



## CAPÍTULO 18

# INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: HISTÓRIA E PERSPECTIVAS

<https://doi.org/10.22533/at.ed.03811125111218>

**Paulina Almeida Rodrigues**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Imperatriz - MA

<http://lattes.cnpq.br/3811305062100644>

**Marcela Thiemi Andrade Korogi**

UFMG

<http://lattes.cnpq.br/6829222873085574>

**Eduardo Lima de Moraes Pires**

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

<http://lattes.cnpq.br/6919382586228032>

**Julia Faversani Barreiros Cruz**

PUCPR

<https://lattes.cnpq.br/9701140615162832>

**Natália Medeiros Sanguinette**

UFMG

João Pessoa - Paraíba

<https://orcid.org/0009-0009-6828-1308>

**Gustavo Henrique Florentino**

Centro universitário-Unifacisa

Campina Grande-PB

**Gyullyanna Raquel Bezerra Nunes**

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - AFYA JP

<http://lattes.cnpq.br/3336889452650475>

**Heronides Nogueira Silva**

Campina Grande / Paraíba

<https://orcid.org/0009-0001-3214-9075>

**Ronaldo Cavalcante Santana**

Campina Grande Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/5601917229976062>

**Daniel Sarmento Bezerra**

FAMENE Faculdade de Medicina Nova Esperança

<https://orcid.org/0000-0003-1430-4796>

**Arsone Feitosa Bezerra dos Santos**

UNIFACISA

Campina Grande PB

Pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade pela UFMG

**Rafaella Abrantes e Silva**

UNIFACISA/PB

**RESUMO:** Este estudo analisa a institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) como resposta aos limites do modelo biomédico hegemônico e ao fenômeno da medicalização da vida. A pesquisa explora o processo histórico que culminou na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de 2006 e suas expansões normativas subsequentes, destacando o conceito de rationalidades médicas e a centralidade do território na implementação dessas práticas. A análise evidencia que as PIcs emergem como estratégia de fortalecimento da integralidade do cuidado, reconhecendo a pluralidade de saberes e a complexidade do processo saúde-doença, embora enfrentem desafios relacionados à validação de práticas, sustentabilidade financeira e articulação institucional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

## INSTITUTIONALIZATION OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM (SUS): HISTORY AND PERSPECTIVES

**ABSTRACT:** This study analyzes the institutionalization of Integrative and Complementary Health Practices (ICHP) in the Brazilian Unified Health System (SUS) as a response to the limitations of the hegemonic biomedical model and the phenomenon of medicalization of life. The research explores the historical process that culminated in the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC) of 2006 and its subsequent normative expansions, highlighting the concept of medical rationalities and the centrality of territory in implementing these practices. The analysis demonstrates that ICHP emerge as a strategy to strengthen care integrality, recognizing the plurality of knowledge and the complexity of the health-disease process, although they face challenges related to practice validation, financial sustainability, and institutional articulation.

**KEYWORDS:** Complementary Therapies; Unified Health System; Public Health Policies.

## INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX, o modelo biomédico consolidou-se como a principal matriz organizadora das práticas em saúde no Ocidente. Fundamentado nos avanços da biologia, da fisiopatologia e da tecnologia médica, esse modelo foi responsável por conquistas incontestáveis, especialmente no enfrentamento de agravos agudos, situações de urgência, traumas e doenças infecciosas. Sua capacidade de diagnóstico preciso e intervenção rápida produziu impactos na redução da mortalidade e no aumento da expectativa de vida. No entanto, à medida que o perfil epidemiológico das populações se transformou e as condições crônicas, os sofrimentos persistentes e os adoecimentos relacionados ao modo de vida tornaram-se predominantes, passaram a emergir limites estruturais desse paradigma (Almeida; Barbato; Nascimento, 2022).

Um dos principais desafios associados ao modelo biomédico hegemônico diz respeito à sua lógica de fragmentação. Ao centrar-se prioritariamente na doença e em seus correlatos orgânicos, a biomedicina tende a decompor o sujeito em partes — órgãos, sistemas e funções — analisadas de forma isolada. Esse processo, embora eficiente para a compreensão de mecanismos fisiopatológicos específicos, produz uma redução da complexidade da experiência humana do adoecimento. O paciente passa a ser apreendido sobretudo como portador de uma alteração biológica mensurável, enquanto dimensões subjetivas, sociais, culturais e históricas tendem a ocupar um lugar secundário no cuidado (Tesser, 2006) numa perspectiva crítica e \"diagnóstica\". Para isso, é apresentada uma síntese livre de idéias de Illich (1975).

Essa fragmentação não deve ser compreendida como uma falha individual dos profissionais de saúde, mas como um efeito do próprio modo de produção do conhecimento biomédico, estruturado a partir da racionalidade científica moderna. Tal racionalidade privilegia a objetividade, a mensuração e o controle, o que contribui para a centralidade do diagnóstico e da intervenção medicamentosa como respostas predominantes ao sofrimento. No contexto contemporâneo, essa lógica mostra-se particularmente limitada diante de quadros de sofrimento difuso, como insônia, tristeza persistente, ansiedade leve e mal-estares existenciais, que não se ajustam facilmente a categorias diagnósticas estritas (Rocha *et al.*, 2019).

Nesse cenário, observa-se a expansão do fenômeno da medicalização da vida. A medicalização pode ser compreendida como o processo pelo qual experiências humanas ordinárias, relacionadas ao viver, ao sofrer e ao enfrentar adversidades, passam a ser reinterpretadas como problemas médicos passíveis de intervenção técnica. Esse movimento não implica negar a existência de doenças ou a legitimidade do sofrimento psíquico, mas chama atenção para a tendência de oferecer respostas rápidas e padronizadas, frequentemente centradas no uso de medicamentos, como forma de lidar com questões que possuem determinantes complexos e

multifatoriais (Rocha et al., 2019; Tesser, 2006) o trabalho objetiva compreender como se dão os modos de subjetivação e a relação com o mal-estar e a medicalização da vida. A metodologia utilizada para esse artigo foi a pesquisa bibliográfica de caráter qualitativa. Como resultados, evidenciou-se que, devido a ascensão do discurso médico e o crescimento da indústria farmacêutica, os indivíduos passaram a buscar na medicalização uma solução rápida para seu sofrimento. Essa alternativa, entretanto, gerou enormes prejuízos para a vida das pessoas, bem como a negação do sofrimento e o uso desregulado de fármacos. Concluiu-se que a medicalização da vida como forma de (não

A medicalização, ao propor soluções predominantemente farmacológicas para o mal-estar, pode contribuir para a redução da capacidade de enfrentamento autônomo dos indivíduos e para a invisibilização das dimensões subjetivas do sofrimento. Ao transformar a dor em sintoma e o mal-estar em diagnóstico, corre-se o risco de deslocar o foco do cuidado da pessoa em sua totalidade para a supressão imediata de sinais indesejáveis, reforçando uma lógica de consumo de serviços e tecnologias em saúde (Rocha et al., 2019). Esse processo é particularmente relevante no contexto das sociedades contemporâneas, marcadas por exigências de produtividade, desempenho e adaptação contínua.

Em contraposição a essa visão restritiva, o conceito de saúde ampliada emerge como uma referência fundamental para a reorganização das práticas de cuidado. A Organização Mundial da Saúde define saúde não apenas como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, reconhecendo que o adoecimento é atravessado por múltiplos determinantes. No Brasil, essa concepção foi incorporada e aprofundada no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 8.080, de 1990, estabelece a saúde como um direito fundamental e reconhece explicitamente seus determinantes sociais, como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer e condições ambientais (Brasil, 1990).

A noção de integralidade, um dos princípios estruturantes do SUS, decorre diretamente dessa compreensão ampliada de saúde. Integralidade refere-se à articulação contínua de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando o indivíduo em sua singularidade e inserção social. Trata-se de um princípio que desafia práticas fragmentadas e convoca a construção de modelos de cuidado capazes de responder à complexidade do processo saúde-doença (Brasil, 1990). É nesse horizonte que se insere a valorização de práticas que ampliem as possibilidades terapêuticas e favoreçam uma abordagem mais abrangente do cuidado.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) emergem nesse contexto como respostas institucionais e epistemológicas à necessidade de diversificação das formas de cuidado. Incorporadas oficialmente ao SUS a partir da

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, lançada em 2006, essas práticas não se configuram como uma negação da ciência ou da biomedicina, mas como estratégias complementares que dialogam com outras formas de compreender a saúde, o corpo e o adoecimento (Almeida; Barbato; Nascimento, 2022; Brasil, 1990). Sua inserção no sistema público brasileiro reflete o reconhecimento da pluralidade de saberes em saúde e da importância de considerar aspectos biográficos, culturais e subjetivos no cuidado.

Para sustentar teoricamente essa pluralidade, o conceito de Racionalidades Médicas, desenvolvido por Madel Luz, ocupa lugar central no debate acadêmico. Segundo essa autora, sistemas médicos como a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia, a Medicina Ayurvédica e a Medicina Antroposófica não devem ser compreendidos como práticas isoladas ou crenças desarticuladas, mas como rationalidades médicas completas. Cada uma delas apresenta uma estrutura própria composta por morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistemas diagnósticos e terapêuticos, além de uma cosmologia subjacente que organiza sua visão de mundo (Almeida; Barbato; Nascimento, 2022).

O reconhecimento dessas rationalidades como sistemas complexos de saber confere densidade epistemológica às práticas integrativas e permite situá-las no campo científico de forma crítica e rigorosa. Ao invés de estabelecer uma oposição entre biomedicina e outras rationalidades, esse referencial possibilita pensar a complementaridade entre diferentes paradigmas, ampliando as possibilidades de cuidado e fortalecendo a integralidade da atenção à saúde.

## **Antecedentes e institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no SUS**

A incorporação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil não emerge como um movimento abrupto ou exclusivamente normativo, mas como resultado de um processo histórico marcado por experiências locais, iniciativas profissionais isoladas e disputas conceituais no campo da saúde pública. Muito antes de sua formalização em políticas nacionais, diversas práticas já estavam presentes de forma informal no cotidiano dos serviços de saúde e nos territórios, sustentadas por iniciativas individuais de profissionais ou por saberes tradicionais das comunidades (Brasil, 2006; Mendes, 2008).

Recomendações de chás medicinais, uso empírico de plantas, grupos de práticas corporais orientais em praças públicas e ações educativas baseadas em conhecimentos populares configuraram, durante décadas, um campo de experimentação silencioso, frequentemente desprovido de respaldo institucional, mas socialmente legitimado (Brasil, 2006).

Essas iniciativas, embora fragmentadas e muitas vezes dependentes do engajamento pessoal dos profissionais envolvidos, desempenharam papel relevante ao evidenciar tanto a demanda social por abordagens terapêuticas não restritas ao modelo biomédico quanto os limites desse modelo diante de sofrimentos crônicos, difusos e relacionados às condições de vida. Ao mesmo tempo, a ausência de normativas claras expunha essas práticas a riscos de descontinuidade, insegurança jurídica e desigualdade de acesso, uma vez que sua oferta dependia de contextos locais específicos e não de uma política pública estruturada, fenômeno já analisado no âmbito da atenção primária à saúde e da institucionalização das PICS no SUS (Brasil, 2006; Tesser, 2006).

No plano político-institucional, a Reforma Sanitária Brasileira foi fundamental para criar as bases teóricas que permitiram a posterior incorporação das PICS. As discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já apontavam para a necessidade de um modelo de atenção que superasse a centralidade exclusiva da doença e reconhecesse a saúde como um fenômeno socialmente determinado. A Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, a Lei nº 8.080/1990 consolidaram esse entendimento ao definir a saúde como direito fundamental e ao introduzir o princípio da integralidade como eixo organizador das ações e serviços de saúde, considerando os determinantes sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença (Brasil, 1990).

A integralidade, nesse contexto, não se limita à soma de procedimentos ou à ampliação quantitativa de serviços, mas expressa a necessidade de reconhecer o sujeito em sua totalidade biológica, psicológica, social e cultural. Essa concepção ampliada de cuidado abriu espaço para o reconhecimento de práticas terapêuticas que dialogam com saberes tradicionais, experiências comunitárias e rationalidades médicas distintas da biomedicina, contribuindo para a construção de um campo plural de práticas em saúde no interior do SUS (Brasil, 1990; Mendes, 2008).

O divisor de águas no processo de institucionalização das PICS ocorre em 2006, com a publicação da Portaria GM nº 971, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política representa a primeira iniciativa federal de sistematização e regulamentação da oferta dessas práticas no SUS, reconhecendo oficialmente a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, as Plantas Medicinais/Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social. A PNPIC fundamenta-se em recomendações da Organização Mundial da Saúde e reconhece a necessidade de ampliar o escopo terapêutico do sistema público, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde, considerada estratégica para a promoção do cuidado integral (Brasil, 2006).

Um aspecto central da PNPIc é seu compromisso com a equidade. Ao institucionalizar práticas que, até então, estavam majoritariamente restritas a consultórios privados e a segmentos socioeconômicos mais favorecidos, a política busca garantir acesso gratuito e universal a terapias integrativas. Dessa forma, a PNPIc não apenas legitima práticas já existentes, mas também as reinscreve no campo das políticas redistributivas do SUS, reforçando o princípio da justiça social e ampliando as possibilidades de cuidado ofertadas à população (Brasil, 2006; Tesser, 2006).

## **Expansão normativa, debates contemporâneos e a centralidade do território: Farmácia Viva**

A trajetória das Práticas Integrativas e Complementares no SUS não se encerra com a instituição da PNPIc em 2006. Na década seguinte, observa-se um movimento de expansão normativa que amplia significativamente o conjunto de práticas reconhecidas oficialmente. A Portaria nº 849/2017 marca esse novo momento ao incluir um amplo conjunto de práticas, como yoga, meditação, reiki, arteterapia e musicoterapia, entre outras, enquanto a Portaria nº 702/2018 complementa esse processo ao atualizar dispositivos e aspectos operacionais da política (Brasil, 2018, 2017)

Essa ampliação foi celebrada por diferentes atores institucionais e sociais por aumentar o acesso da população a um conjunto mais diverso de práticas de cuidado, reforçando o caráter plural do SUS e reconhecendo saberes e práticas historicamente marginalizados. Contudo, a rapidez e a abrangência desse processo também suscitaram críticas e debates no campo científico e político, especialmente no que se refere aos critérios de validação das práticas incluídas, à robustez das evidências disponíveis e aos limites entre práticas de cuidado em saúde e práticas de cunho religioso ou espiritual, tensionando princípios como a laicidade do sistema público e o diálogo com a ciência biomédica (Almeida; Barbato; Nascimento, 2022; Tesser, 2018).

Esses debates tornam-se mais inteligíveis quando analisados à luz do conceito de rationalidades médicas. A literatura que aborda essa categoria argumenta que muitos sistemas médicos tradicionais e integrativos não podem ser compreendidos como técnicas isoladas, mas como rationalidades complexas, dotadas de fundamentos teóricos, cosmológicos, diagnósticos e terapêuticos próprios. Reconhecer essa pluralidade de rationalidades permite deslocar o debate de uma lógica dicotômica entre “científico” e “não científico” para uma análise mais sofisticada sobre critérios de formação, uso, avaliação e articulação dessas práticas no sistema público de saúde (Almeida; Barbato; Nascimento, 2022; Mendes, 2008; Tesser, 2018).

No plano da implementação concreta das PICs, o território assume papel central, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde. É nesse contexto que se destaca a estratégia da Farmácia Viva, considerada uma das experiências mais consolidadas de articulação entre política pública, saber tradicional e participação comunitária. A Farmácia Viva organiza-se a partir do cultivo, processamento e dispensação de plantas medicinais no SUS, integrando ações de fitoterapia com educação em saúde, valorização do conhecimento popular e fortalecimento do vínculo entre serviços de saúde e comunidade (Borella; Barbosa; Da Silva, 2024).

Experiências relatadas em diferentes municípios, como Betim e Jardinópolis, indicam que a Farmácia Viva contribui para o empoderamento comunitário ao reconhecer e validar saberes locais historicamente transmitidos, especialmente por mulheres e idosos. Além disso, a iniciativa favorece a construção de arranjos produtivos locais, amplia o acesso a terapias fitoterápicas e fortalece estratégias de promoção da saúde. Entretanto, os estudos também apontam desafios relevantes, como a necessidade de financiamento contínuo, capacitação profissional, integração com a assistência farmacêutica e adequação às exigências da vigilância sanitária, fatores que condicionam a sustentabilidade dessas experiências (Borella; Barbosa; Da Silva, 2024; Brasil, 2025).

Assim, a Farmácia Viva exemplifica, de forma concreta, as potencialidades e os limites da institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ao mesmo tempo em que traduz, no território, os princípios da integralidade, da equidade e da valorização do saber popular, evidencia que a consolidação dessas práticas depende de arranjos institucionais sólidos, escolhas políticas consistentes e articulação entre diferentes níveis de gestão. A análise desse percurso — dos antecedentes informais à institucionalização normativa, da expansão regulatória às experiências territoriais — fundamenta a investigação proposta neste estudo e orienta a compreensão dos desafios contemporâneos da implementação das PICs no SUS (Borella; Barbosa; Da Silva, 2024; Brasil, 2025, 2018, 2017, 2006; Tesser, 2018).

## REFERÊNCIA

ALMEIDA, Maria Eneida De; BARBATO, Paulo Roberto; NASCIMENTO, Marilene Cabral. Racionalidades Médicas: avaliação de componente optativo na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 46, n. 3, p. e124, 2022. DOI: 10.1590/1981-5271v46.3-20210396. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022022000300217&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022022000300217&tlang=pt). Acesso em: 23 dez. 2025.

BORELLA, Julio Cesar; BARBOSA, Douglas Valente; DA SILVA, Larissa Oliveira. Farmácias Vivas: instrumento para viabilização da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão narrativa. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 278–295, 23 jul. 2024. DOI: 10.56344/2675-4827.v5n1a2024.15. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/780>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Farmácia viva. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seccions/plantas-medicinais-e-fitoterapicos/farmacia-viva>. Acesso em: 22 dez. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [S. I.], n. 8.080. 19 out. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 19 dez. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA N° 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018. [S. I.]. 21 mar. 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html). Acesso em: 22 dez. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA N° 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. [S. I.]. 27 mar. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA N° 971, DE 03 DE MAIO DE 2006. [S. I.]. 3 maio 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html). Acesso em: 20 dez. 2025.

MENDES, Maria Isabel Brandão De Souza. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. I.], v. 13, n. 4, p. 1371–1372, ago. 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000400035. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400035&lng=pt&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400035&lng=pt&tlang=pt). Acesso em: 23 dez. 2025.

ROCHA, Amanda Corrêa; BARRIOS, Nathália Da Silva; ROLIM, Paulo Daniel Da Silva; ZUCOLOTTO, Marcele Pereira Da Rosa. Sofro, logo me Medico: A Medicalização da Vida como Enfrentamento do Mal-Estar / I Suffer, therefore, i use Self-Medication: The Medicalization of Life as a Coping with Malaise. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, [S. I.], v. 13, n. 46, p. 392–404, 29 jul. 2019. DOI: 10.14295/ideonline.v13i46.1854. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1854>. Acesso em: 23 dez. 2025.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S. I.], v. 10, n. 19, p. 61–76, jun. 2006. DOI: 10.1590/S1414-32832006000100005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=pt&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=pt&tlang=pt). Acesso em: 23 dez. 2025.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, [S. I.], v. 8, n. 2, p. 216–232, 22 ago. 2018. DOI: 10.14295/jmphc.v8i2.528. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528>. Acesso em: 23 dez. 2025.