**: principal repositório de periódicos científicos brasileiros, abrangendo publicações em saúde coletiva, medicina familiar e atenção primária (Giovannella et al., 2012; Silva et al., 2018).
- **LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)**: base de dados que agrega literatura de saúde na América Latina e Caribe, permitindo acesso a artigos, teses e dissertações em língua portuguesa, espanhola e inglesa (Rezende, 2015; Santos, 2018).
- **PubMed/MEDLINE**: base internacional que possibilitou acesso a artigos indexados por institutos de pesquisa e universidades de renome, permitindo comparar experiências brasileiras com as de outros países (WHO, 2013; Almeida et al., 2011).
- **Web of Science**: base que inclui periódicos de alto impacto e possibilita análise de citações, viabilizando identificação de estudos influentes sobre PICS e políticas de saúde (Lopes, 2017; Silva et al., 2018).

Os critérios de inclusão abrangeram estudos publicados entre 2006 e 2020, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que abordassem a integração de PICS no SUS, seus impactos na atenção primária, análises de custo-efetividade, avaliação de satisfação de usuários ou desafios de implementação. Excluíram-se artigos de opinião sem metodologia definida, resumos de congressos, trabalhos não disponíveis na íntegra e publicações anteriores a 2006 que não tivessem relevância para a compreensão histórica da PNPIC (Giovannella et al., 2012; Rezende, 2015).

5. Seleção e análise de estudos empíricos

A partir da triagem inicial, identificaram-se cerca de 1.200 registros em SciELO, 950 em LILACS, 600 em PubMed e 420 em Web of Science. Após remoção de duplicatas e leitura de títulos e resumos, restaram 240 publicações para leitura na íntegra, das quais 75 atenderam aos critérios de inclusão e foram incorporadas na análise final (Costa et al., 2016; Lopes, 2017; Silva et al., 2018; Santos, 2018). Dessas 75, 40 eram artigos empíricos que abordavam estudos de caso em municípios brasileiros, 20 eram revisões de literatura sistematizadas ou narrativas, e 15 eram dissertações e teses acadêmicas. Para os estudos empíricos, registraram-se variáveis como localidade, modalidade de PICS estudada, perfil dos participantes, desfechos em saúde mensurados (por exemplo, redução de sintomas, índice de satisfação, indicadores de permanência e adesão ao tratamento), metodologia empregada (ensaio clínico randomizado, estudo quasi-experimental, estudo qualitativo) e principais resultados (Albuquerque et al., 2015; Teixeira et al., 2019).

A análise dos estudos seguiu a abordagem de síntese temática proposta por Minayo (2017), categorizando os achados em três eixos principais: (i) impactos clínicos e epidemiológicos das PICS na atenção primária; (ii) aspectos econômicos e de sustentabilidade financeira para o SUS; e (iii) desafios organizacionais, formativos e culturais para a consolidação das PICS. Para cada eixo, foram extraídas citações relevantes, identificados pontos convergentes e divergentes entre estudos e avaliadas lacunas no conhecimento. Esse processo

foi realizado por dois pesquisadores independentes, garantindo a triangulação de dados e a confiabilidade das análises (Santos, 2018; Rezende, 2015).

6. Construção de matriz de análise e categorização de dados

Com base nas informações extraídas dos relatórios e da revisão bibliográfica, elaborou-se uma matriz de análise, seguindo as recomendações metodológicas de Gil (2008) e Sampieri et al. (2013). A matriz contemplou as seguintes dimensões:

1. **Contexto normativo e institucional:** identificação de legislações, portarias, planos estaduais e municipais, instâncias envolvidas na governança das PICS (Giovanella et al., 2012; Rezende, 2015).
2. **Oferta de serviços e recursos humanos:** número de profissionais capacitados para PICS, perfil dos profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas), locais de atendimento e volume de atendimentos (Almeida et al., 2011; Silva et al., 2018).
3. **Resultados em saúde:** principais indicadores clínicos e epidemiológicos associados ao uso de PICS, como redução de sintomas de dores crônicas, controle de hipertensão, melhora na qualidade de vida e saúde mental (Costa et al., 2016; Lopes, 2017).
4. **Aspectos financeiros:** custos médios por atendimento, comparativos entre atendimento convencional e integrado com PICS, economia estimada de gastos operacionais e hospitalares (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020).
5. **Dimensões socioculturais:** aceitação dos usuários, percepções de profissionais de saúde, barreiras culturais, exercícios de diálogo entre saberes tradicionais e biomédicos (Medeiros & Florentino, 2016; Santos, 2018).
6. **Desafios e estratégias de fortalecimento:** lacunas formativas, insuficiência de recursos, sugestões para políticas de capacitação, financiamento, monitoramento e avaliação (Teixeira et al., 2019; Pereira et al., 2020).

Para cada estudo empírico, registraram-se na matriz informações referentes à metodologia empregada (tipo de amostragem, instrumentos de coleta, análise de dados), resultados observados e recomendações propostas pelos autores. A categorização permitiu identificar padrões e similaridades entre experiências regionais, bem como destacar boas práticas e obstáculos comuns (Minayo, 2017; Gil, 2008).

7. Validação dos dados e revisão por pares

Após a elaboração inicial das categorias e sínteses, procedeu-se à validação dos dados por meio de revisão por pares. Dois pesquisadores, com experiência em políticas de saúde e PICS, revisaram de forma independente o conteúdo extraído e as sínteses temáticas, apontando divergências e sugerindo ajustes. Essa etapa visou assegurar a consistência das análises e reduzir possíveis vieses de interpretação (Chizzotti, 2006; Minayo, 2017). Eventuais divergências foram discutidas em reuniões de consensualização, conforme preconizado por Minayo (2017), e resolvidas com base em evidências adicionais encontradas na literatura.

8. Construção da narrativa analítica

Com base na matriz de análise e nas discussões de validação, redigiu-se a narrativa analítica do capítulo de resultados e discussão, embora esta seção não estejamos apresentando integralmente neste momento. A narrativa buscou articular os achados de modo coerente, destacando-se as dimensões de impacto clínico, econômico e sociocultural e integrando referências teóricas que fundamentem a interpretação dos dados (Giovanella et al., 2012; WHO, 2013).

Na sistematização das evidências, adotou-se tanto o método dedutivo, partindo de conceitos gerais sobre o SUS e a APS (Giovanella et al., 2012; Paim et al., 2011), quanto o método indutivo, emergindo categorias a partir dos dados coletados, conforme orientações de Minayo (2017) e Sampieri et al. (2013). Esse duplo enfoque permitiu estabelecer vínculos entre teoria e prática, garantindo a robustez analítica necessária para um estudo de políticas públicas em saúde.

9. Limitações metodológicas

Reconhecem-se as seguintes limitações inerentes ao estudo:

- A dependência de dados secundários e de relatórios institucionais pode ocultar aspectos não documentados, como experiências informais ou não registradas formalmente (Rezende, 2015; Santos, 2018).
- A revisão bibliográfica, embora abrangente, pode não contemplar publicações recentes ou não indexadas em bases convencionais, especialmente estudos locais publicados em revistas de menor circulação (Giovanella et al., 2012; Silva et al., 2018).
- A ausência de entrevistas com gestores, profissionais e usuários de PICS limita a percepção direta sobre barreiras e motivações subjetivas, o que poderia ser complementado por pesquisa de campo em estudos futuros (Medeiros & Florentino, 2016; Pereira et al., 2020).

- A heterogeneidade dos indicadores utilizados nos diferentes relatórios dificulta comparações mais precisas entre regiões, visto que estados e municípios adotam metodologias distintas para mensuração de atendimentos, custos e resultados (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020).

10. Procedimentos éticos

Este estudo não envolveu pesquisa direta com seres humanos, uma vez que se baseou em análise documental e revisão bibliográfica de fontes públicas. Entretanto, adotaram-se princípios éticos de pesquisa, assegurando a fidelidade na transcrição de dados e a correta atribuição de citações. Os documentos utilizados são de acesso público e foram devidamente referenciados, garantindo transparência e rastreabilidade das informações (Minayo, 2017; Gil, 2008).

11. Síntese metodológica

Em síntese, a metodologia adotada envolveu:

1. **Levantamento e análise de normativas federais, estaduais e municipais**, para compreender o arcabouço institucional das PICS (Brasil, Ministério da Saúde, 2006; Brasil, Ministério da Saúde, 2018; Giovanella et al., 2012).
2. **Coleta e sistematização de dados em relatórios técnicos**, abordando indicadores de oferta, cobertura, capacitação de profissionais e indicadores de desempenho (Costa et al., 2016; Oliveira, 2019).
3. **Revisão bibliográfica sistematizada**, com seleção criteriosa de artigos empíricos, revisões e dissertações, para mapear impactos clínicos, econômicos e socioculturais (Sampieri et al., 2013; Minayo, 2017).
4. **Construção de matriz de análise temática**, organizando informações em dimensões específicas, a fim de identificar padrões, desafios e melhores práticas (Gil, 2008; Sampieri et al., 2013).
5. **Validação por pares e narrativa analítica** articulada entre teoria e evidências empíricas, possibilitando interpretações fundamentadas para subsidiar recomendações de políticas (Chizzotti, 2006; Minayo, 2017).

Por meio desse arcabouço metodológico, buscou-se oferecer uma análise abrangente e rigorosa das políticas de integração das PICS no SUS, proporcionando subsídios sólidos para gestores, pesquisadores e profissionais de saúde que atuam na área de promoção de uma saúde holística no Brasil. Ao fundamentar o estudo em referências consagradas e em evidências empíricas, pretende-se contribuir para o avanço do conhecimento sobre a incorporação de práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária, enfatizando a necessidade de ações articuladas e sustentáveis para a consolidação de modelos de cuidado centrados na integralidade do ser humano (Pereira et al., 2020; Teixeira et al., 2019).

III. Resultados

A análise dos documentos normativos, relatórios institucionais e estudos empíricos permitiu identificar, de modo integrado, os impactos e desafios relacionados à inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados se estruturam em torno de cinco grandes eixos temáticos: (1) ampliação da oferta de serviços de PICS nas unidades de atenção primária; (2) impactos clínicos e epidemiológicos no cuidado à saúde; (3) aspectos econômicos e de sustentabilidade financeira; (4) dimensões socioculturais, englobando percepções, aceitação e resistências; e (5) desafios organizacionais, formativos e de governança para a consolidação das PICS no SUS. A seguir, apresentam-se os principais achados de cada eixo, fundamentados em evidências documentais e empíricas.

1. Ampliação da oferta de serviços de PICS na Atenção Primária

Desde a edição da Portaria nº 971/2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), observa-se uma expansão gradual do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que passam a ofertar ao menos uma modalidade de PICS (Giovanella et al., 2012; Rezende, 2015). Dados do Ministério da Saúde (2020) indicam que, até o final de 2019, mais de 4.500 UBS em todo o país ofereciam alguma PICS, o que representa um aumento de cerca de 220% em comparação ao ano de 2015, quando eram registradas aproximadamente 1.400 unidades (Brasil, Ministério da Saúde, 2020; Costa et al., 2016). Essa expansão, no entanto, não ocorreu de maneira homogênea entre as regiões: o Sudeste e o Sul concentravam mais de 65% dos serviços ofertados, enquanto as demais regiões (Nordeste, Centro-Oeste e Norte) apresentavam cobertura significativamente inferior, reflexo das disparidades estruturais e de financiamento entre os estados (Giovanella et al., 2012; Oliveira, 2019).

A análise documental de relatórios estaduais revela ainda que alguns estados, como Pernambuco e Rio de Janeiro, alcançaram índices de quase 80% de UBS com PICS em seus territórios, resultando da articulação forte entre secretarias de saúde e universidades locais, e da alocação de recursos específicos para capacitação e infraestrutura (Rocha & Silva, 2016; Fernandes & Albuquerque, 2020). Em contrapartida, em estados da região Norte, como Pará e Amapá, a presença de UBS com PICS é modesta: cerca de 20% no Pará e menos de 15% no Amapá (Santana, 2018; Pereira et al., 2020). Tais índices são influenciados não apenas pela carência de recursos

financeiros, mas também pela limitada disponibilidade de profissionais capacitados e pela fragilidade das redes de ensino de PICS nessas unidades federativas (Medeiros & Florentino, 2016; Teixeira et al., 2019).

Adicionalmente, o crescimento da oferta de modalidades específicas de PICS seguiu trajetórias distintas. A acupuntura destacou-se como a prática de maior adoção: em 2018, cerca de 3.200 UBS referenciavam profissionais capacitados em acupuntura, correspondendo a 71% das unidades com PICS (Ministério da Saúde, 2019; Lopes, 2017). Em segundo lugar vêm a fitoterapia e a homeopatia, que juntas representavam aproximadamente 50% da oferta total de PICS, embora a fitoterapia tenha apresentado maior incremento a partir de 2014, quando a Portaria RENISUS incluiu oficialmente diversas plantas medicinais na atenção básica (Brasil, Ministério da Saúde, 2014; Albuquerque et al., 2015). Terapias comunitárias complementares, como a terapia comunitária integrativa, e práticas de medicina tradicional, ainda que menos difundidas, tendem a crescer em contextos específicos, sobretudo em localidades onde há forte tradição de saberes populares e envolvimento de agentes comunitários (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020).

Entretanto, a expansão da oferta nem sempre se traduziu em efetiva acessibilidade para usuários: estudos apontam que, mesmo em municípios onde havia UBS com PICS, a demanda muitas vezes superava a disponibilidade de horários e de agendas, gerando listas de espera prolongadas (Silva et al., 2018; Santos, 2018). Em alguns casos, a infraestrutura física se mostrou insuficiente, pois as salas destinadas às terapias eram improvisadas ou inadequadas, sem privacidade ou equipamentos mínimos (Pereira & Costa, 2017; Rezende, 2015). Por fim, o envolvimento de equipes multidisciplinares também variou: cerca de 40% das unidades com PICS contavam com enfermeiros ou agentes comunitários de saúde que auxiliavam no agendamento e no acompanhamento prévio das sessões, enquanto as demais deixavam o ônus maior sobre poucos profissionais, comprometendo a continuidade do atendimento (Medeiros & Florentino, 2016; Silva et al., 2018).

2. Impactos Clínicos e Epidemiológicos

A revisão de 40 estudos empíricos focados em PICS na atenção primária demonstra resultados favoráveis em diversos desfechos de saúde. Grande parte das investigações concentrou-se em condições crônicas não transmissíveis, como dores crônicas musculoesqueléticas, hipertensão arterial, diabetes mellitus e transtornos de ansiedade e depressivos leves (Costa et al., 2016; Lopes, 2017; Silva et al., 2018). Em estudos de acupuntura, por exemplo, foi observado que pacientes com lombalgia crônica submetidos a sessões de acupuntura apresentaram redução média de 40% nos escores de dor, mensurados pelo Visual Analog Scale (VAS), após 12 semanas de tratamento, comparados ao grupo de controle que recebeu cuidados convencionais apenas (Lopes, 2017; Costa et al., 2016). Outro estudo desenvolvido em Minas Gerais evidenciou que, em municípios onde a acupuntura foi incorporada rotineiramente à APS, a taxa de encaminhamento para consultas de ortopedia reduziu-se em aproximadamente 25% em um ano, indicando impacto positivo na resolubilidade da rede (Costa et al., 2016; Giovanella et al., 2012).

Quanto à fitoterapia, pesquisas conduzidas em Pernambuco e Bahia mostraram que o uso de extratos padronizados de plantas medicinais para controle de hipertensão — como o chá de hibisco (*Hibiscus sabdariffa*) e o extrato de maracujá (*Passiflora incarnata*) — resultou em redução média de 8 mmHg na pressão sistólica após oito semanas de intervenção, quando comparados a grupos que utilizaram apenas medicamentos convencionais (Rocha & Silva, 2016; Albuquerque et al., 2015). Adicionalmente, registros no e-SUS Atenção Básica apontaram que 18% dos pacientes com hipertensão atendidos em unidades que adotaram fitoterapia apresentaram maior adesão ao tratamento e menor incidência de efeitos adversos, em comparação a pacientes em UBS sem fitoterapia (Brasil, Ministério da Saúde, 2020; Silva et al., 2018).

Na esfera da saúde mental, a terapia comunitária integrativa se destacou por promover melhora significativa em indicadores de depressão e ansiedade leves a moderadas. Oliveira (2019) descreveu que, em grupos de terapia comunitária em municípios do Rio de Janeiro, houve redução de 30% nos escores de Depressão pelo Inventário de Beck, bem como aumento na sensação de suporte social, avaliada por escalas psicométricas padronizadas, em paralelo a relatos qualitativos que destacavam a valorização da rede de apoio comunitária (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020). Em Salvador, Pereira e Costa (2017) observaram que aproximadamente 65% dos participantes de grupos de terapia comunitária relataram melhora no humor e redução de sentimentos de isolamento após seis sessões semanais, indicando impacto significativo na promoção do bem-estar emocional (Pereira & Costa, 2017; Santos, 2018).

Estudos sobre homeopatia, apesar de menos numerosos, sugerem benefícios em condições crônicas como fibromialgia e distúrbios funcionais gastrointestinais. Em ensaios clínicos randomizados conduzidos na região Sul, pacientes com fibromialgia que receberam tratamento homeopático individualizado apresentaram redução de 25% nos escores de Dor Miocárdica (McGill Pain Questionnaire) e melhora na qualidade de sono em 40% após três meses, quando comparados a grupo placebo (Silva et al., 2018; WHO, 2014). Contudo, as amostras desses estudos eram pequenas (em média 60 indivíduos), o que limita a generalização dos achados, e a metodologia muitas vezes carecia de descrição clara de critérios de randomização, gerando críticas quanto ao rigor científico (WHO, 2014; Pereira et al., 2020).

Aspectos epidemiológicos também se mostraram favoráveis: análises de séries temporais em Minas Gerais indicaram queda de 15% nas taxas de hospitalização por causas de dores crônicas musculoesqueléticas em municípios onde havia acupuntura disponível, particularmente quando o tempo de implantação da PICS ultrapassava dois anos (Costa et al., 2016; Lopes, 2017). Similarmente, em estudo realizado em Salvador, Santos (2018) documentou redução de 10% nos índices de internação por complicações de hipertensão em áreas que adotaram fitoterapia, comparando trienos imediatamente anteriores e posteriores à implementação da RENISUS (Santos, 2018; Rocha & Silva, 2016).

Entretanto, nem todos os resultados foram uniformes. Estudos multicêntricos em diferentes regiões sugeriram que a efetividade das PICS dependeria de fatores como fidelidade ao protocolo de tratamento, perfil sociodemográfico dos usuários e adoção de medidas complementares de promoção de saúde. Silva et al. (2018) destacaram que pacientes com maior escolaridade e renda relatavam maior adesão às terapias complementares, enquanto indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica apresentavam maior rotatividade e abandono precoce, o que pode comprometer os resultados esperados (Silva et al., 2018; Pereira & Costa, 2017). Ademais, a pouca padronização de doses e formulações na fitoterapia, associada à carência de estudos de farmacocinética, levantou questionamentos sobre a variabilidade de resposta e segurança em longo prazo (Albuquerque et al., 2015; WHO, 2014).

3. Aspectos Econômicos e de Sustentabilidade Financeira

Os estudos de custo-efetividade e de análise econômica representaram uma parte significativa das investigações empíricas, uma vez que gestores demonstram elevado interesse em compreender o impacto das PICS nos gastos públicos. Lopes (2017) conduziu estudo comparativo de custos entre tratamento de acupuntura e intervenções convencionais em quatro municípios do Nordeste, demonstrando que, em média, o custo por sessão de acupuntura no SUS equivalia a R\$ 30,00, enquanto o custo médio de consulta ambulatorial com prescrição medicamentosa girava em torno de R\$ 45,00 (valores de 2016). Quando considerado o número médio de sessões necessárias para controle de dor crônica (em torno de dez sessões), o custo total de acupuntura se mostrou 25% inferior ao do conjunto de consultas e exames complementares demandados pela abordagem biomédica convencional (Lopes, 2017; Costa et al., 2016).

Em pesquisa desenvolvida em Minas Gerais, Costa et al. (2016) avaliaram a relação entre adoção de acupuntura e redução dos custos hospitalares associados a internações por doenças musculoesqueléticas. Utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) entre 2014 e 2018, constatou-se que, nos municípios com programa de acupuntura implantado há pelo menos dois anos, houve redução média anual de 12% nos gastos com internações por dor crônica, resultando em economia estimada de R\$ 1,8 milhão no período (Costa et al., 2016; Giovanella et al., 2012). Esse tipo de evidência é fundamental para embasar decisões orçamentárias, pois demonstra ganho marginal de eficiência ao combinar prevenção e tratamento complementar (Giovanella et al., 2012; Oliveira, 2019).

Quanto à fitoterapia, Rocha e Silva (2016) analisaram custos diretos e indiretos relacionados ao manejo de hipertensão com fitoterápicos em Pernambuco. A pesquisa utilizou abordagem de custo de oportunidade, considerando economia gerada pela redução de eventos adversos (como hipotensão e efeitos colaterais de fármacos convencionais) e diminuição de gastos com internações emergenciais. Concluiu-se que o uso de plantas medicinais reduziu em 18% o custo total do protocolo terapêutico para hipertensão, ao longo de um ano, em comparação ao modelo estritamente farmacológico (Rocha & Silva, 2016; Albuquerque et al., 2015). O estudo também apontou que, ao se incorporar fitoterápicos na cesta de medicamentos do SUS, há potencial de gerar economia de até R\$ 35 milhões anuais em nível nacional, considerando a prevalência da doença no país (Rocha & Silva, 2016; Silva et al., 2018).

A terapia comunitária integrativa mostrou-se vantajosa no que tange à relação custo-benefício na esfera da saúde mental. Avaliações de Fernandes e Albuquerque (2020) compararam o custo por usuário atendido em grupos de terapia comunitária (com custo médio de R\$ 8,00 por sessão, financiado por recursos municipais) e o custo de atendimentos psicológicos individuais no setor privado (estimado em R\$ 80,00 por sessão). Ao considerar um grupo de 15 participantes por sessão, o custo efetivo por indivíduo caiu para R\$ 5,33, o que reafirma o caráter econômico dessa modalidade coletiva (Fernandes & Albuquerque, 2020; Oliveira, 2019). O estudo também indicou que a distribuição de grupos em núcleos comunitários diminuiu a demanda por atendimentos psiquiátricos especializados, resultando em economia de recursos para toda a rede de saúde mental (Fernandes & Albuquerque, 2020; Pereira et al., 2020).

Entretanto, há ressalvas quanto à homogeneidade dos custos apresentados, uma vez que a metodologia para cálculo dos valores variou entre os estudos. Alguns autores não consideraram custos indiretos, como treinamento de pessoal e aquisição de equipamentos, o que pode levar a subestimações (Lopes, 2017; Silva et al., 2018). Além disso, a falta de padronização na contabilização de custos de logística, aquisição de insumos para fitoterapia e contratação de profissionais especializados em PICS dificulta comparações entre municípios e estados (Medeiros & Florentino, 2016; Pereira et al., 2020). Portanto, embora os resultados indiquem potencial

de economia para o SUS, recomenda-se cautela na interpretação dos dados e sugere-se adoção de metodologias padronizadas para estudos econômicos futuros (Giovannella et al., 2012; WHO, 2014).

4. Dimensões Socioculturais: Percepções, Aceitação e Resistências

A dimensão sociocultural destaca-se como fator determinante para a expansão e consolidação das PICS, uma vez que envolve valores, crenças e saberes que permeiam tanto usuários quanto profissionais de saúde. Santos (2018) investigou as percepções de 120 profissionais de saúde em unidades do Rio Grande do Sul, encontrando que 62% dos entrevistados relatavam familiaridade com as PICS, mas apenas 38% declaravam-se confortáveis em recomendar práticas não convencionais a pacientes, atribuindo essa hesitação ao desconhecimento técnico e à falta de respaldo institucional (Santos, 2018; Pereira & Costa, 2017). Em contrapartida, entre os usuários de UBS com PICS em Belo Horizonte e Salvador, Silva et al. (2018) observaram que 74% consideraram a oferta de PICS um diferencial positivo, relatando maior proximidade com os profissionais e sensação ampliada de cuidado integral, o que impactou positivamente na adesão aos tratamentos (Silva et al., 2018; Pereira & Costa, 2017).

Em comunidades tradicionais, como ribeirinhas e quilombolas, a interação entre saberes populares e PICS institucionais apresentou nuances específicas. Santana (2018) estudou o cenário de comunidades ribeirinhas no Pará e constatou que a oferta de práticas baseadas em fitoterápicos para manejo de doenças endêmicas (por exemplo, malária e doenças diarreicas) foi bem recebida quando mediada por agentes comunitários que já detinham saberes tradicionais. No entanto, em alguns casos, a formalização das práticas levou ao sentimento de apropriação indevida de conhecimentos ancestrais, gerando resistência por parte de líderes comunitários que não se viam representados nos protocolos oficiais (Santana, 2018; Medeiros & Florentino, 2016). Essa tensão revela a necessidade de construção de espaços de diálogo intercultural, que respeitem direitos de propriedade intelectual das comunidades e promovam coprodução de saberes (Paim et al., 2011; Santos, 2018).

Em áreas urbanas, o perfil sociodemográfico influenciou a aceitação das PICS. Costa, Santos e Araujo (2017) mostraram que em Fortaleza, usuários de mais alta escolaridade (ensino superior completo) tendiam a incorporar PICS como complemento às terapias biomédicas, enquanto indivíduos com menor escolaridade demonstravam maior confiança em remédios farmacológicos convencionais e ceticismo em relação a práticas como homeopatia e acupuntura (Costa et al., 2017; Pereira & Costa, 2017). Entretanto, quando expostos a informação adequada e acompanhamento próximo, esses mesmos usuários acabavam experimentando benefícios e relativizando suas resistências iniciais (Silva et al., 2018; Santos, 2018).

A mídia e as redes sociais desempenharam papel relevante na formação de opiniões sobre PICS. Estudos de reprodução de conteúdo digital indicaram que exposições em portais de notícias e vídeos em plataformas de compartilhamento ampliaram a visibilidade das terapias, mas também propagaram informações contraditórias e, por vezes, pseudocientíficas (Costa et al., 2017; WHO, 2014). Oliveira (2019) destacou que, em municípios fluminenses, anúncios de cursos e eventos de PICS em redes sociais geraram picos de procura por informações, mas nem sempre refletiram em adesão efetiva, pois havia dificuldade em distinguir práticas baseadas em evidências de ofertas de caráter meramente comercial. Isso reforça a importância de campanhas institucionais e certificação de profissionais para garantir qualidade e segurança (Giovannella et al., 2012; Teixeira et al., 2019).

Outro aspecto sociocultural envolve a estigmatização de certas práticas. Homeopatia, por exemplo, foi alvo de críticas por parte de conselhos profissionais e associações médicas tradicionais, que argumentavam falta de comprovação científica consistente, o que gerou debates acalorados em conselhos municipais de saúde e conferências regionais (WHO, 2014; Pereira et al., 2020). Esse ceticismo se manifestou em reuniões de Conselho Municipal de Saúde de Salvador, onde médicos de UBS chegaram a propor a exclusão da homeopatia da oferta institucional, gerando mobilização de grupo de usuários que defendiam a autonomia de escolha terapêutica (Pereira & Costa, 2017; Santos, 2018). A falta de consenso entre profissionais biomédicos e adeptos de terapias complementares evidencia que a aceitação social das PICS está diretamente relacionada à legitimação científica e reconhecimento institucional (Giovannella et al., 2012; Silva et al., 2018).

Por fim, a participação social, por meio de Conselhos de Saúde e Fóruns de Práticas Integrativas, mostrou-se um mecanismo promissor para dar voz aos usuários e profissionais interessados na ampliação das PICS. Pereira et al. (2020) descreveram que em municípios do Sul do Brasil, com forte mobilização de conselhos, houve criação de comissões intersetoriais para monitorar e avaliar a implantação das PICS, resultando em maior transparência e fortalecimento de ações educativas (Pereira et al., 2020; Giovannella et al., 2012). Essa participação ativa contribuiu para mitigar resistências e construir um ambiente de colaboração entre diferentes saberes e práticas, indicando que a dimensão sociocultural pode ser tratada como oportunidade de fortalecimento institucional (Minayo, 2017; Chizzotti, 2006).

5. Desafios Organizacionais, Formativos e de Governança

Apesar dos avanços, a análise evidenciou desafios significativos na organização dos serviços, na formação dos profissionais e na governança dos programas de PICS. No âmbito organizacional, a falta de protocolos clínicos e fluxos assistenciais claramente estabelecidos gerou incertezas entre profissionais de saúde,

que frequentemente não sabiam quando encaminhar pacientes para terapias integrativas ou como articular o acompanhamento concomitante com o modelo biomédico convencional (Rezende, 2015; Teixeira et al., 2019). Santos (2018) apontou que 58% dos profissionais entrevistados em UBS do Rio Grande do Sul declararam não dispor de documento interno que estabelecesse rotinas para PICS, exigindo improviso e, em alguns casos, improvisação de horários de atendimento que conflituavam com escalas de outros serviços (Santos, 2018; Pereira & Costa, 2017).

Em termos de formação, identificou-se que apenas 25% dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fisioterapia ofertavam disciplinas eletivas ou obrigatórias relacionadas a PICS (Teixeira et al., 2019; Medeiros & Florentino, 2016). A maior parte das capacitações ocorria por meio de cursos de extensão e workshops promovidos por secretarias municipais e ONGs, com duração limitada e sem certificação unificada (Giovannella et al., 2012; Pereira et al., 2020). Conforme rezende (2015), essa lacuna formativa resulta em profissionais despreparados para integrar saberes, dificultando o estabelecimento de equipes multidisciplinares aptas a oferecer cuidados integrativos de forma articulada (Rezende, 2015; Teixeira et al., 2019).

A governança das PICS no SUS também se mostra fragilizada pela descentralização e pela autonomia dos entes federativos. Enquanto algumas localidades estabeleceram comissões intersetoriais que englobam representantes da sociedade civil, universidades e conselhos profissionais, outras deixaram a responsabilidade quase que exclusivamente nas mãos de gestores municipais, com escassa participação social (Pereira et al., 2020; Giovannella et al., 2012). Essa heterogeneidade reflete-se em diferenças qualitativas e quantitativas na oferta de recursos, na priorização orçamentária e no monitoramento de indicadores (Rezende, 2015; Silva et al., 2018).

Adicionalmente, a inexistência de indicadores padronizados para avaliação do desempenho das PICS no SUS comprometeu a aferição de resultados consistentes. Relatórios institucionais apresentavam indicadores diversos — número de atendimentos, número de profissionais capacitados, percentual de cobertura populacional — sem esgotar aspectos de qualidade de vida, satisfação do usuário ou redução de eventos adversos (Brasil, Ministério da Saúde, 2019; Costa et al., 2016). Essa falta de uniformidade dificultou, por exemplo, a comparação de eficiência entre municípios de porte populacional semelhante, prejudicando a formulação de políticas regionais (Giovannella et al., 2012; Lopes, 2017).

A alocação de recursos financeiros também é apontada como entrave: em 2019, apenas 1,2% do orçamento global das UBS era destinado a PICS, conforme levantamento realizado em cinco capitais brasileiras (Silva et al., 2018; Pereira et al., 2020). Esse montante foi considerado insuficiente para cobrir custos de equipamentos, materiais para fitoterapia, remuneração de profissionais especialistas e ações de capacitação, o que intensifica a precariedade de infraestrutura (Rezende, 2015; Medeiros & Florentino, 2016). Em muitos casos, a dependência de repasses voluntários do Fundo Municipal de Saúde comprometia a sustentabilidade das ações, que muitas vezes eram interrompidas em anos de crise fiscal (Oliveira, 2019; Santos, 2018).

No que tange ao dimensionamento de recursos humanos, verificou-se que, em média, havia apenas um profissional capacitado para cada 12.000 habitantes, número bem aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), que sugere a alocação de pelo menos um profissional de PICS para cada 8.000 habitantes em área urbana (WHO, 2013; Giovannella et al., 2012). Essa lacuna comprometeu a oferta de atendimento contínuo, resultando em alta rotatividade, sobrecarga de profissionais e desistência de alguns deles, dado o acúmulo de funções — muitos atuavam concomitantemente em UBS, hospitais de pequeno porte e projetos de extensão universitária (Teixeira et al., 2019; Silva et al., 2018).

A ausência de regulamentação nacional unificada para determinadas modalidades de PICS, como arteterapia e musicoterapia, também contribuiu para insegurança jurídica de gestores e profissionais. Esses profissionais, por vezes, atuavam em caráter informal ou sem vínculo remunerado, o que fragilizava a sustentabilidade das ações e impedia esclarecimentos sobre responsabilidades legais em caso de ocorrências adversas (Medeiros & Florentino, 2016; Pereira et al., 2020). Ainda, a falta de clareza quanto ao escopo de atuação de cada categoria profissional — por exemplo, entre fisioterapeutas que atuavam em acupuntura e aqueles que exerciam a técnica como extensão de fisioterapia convencional — gerou conflitos de atribuição de competências (Pereira & Costa, 2017; Giovannella et al., 2012).

Outro desafio identificado foi a articulação com protocolos de referência e contrarreferência. Alguns profissionais de PICS relataram dificuldades em encaminhar pacientes a serviços especializados quando identificado agravamento de quadro clínico, uma vez que não havia fluxo padronizado para intermediação com equipes de atenção secundária (Rezende, 2015; Santos, 2018). Em contrapartida, médicos de atenção secundária “recusavam” encaminhar pacientes para PICS, alegando desconhecimento sobre os protocolos e falta de evidências robustas, o que fragilizava o caráter interdisciplinar do cuidado (Silva et al., 2018; Pereira et al., 2020).

Finalmente, identificou-se que as ações de monitoramento e avaliação dos programas de PICS careciam de planejamentos estratégicos de longo prazo. Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleça a necessidade de avaliação contínua das PICS (Brasil, Ministério da Saúde, 2018), poucos municípios elaboraram planos de avaliação com metas claras para anos subsequentes, incorporando indicadores de resultado clínico, econômico e de satisfação do usuário. Na maioria dos casos, as avaliações eram pontuais e vinculadas a projetos

específicos, sem continuidade após o término de financiamento inicial (Giovannella et al., 2012; Rezende, 2015). Esse cenário comprometeu a geração de evidências robustas sobre efetividade e eficiência, dificultando a tomada de decisões baseadas em dados concretos (Minayo, 2017; WHO, 2014).

6. Síntese dos resultados por eixo temático

A síntese dos achados revela que, embora as PICS já façam parte oficialmente do SUS há mais de uma década, a consolidação efetiva dessas práticas ainda esbarra em desafios estruturais, culturais e financeiros. No eixo da oferta de serviços, observou-se expressiva expansão do número de UBS com PICS, embora com significativa heterogeneidade regional (Giovannella et al., 2012; Rezende, 2015). Os impactos clínicos foram predominantemente positivos em condições crônicas e na promoção da saúde mental, apesar das limitações metodológicas de alguns estudos (Costa et al., 2016; Silva et al., 2018). Quanto aos aspectos econômicos, a maioria dos estudos apontou redução de custos hospitalares e ambulatoriais, sugerindo ganho de eficiência para o SUS (Lopes, 2017; Rocha & Silva, 2016). A dimensão sociocultural exibe forte influência de variáveis como escolaridade, renda e tradições locais, o que acarreta resistência inicial, mas também espaço para estratégias de engajamento e participação social (Santos, 2018; Oliveira, 2019). Finalmente, os desafios de governança e formação profissional emergem como entraves prioritários: a fragmentação de protocolos, a carência de indicadores padronizados e a insuficiência de recursos humanos e financeiros colocam em risco a sustentabilidade das PICS em longo prazo (Medeiros & Florentino, 2016; Pereira et al., 2020).

Esses resultados demonstram a interdependência dos cinco eixos temáticos: a ampliação da oferta de serviços depende tanto de decisões orçamentárias quanto de capacitação de pessoal e aceitação sociocultural; os impactos clínicos reforçam argumentos econômicos, mas, para serem plenamente reconhecidos, precisam de estudos rigorosos e avaliações contínuas; as dimensões socioculturais influenciam diretamente formações profissionais e estratégias de engajamento comunitário; e a governança constitui-se no elemento articulador, capaz de integrar os diversos níveis de gestão e assegurar a continuidade das ações. A partir desses achados, delineiam-se recomendações específicas para cada eixo, que serão detalhadas na seção de discussão, integrando as perspectivas técnico-científicas e as práticas políticas necessárias para consolidar uma abordagem de saúde holística no SUS (Giovannella et al., 2012; WHO, 2013).

Em síntese, os resultados apontam para a potencialidade das PICS de contribuir para a integralidade do cuidado no SUS, promovendo não apenas a cura de doenças, mas também prevenindo agravos e fortalecendo vínculos comunitários. No entanto, a efetivação desse potencial requer esforços articulados entre entes federativos, profissionais de saúde, usuários e pesquisadores, de modo a superar fragilidades organizacionais, hesitações técnico-científicas e barreiras socioculturais (Rezende, 2015; Teixeira et al., 2019). A próxima etapa, contemplada na discussão, aprofundará as implicações desses achados para a formulação de políticas públicas e práticas de gestão que garantam a sustentabilidade e o alcance equânime das PICS em todo o território nacional (Giovannella et al., 2012; Pereira et al., 2020).

IV. Discussão

A discussão dos achados deste estudo busca elaborar interpretações críticas sobre a integração das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS), confrontando os resultados obtidos com a literatura existente e destacando implicações para a formulação de políticas públicas, gestão do sistema e futuras pesquisas. Inicialmente, é fundamental reconhecer que a ampliação da oferta de PICS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) reflete avanços significativos, mas ainda apresenta disparidades regionais marcantes, fruto de questões históricas, econômicas e socioculturais. Conforme Giovannella et al. (2012), a democratização do acesso à atenção primária depende não apenas de normativas nacionais, mas também da capacidade dos gestores locais em mobilizar recursos e articular políticas intersetoriais. Embora a Portaria 971/2006 e demais normativas tenham estabelecido diretrizes claras para expansão das PICS, a discrepância entre regiões evidencia limitações na implementação descentralizada, corroborando observações de Rezende (2015) sobre a heterogeneidade na adesão das secretarias estaduais e municipais. A maior concentração de serviços no Sudeste e Sul, em comparação ao Norte e Nordeste, sinaliza que fatores como disponibilidade de profissionais capacitados e tradição de uso de terapias complementares influenciam diretamente a oferta dos serviços (Oliveira, 2019; Pereira et al., 2020).

No que tange aos impactos clínicos e epidemiológicos, os resultados indicam que terapias como acupuntura e fitoterapia contribuem para redução de sintomas em condições crônicas, alinhando-se a estudos pré-existentes que apontam benefícios na gestão de dores crônicas musculoesqueléticas e no controle da hipertensão (Costa et al., 2016; Albuquerque, Medeiros & Marques, 2015). Os achados de Lopes (2017) sobre a diminuição de encaminhamentos para ortopedia reforçam essa perspectiva preventiva e resolutiva da atenção primária fortalecida por PICS. Contudo, como ressaltam Silva, Goulart e Moraes (2018), a efetividade dessas práticas depende fortemente da fidelidade aos protocolos, do perfil sociodemográfico dos usuários e da continuidade do tratamento. Dessa forma, ainda que os estudos empíricos demonstrem resultados promissores, há espaço para

pesquisas mais rigorosas, especialmente ensaios clínicos randomizados com amostras maiores, como sugerido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), de modo a consolidar evidências robustas que sustentem decisões de gestores e assegurem segurança e eficácia para a população atendida.

Os aspectos econômicos e de sustentabilidade financeira revelam potencial de economia para o SUS, conforme apontado por Lopes (2017) e Rocha e Silva (2016), mas também evidenciam a necessidade de metodologias padronizadas para estudos de custo-efetividade. Enquanto Costa et al. (2016) demonstram economia significativa em gastos hospitalares associados a dores crônicas, a falta de uniformidade na contabilização de custos limita a comparabilidade entre diferentes experiências municipais. Medeiros e Florentino (2016) argumentam que a adoção de diretrizes nacionais para mensuração de custos diretos e indiretos (incluindo treinamento de pessoal, aquisição de insumos e infraestrutura) é essencial para avaliar com precisão o retorno financeiro das PICS. Ademais, Oliveira (2019) e Fernandes e Albuquerque (2020) acrescentam que o custo reduzido de terapias comunitárias evidencia a importância de abordagens coletivas para saúde mental, mas também ressaltam que a manutenção desses grupos depende de repasses consistentes do orçamento municipal e de estratégias de financiamento sustentável, o que nem sempre ocorre em contextos de crise fiscal (Silva et al., 2018; Pereira et al., 2020).

As dimensões socioculturais desempenham papel central na aceitação e disseminação das PICS. Conforme Santos (2018), a resistência inicial de profissionais de saúde ligados ao paradigma biomédico pode ser superada por meio de capacitações contínuas e fortalecimento de espaços de diálogo interprofissional. A influência positiva das mídias digitais, descrita por Costa, Santos e Araujo (2017), mostra que campanhas de comunicação institucional podem ampliar a procura por PICS, mas também alertam para o risco de divulgação de informações pseudocientíficas, que podem minar a credibilidade das terapias. Nesse contexto, a proposta de Pereira e Costa (2017) de incluir embaixadores de PICS — profissionais reconvertidos para atuar como multiplicadores em suas redes — pode representar estratégia valiosa para estreitar a confiança entre usuários e comunidade de saúde. Além disso, os achados de Santana (2018) sobre saberes tradicionais em comunidades rurais ressaltam a importância de respeitar e integrar conhecimentos ancestrais, garantindo a participação dos detentores de saberes locais na construção de protocolos, a fim de evitar apropriações indevidas e fortalecer a coprodução de saberes (Medeiros & Florentino, 2016).

Quanto aos desafios organizacionais, metodologias de integração entre PICS e fluxos assistenciais convencionais ainda carecem de consolidação. Rezende (2015) enfatiza que a ausência de protocolos clínicos claros para encaminhamento e contrarreferência cria barreiras para o trabalho interdisciplinar, o que também foi observado por Santos (2018), que relata conflitos de atribuição entre diferentes categorias profissionais. Teixeira, Bosi e Santos (2019) defendem que a elaboração de normativas estaduais e municipais com devidas orientações técnicas para integração das PICS à Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir para superar essas lacunas. A adoção de modelos de protocolos colaborativos, como o estabelecido em programas-piloto de Pernambuco (Rocha & Silva, 2016), demonstra que, quando gestores regionais assumem a liderança na construção de fluxos interligados, é possível ampliar a resolutividade e reduzir duplicidades de atendimento, promovendo economia de recursos e satisfação dos usuários (Giovannella et al., 2012).

O déficit na formação de recursos humanos para PICS, apontado por Medeiros e Florentino (2016) e corroborado por Teixeira et al. (2019), permanece um entrave persistente. A capacitação pontual não garante a consolidação de competências para atuação conjunta em equipes multiprofissionais. Assim, a inclusão de disciplinas obrigatórias sobre PICS nos cursos de graduação em Saúde, como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, mostra-se imprescindível para formar profissionais aptos a dialogar com saberes integrativos desde o início de sua trajetória acadêmica (WHO, 2013; Paim et al., 2011). Ademais, programas de residência multiprofissional que incluam rotações em núcleos de PICS, conforme experiências exitosas descritas por Oliveira (2019) e Medeiros e Florentino (2016), podem aprimorar a vivência prática dos profissionais e estimular a criação de redes de colaboradores comprometidos com a saúde holística, contribuindo para a mudança de paradigma em direção a cuidados centrados na integralidade.

A fragilidade dos mecanismos de governança, evidenciada pela falta de indicadores padronizados, cria obstáculos à avaliação contínua das PICS no SUS. Giovannella et al. (2012) defendem que a integração de sistemas de informação, como o e-SUS Atenção Básica, representa avanço importante, mas sua efetividade depende da consistência dos registros e da qualidade dos dados inseridos. Pereira et al. (2020) ressaltam que, sem definições claras de metas e indicadores de resultado clínico, econômico e de satisfação do usuário, gestores perdem oportunidades de monitorar o desempenho das PICS e justificar investimentos futuros. A adoção de matrizes de indicadores, propostas por Minayo (2017) e Sampieri, Collado e Lucio (2013), que abarquem tanto aspectos quantitativos (número de atendimentos, redução de internações) quanto qualitativos (satisfação, qualidade de vida) é fundamental para demonstrar de maneira palpável a contribuição das PICS ao SUS.

Além disso, a descentralização do SUS, embora ofereça oportunidades de adaptação local, tornou-se um fator que potencializa disparidades, como sugerem Rezende (2015) e Silva et al. (2018). Estados e municípios com maior capital político e rede universitária consolidada tendem a estruturar ações de PICS com mais

celeridade, enquanto localidades menos favorecidas enfrentam dificuldades para alocar profissionais e recursos. Para mitigar esse descompasso, Giovanella et al. (2012) defendem a necessidade de pactuações intergovernamentais que garantam linhas de financiamento específicas para PICS, independente de recursos locais. Outra estratégia é a criação de redes de cooperação entre municípios, a exemplo do Consórcio Nordeste, que pode facilitar a troca de experiências, treinamentos e compra conjunta de insumos para fitoterapia, reduzindo custos e ampliando a capilaridade das ações (Fernandes & Albuquerque, 2020; Paim et al., 2011).

A discussão também deve contemplar as limitações metodológicas identificadas, tais como a dependência de dados secundários e a escassez de estudos qualitativos que incluam entrevistas com gestores, profissionais e usuários. Minayo (2017) destaca que, embora a pesquisa documental ofereça panorama amplo, só a investigação em campo permite apreender subjetividades e motivações que permeiam a adoção ou rejeição das PICS. Nesse sentido, estudos futuros devem empregar abordagens mistas, combinando análises quantitativas com etnografia participativa, para compreender em profundidade a dinâmica dos processos institucionais e comunitários. Santos (2018) reforça essa necessidade ao observar que percepções de profissionais e usuários influenciam diretamente a sustentabilidade das PICS, sendo imprescindível investigar quais fatores simbólicos e emocionais sustentam ou fragilizam seu uso cotidiano.

Ademais, a avaliação de longo prazo sobre os impactos das PICS no SUS ainda é incipiente. O período relativamente curto de acompanhamento (geralmente inferior a três anos) limita a compreensão dos efeitos continuados das terapias, sobretudo no que diz respeito à prevenção de complicações crônicas e à economia persistente de recursos. Estudos longitudinais, conforme recomendam WHO (2013) e Giovanella et al. (2012), podem esclarecer se as reduções observadas em internações e encaminhamentos se mantêm ao longo do tempo e em diferentes cenários epidemiológicos, como a transição demográfica e o envelhecimento populacional. Esse tipo de evidência é crucial para consolidar as PICS como estratégia permanente no SUS, demonstrando que investimentos em práticas integrativas geram retorno sustentável e ampliam a equidade no acesso à atenção à saúde.

No campo da pesquisa, observa-se que a diversidade de modalidades de PICS — acupuntura, fitoterapia, homeopatia, terapia comunitária, arteterapia, entre outras — impõe desafios para a comparabilidade e síntese de resultados. Silva et al. (2018) sugerem a criação de protocolos multicêntricos padronizados para cada modalidade, com definição clara de critérios de inclusão, desfechos clínicos primários e secundários e métodos de análise estatística. Essa padronização facilitaria meta-análises e revisões sistemáticas que forneçam evidências de maior robustez. Igualmente importante é a realização de estudos sobre segurança e farmacovigilância na fitoterapia, tema ainda carente de investigação sistemática, como alertam Albuquerque et al. (2015) e WHO (2014). A criação de bancos de dados nacionais de eventos adversos associados a produtos fitoterápicos utilizados no SUS permitirá avaliar riscos e orientar protocolos de uso seguro.

Por fim, a discussão não estaria completa sem considerar o potencial das PICS para promover a humanização do cuidado. Paim et al. (2011) destacam que a integralidade é princípio basilar do SUS, porém ainda há lacunas no atendimento que transcenda dimensões biomédicas. Ao oferecer terapias que valorizam a escuta, a empatia e o autocuidado, as PICS contribuem para resgatar a dimensão humanística da assistência, fortalecendo vínculos entre usuários e equipes. Essa humanização, comprovada por relatos qualitativos de usuários em estudos de Oliveira (2019) e Pereira & Costa (2017), reflete não apenas em melhores desfechos clínicos, mas também em maior protagonismo dos indivíduos no cuidado à própria saúde. Dessa forma, políticas que incentivem a integração efetiva das PICS no SUS devem considerar não só métricas de eficiência e economia, mas também indicadores de qualidade relacional e satisfação dos usuários, aspectos que, a médio e longo prazo, podem reforçar a sustentabilidade social do sistema.

Em suma, a integração das PICS no SUS representa caminho promissor para promover uma saúde holística no Brasil, mas exige articulação de múltiplos fatores. A construção de políticas públicas sólidas, alinhadas às necessidades locais, suportadas por pesquisas de alta qualidade e inseridas em estratégias de formação e governança, é essencial para consolidar práticas integrativas como componentes permanentes da atenção primária. Essa integração deve ser tratada não apenas como oferta adicional de serviços, mas como parte de uma transformação cultural e organizacional que coloque a integralidade do ser humano no centro das preocupações do sistema de saúde. Por fim, o diálogo entre saberes tradicionais, comunitários e científicos, a participação social efetiva e a construção de evidências sólidas se mostram pilares indispensáveis para que as PICS cumpram seu potencial de contribuir para a sustentabilidade, equidade e humanização do SUS, promovendo saúde holística e ampliando o bem-estar da população brasileira.

V. Conclusão

A consolidação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como um desafio multifacetado que demanda a conjugação de esforços em dimensões normativas, organizacionais, econômicas, socioculturais e de produção de conhecimento. A partir da análise sistematizada dos diversos eixos temáticos — oferta de serviços, impactos clínicos e epidemiológicos, aspectos

econômicos, dimensões socioculturais e desafios de governança —, é possível delinear uma série de reflexões conclusivas que apontem para o fortalecimento de uma atenção primária integrada e centrada no indivíduo, em consonância com os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011; Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha & Carvalho, 2012).

Primeiramente, verifica-se que a expansão da oferta de PICS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) constitui um avanço inegável, fruto da institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) a partir da Portaria nº 971/2006 e de suas atualizações subsequentes (Brasil, Ministério da Saúde, 2006; Brasil, Ministério da Saúde, 2018). Todavia, essa expansão ocorreu de forma heterogênea, concentrando-se em regiões com maior tradição de uso de terapias complementares e com maior disponibilidade de recursos humanos capacitados, notadamente no Sudeste e Sul do país (Rezende, 2015; Oliveira, 2019). O contraste com as regiões Norte e Nordeste evidencia que a simples existência de normativas nacionais não é suficiente para assegurar a implantação plena das PICS: a capacidade de gerenciamento local, o engajamento de gestores municipais e estaduais, e o envolvimento de universidades regionais são determinantes para a efetividade desses programas (Pereira, Araujo & Carvalho, 2020; Santos, 2018).

Em segundo lugar, os impactos clínicos e epidemiológicos das PICS demonstram potencial significativo para o reforço da atenção primária, sobretudo no manejo de doenças crônicas não transmissíveis e na promoção da saúde mental (Costa, Silva, Nunes & Lima, 2016; Lopes, 2017). Os resultados empíricos revelam que a acupuntura contribui para a redução de sintomas de dor crônica e para a diminuição de encaminhamentos para serviços especializados, refletindo em maior resolutividade das UBS (Costa et al., 2016; Giovanella et al., 2012). De maneira similar, a fitoterapia, ancorada na relação nacional de plantas medicinais (RENISUS), tem se mostrado eficaz no controle de hipertensão e no aumento da adesão ao tratamento, reforçando a relevância de seu uso regulado e monitorado (Albuquerque, Medeiros & Marques, 2015; Rocha & Silva, 2016). No campo da saúde mental, a terapia comunitária integrativa, conforme documentado em estudos no Rio de Janeiro e em Salvador, promove benefícios em indicadores de depressão, ansiedade e coesão social, demonstrando o valor de abordagens coletivas para o fortalecimento do bem-estar emocional (Oliveira, 2019; Fernandes & Albuquerque, 2020).

Paralelamente, as análises de custo-efetividade evidenciam que as PICS podem gerar economia significativa para o SUS, sobretudo por meio da redução de custos hospitalares associados a internações por dores crônicas e complicações de hipertensão (Lopes, 2017; Rocha & Silva, 2016). Contudo, observa-se falta de uniformidade metodológica na mensuração dos custos, o que dificulta comparações mais precisas entre diferentes contextos municipais (Medeiros & Florentino, 2016; Silva, Goulart & Moraes, 2018). A adoção de protocolos econômicos padronizados, contemplando custos diretos e indiretos (treinamento de pessoal, aquisição de insumos, infraestrutura), surge como requisito para avaliar com maior precisão o retorno sobre o investimento em PICS (Giovanella et al., 2012; WHO, 2014). Ademais, a valorização de terapias comunitárias — cuja relação custo-benefício é particularmente favorável — reforça a importância de estratégias coletivas de promoção da saúde mental, mas requer políticas de financiamento sustentáveis em âmbito municipal (Fernandes & Albuquerque, 2020; Pereira et al., 2020).

A dimensão sociocultural, por sua vez, revela-se central para compreender níveis de aceitação, resistência e adesão às PICS. Profissionais de saúde formados sob o paradigma biomédico frequentemente demonstram hesitação diante de terapias complementares, o que aponta para a necessidade de revisões nos currículos de cursos de graduação em saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia) e para a implementação de programas de capacitação contínua que promovam o diálogo interprofissional e o conhecimento crítico sobre as evidências científicas que sustentam as PICS (Medeiros & Florentino, 2016; Teixeira, Bosi & Santos, 2019). Da mesma forma, as percepções dos usuários variam conforme fatores como escolaridade, renda e tradição cultural, o que enfatiza a importância de campanhas de comunicação institucional e de estratégias de popularização do conhecimento, que distingam práticas baseadas em evidências de ofertas pseudocientíficas (Costa, Santos & Araujo, 2017; Silva et al., 2018). As experiências em comunidades rurais e tradicionais (Santana, 2018) sublinham a relevância de reconhecer e respeitar saberes ancestrais, garantindo a coprodução de protocolos e evitando apropriações indevidas de práticas indígenas e populares (Paim et al., 2011; Santos, 2018).

No que se refere à governança e organização dos serviços, destaca-se a necessidade de consolidar fluxos assistenciais que integrem de forma articulada as PICS com os demais níveis de atenção (Rezende, 2015; Giovanella et al., 2012). A ausência de protocolos claros de encaminhamento e contrarreferência fragiliza a interdisciplinaridade e compromete a continuidade do cuidado, gerando conflitos entre profissionais de diferentes categorias e incertezas quanto às responsabilidades em caso de agravamento clínico (Santos, 2018; Pereira & Costa, 2017). Portanto, a elaboração de normativas estaduais e municipais com orientações técnicas detalhadas, inspiradas em experiências bem-sucedidas como as de Pernambuco e Rio de Janeiro (Rocha & Silva, 2016; Fernandes & Albuquerque, 2020), pode sinalizar caminhos para superar deficiências organizacionais e promover a gestão integrada de casos.

Ainda no campo da governança, a fragmentação dos indicadores de avaliação das PICS revela lacunas relevantes. Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleça a necessidade de monitoramento

contínuo das ações de PICS (Brasil, Ministério da Saúde, 2018), a heterogeneidade nos sistemas de informação e a insuficiência de indicadores específicos (número de atendimentos, taxa de adesão, indicadores de satisfação, indicadores clínicos e de qualidade de vida) dificultam a avaliação comparativa entre municípios e a tomada de decisões baseada em evidências (Giovanella et al., 2012; Lopes, 2017). A implementação de matrizes de indicadores padronizadas, como sugerem Minayo (2017) e Sampieri, Collado e Lucio (2013), deve contemplar tanto elementos quantitativos (volume de atendimentos, redução de internações) quanto elementos qualitativos (satisfação do usuário, fortalecimento de redes de apoio), de modo a aferir integralmente a efetividade e o impacto das PICS na população (WHO, 2013; Silva et al., 2018).

Quanto à formação de recursos humanos, resta evidente que as iniciativas pontuais de capacitação, ainda que relevantes, não correspondem à demanda crescente por profissionais aptos a conduzir práticas integrativas em equipe multiprofissional. A inserção de disciplinas sobre PICS nos cursos de graduação em saúde, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) e por estudos nacionais (Medeiros & Florentino, 2016; Teixeira et al., 2019), é imperativa para viabilizar a mudança cultural necessária no âmbito da atenção primária. Em complemento, programas de residência multiprofissional com rotações específicas em núcleos de PICS, como observado em experiências no Rio de Janeiro (Oliveira, 2019), podem gerar uma nova geração de profissionais comprometidos com a integralidade do cuidado, favorecendo a incorporação de saberes diversos e o fortalecimento de protocolos baseados em evidências.

Do ponto de vista econômico, embora estudos apontem redução de gastos hospitalares e ambulatoriais associados a PICS, cabe ressaltar a importância de se considerar a sustentabilidade financeira de médio e longo prazo. Em contextos de instabilidade econômica e restrição orçamentária, como enfatizam Ferreira e Silva (2018) — embora não tenha sido tema principal neste estudo, suas contribuições para finanças públicas em saúde são relevantes —, a destinação de recursos para PICS corre o risco de sofrer contingenciamentos, prejudicando a continuidade dos programas. Assim, recomenda-se que as pactuações intergovernamentais incluam linhas orçamentárias específicas para PICS, com previsibilidade de recursos e mecanismos de contrapartida que incentivem estados e municípios a manterem essas ações, conforme sugerem Giovanella et al. (2012) e Pereira et al. (2020).

Em um cenário de transição demográfica, com envelhecimento populacional e aumento de doenças crônicas, as PICS assumem papel estratégico não apenas no tratamento de enfermidades, mas também na promoção de estratégias preventivas, conforme recomendado pela OMS (WHO, 2014). A adoção de práticas integrativas no SUS pode, portanto, ser entendida como investimento em saúde de longo prazo, gerando barreiras precoces ao surgimento de doenças e favorecendo o autocuidado e a responsabilização do indivíduo em seu processo de saúde-doença (Paim et al., 2011; Silva et al., 2018). Nesse sentido, a integração das PICS com políticas intersetoriais de promoção da saúde — abordagens que contemplam determinantes sociais, educação em saúde, ambiente e qualidade de vida — deve ser priorizada nas estratégias de planejamento municipal, estadual e federal, de forma a inserir práticas integrativas em agendas de prevenção de doenças e rastreamento precoce.

Por fim, é essencial refletir sobre o papel da pesquisa e da produção de conhecimento para consolidar as PICS no SUS. Os estudos revisados demonstram carência de investigações longitudinais que acompanhem os efeitos clínicos, econômicos e sociais das PICS ao longo de períodos prolongados (Silva et al., 2018; Pereira et al., 2020). A realização de ensaios clínicos multicêntricos, com amostras representativas e protocolos padronizados, pode preencher lacunas de evidência, subsidiando a elaboração de diretrizes clínicas robustas. Além disso, pesquisas qualitativas que incluam entrevistas com gestores, profissionais e usuários, conforme defendido por Minayo (2017), permitem captar as subjetividades que influenciam a adoção ou rejeição das práticas, fornecendo insumos valiosos para a construção de políticas sensíveis às especificidades locais (Santos, 2018; Medeiros & Florentino, 2016).

Em síntese, a conclusão deste estudo aponta que a integração das PICS no SUS é uma estratégia promissora para promover a saúde holística no Brasil, mas depende de esforços coordenados em múltiplos níveis. As normativas nacionais fornecem base legítima para a expansão das PICS; contudo, a efetivação dessa política requer fortalecimento da governança local, formação de recursos humanos, padronização de indicadores e produção contínua de evidências científicas. Somente assim será possível superar as barreiras regionais, culturais e organizacionais que ainda limitam o potencial das PICS no SUS (Giovanella et al., 2012; WHO, 2013). É fundamental, ainda, reconhecer que as PICS não substituem a medicina convencional, mas atuam como complemento valioso, fortalecendo a atenção primária e promovendo uma visão de cuidado centrada na integralidade do indivíduo (Paim et al., 2011; Silva et al., 2018).

Para o futuro, recomenda-se a implementação de estudos de acompanhamento de longo prazo, a consolidação de programas de formação acadêmica e a ampliação de parcerias intersetoriais, articulando saúde, educação, ciência e tecnologia. Ademais, a criação de fóruns permanentes de diálogo entre usuários, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores pode favorecer a construção coletiva de soluções adaptadas às realidades locais, respeitando diversidades culturais e produzindo impacto significativo em saúde pública (Pereira et al., 2020; Teixeira et al., 2019). Dessa forma, será possível consolidar as PICS como componente intrínseco de um

SUS fortalecido, que promova não apenas a cura de doenças, mas a integralidade, a equidade e a sustentabilidade da saúde para toda a população brasileira.

Referências

- [1] Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Diário Oficial Da União, 5 Out. 1988.
- [2] Brasil. Lei N.º 8.080, De 19 De Setembro De 1990: Lei Orgânica Da Saúde. Diário Oficial Da União, 20 Set. 1990.
- [3] Brasil, Ministério Da Saúde. Portaria N.º 971, De 3 De Maio De 2006: Institui A Política Nacional De Práticas Integrativas E Complementares No SUS. Diário Oficial Da União, 3 Maio 2006.
- [4] Brasil, Ministério Da Saúde. Portaria N.º 2432, De 9 De Dezembro De 2014: Institui A Relação Nacional De Plantas Medicinais De Interesse Ao SUS (RENISUS). Diário Oficial Da União, 9 Dez. 2014.
- [5] Brasil, Ministério Da Saúde. Portaria N.º 702, De 21 De Março De 2018: Consolida A Política Nacional De Atenção Básica E Diretrizes Para Incorporação De PICS No SUS. Diário Oficial Da União, 21 Mar. 2018.
- [6] Brasil, Ministério Da Saúde. Relatório Anual De Monitoramento De PICS No SUS – 2018. Brasília: Secretaria De Atenção Primária À Saúde, 2019.
- [7] Brasil, Ministério Da Saúde. Boletim De Monitoramento De Práticas Integrativas E Complementares No SUS – 2019. Brasília: Secretaria De Gestão Estratégica E Participativa, 2020.
- [8] Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L.; Macinko, J. The Brazilian Health System: History, Advances, And Challenges. *The Lancet*, V. 377, N. 9779, P. 1778–1797, 2011.
- [9] Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, C. Políticas E Sistemas De Saúde No Brasil. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2012.
- [10] Rezende, F. T. P. A Incorporação De Práticas Integrativas E Complementares No SUS: Análise Das Bases Normativas E Institucionais. *Revista De Políticas Públicas Da Saúde*, V. 6, N. 2, P. 55–75, 2015.
- [11] Oliveira, D. S. Terapia Comunitária Integrativa Como Estratégia De Promoção De Saúde Em Municípios Do Estado Do Rio De Janeiro. Dissertação (Mestrado Em Saúde Coletiva) – Instituto De Estudos Em Saúde Coletiva, Universidade Federal Do Rio De Janeiro, 2019.
- [12] Pereira, R. H. M.; Araújo, C. L. P. D.; Carvalho, R. M. Desafios Na Implementação De Práticas Integrativas E Complementares No SUS: Perspectivas Municipais. *Revista Brasileira De Política E Gestão Em Saúde*, V. 11, N. 1, P. 1–14, 2020.
- [13] Santos, R. S. Percepções De Profissionais De Saúde Sobre Práticas Integrativas Em Unidades Básicas: Estudo Em Rio Grande Do Sul. *Saúde Em Debate*, V. 42, N. 118, P. 101–115, 2018.
- [14] Silva, M. C. M. D.; Goulart, L. R.; Moraes, J. P. Aceitação Social E Barreiras Culturais Para PICS Na Atenção Básica: Estudo Em Município De Minas Gerais. *Revista De Saúde Pública*, V. 52, P. 25, 2018.
- [15] Teixeira, E. A.; Bosí, M. L. A.; Santos, C. A. D. Capacitação De Profissionais Para PICS: Panorama Brasileiro E Desafios Futuros. *Revista Brasileira De Educação Médica*, V. 43, N. 1, P. 50–58, 2019.
- [16] Medeiros, R. C.; Florentino, D. A. Formação De Profissionais De Saúde Em Práticas Integrativas: Lacunas E Possibilidades. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, V. 20, N. 60, P. 1–13, 2016.
- [17] Costa, L. D. A. D.; Silva, M. C. M. D.; Nunes, R. A.; Lima, M. J. Impacto Econômico-Administrativo Da Acupuntura Na Atenção Básica Do SUS Em Minas Gerais. *Cadernos De Saúde Pública*, V. 32, N. 12, E00144815, 2016.
- [18] Lopes, T. F. N. Avaliação De Custo-Efetividade Da Acupuntura No SUS: Estudo Em Municípios Do Nordeste Brasileiro. *Revista De Administração Em Saúde*, V. 17, N. 68, P. 1–18, 2017.
- [19] Rocha, L. A.; Silva, M. L. Avaliação Das Ações De Fitoterapia Na Atenção Primária Do SUS Em Pernambuco. *Cadernos De Saúde Pública*, V. 32, N. 6, E00020416, 2016.
- [20] Fernandes, F. A.; Albuquerque, D. R. Experiências Exitosas De Terapia Comunitária Integrativa No Interior Da Bahia: Implicações Para A Atenção Primária. *Revista Saúde Em Debate*, V. 44, N. 124, P. 912–924, 2020.
- [21] Costa, A. J.; Santos, R. S.; Araújo, G. A. Aceitação Das Práticas Integrativas Por Usuários De Unidades Básicas De Saúde Em Fortaleza. *Revista De Saúde Coletiva Do Ceará*, V. 3, N. 1, P. 45–59, 2017.
- [22] Albuquerque, U. P.; Medeiros, P. M.; Marques, A. C. Fitoterapia No SUS: Avanços E Contradições. *Cadernos De Saúde Pública*, V. 31, N. 10, P. 2105–2118, 2015.
- [23] Minayo, M. C. S. O Desafio Do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Em Saúde. 15. Ed. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2017.
- [24] Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. D. P. B. Metodologia De Pesquisa. 5. Ed. São Paulo: Mcgraw-Hill, 2013.
- [25] World Health Organization (WHO). WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Geneva: World Health Organization, 2013.