

Avanços e reveses nos atendimentos com práticas integrativas: estudo ecológico na região Norte do Brasil

Advances and setbacks in care with integrative practices: An ecological study in the Northern region of Brazil

Rafaella Georgia Lima Damasceno¹, Pedro Henrique Macedo Leitão¹, Kleyton Góes Passos¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910963P

RESUMO Este estudo ecológico analisou os atendimentos com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) na Atenção Primária à Saúde na região Norte do Brasil, entre 2019 e 2024. Os dados foram obtidos dos sistemas Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e DataSUS, sendo calculadas as taxas de atendimentos padronizadas por 10.000 habitantes. Foram analisadas as tendências temporais por meio de regressão segmentada (Joinpoint), estimando-se as variações percentuais anuais (APC e AAPC). No período, foram registrados 101.255 atendimentos com Pics. Os estados com maiores taxas médias foram Amazonas, Tocantins e Acre. Identificaram-se variações significativas nas tendências, com crescimento expressivo em alguns estados, queda em outros e estabilidade em parte da série. A acupuntura e seus desdobramentos (inclusive auriculoterapia) foram as práticas mais prevalentes. Os achados evidenciam desigualdades territoriais, fragilidade nos registros e baixa institucionalização das Pics em alguns contextos. Em uma região marcada pela diversidade sociocultural e pela presença de saberes tradicionais, as Pics desempenham papel relevante como estratégia de cuidado, especialmente em áreas com menor acesso a serviços convencionais. Conclui-se que é necessário ampliar os investimentos, qualificar os registros e fortalecer a integração das práticas integrativas às políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Sistema Único de Saúde. Sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT *This ecological study analyzed the use of Integrative and Complementary Health Practices (ICHP) in Primary Health Care in the Northern region of Brazil between 2019 and 2024. Data were obtained from the Primary Care Health Information System (SISAB) and DATASUS systems, and standardized attendance rates per 10,000 inhabitants were calculated. Temporal trends were assessed using segmented regression (Joinpoint), with the estimation of Annual Percent Change (APC) and Average Annual Percent Change (AAPC). During the study period, 101,255 ICHP-related consultations were recorded. The states with the highest average rates were Amazonas, Tocantins, and Acre. Significant variations in trends were observed, including notable increases in some states, declines in others, and stability in part of the series. Acupuncture and its related techniques (including auriculotherapy) were the most prevalent practices. The findings highlight territorial inequalities, weaknesses in data recording, and the low institutionalization of ICHP in certain settings. In a region characterized by sociocultural diversity and the presence of traditional knowledge, these practices play an important role as a care strategy, especially in areas with limited access to conventional health services. It is concluded that greater investment is needed, as well as improvements in data quality and the strengthening of ICHP integration into public health policies.*

KEYWORDS *Complementary therapies. Unified Health System. Health information systems.*

¹Universidade Federal do Acre (Ufac) – Rio Branco (AC), Brasil.
kleyton.passos@ufac.br

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) foram incorporadas oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde como estratégias voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, com base em saberes tradicionais ou não. Essas práticas se propõem a complementar o modelo biomédico, considerando o indivíduo em sua integralidade, por meio de abordagens humanizadas e de baixo custo. Atualmente, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) conta com 29 práticas regulamentadas^{1,2}.

As práticas incluídas na política nacional são: Acupuntura, Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, *Reiki*, *Shantala*, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais, Crenoterapia e *Yoga*³⁻⁵.

No cenário internacional, destaca-se que, já em 1976, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional com departamento específico, reconhecendo o potencial dessas práticas para ampliar o acesso e reduzir custos com saúde⁶.

Embora muitas dessas práticas sejam milenares, no Brasil, o interesse pelas abordagens denominadas à época como ‘alternativas’ ganhou visibilidade no início da década de 1980, sobretudo entre setores da classe média urbana. O termo ‘alternativas’ caiu em desuso por sugerir substituição dos tratamentos convencionais, o que não condiz com a proposta integrativa. Em 1985, uma experiência pioneira envolvendo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB) resultou na

inclusão das Pics na pauta da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986⁶.

Esse processo de articulação culminou na institucionalização das Pics no Brasil, formalizada apenas em 2006, com a publicação da PNPIC. Desde então, observa-se uma ampliação progressiva da oferta dessas práticas no território nacional. Estudos recentes apontam variações regionais significativas, com destaque para a região Norte, onde se identificam iniciativas locais de fortalecimento das Pics, mesmo durante a pandemia de covid-19⁷.

Apesar da expansão da oferta, a implementação das Pics tem sido marcada pela autonomia dos entes federativos, o que resulta em desigualdades territoriais. A literatura aponta que muitos gestores municipais ainda desconhecem a política ou não a reconhecem como componente estratégico na linha de cuidado. Em uma pesquisa com 42 gestores, 28,5% afirmaram conhecer a PNPIC, 31,7% a conheciam pouco e 41% desconheciam sua existência ou relação com o cuidado em saúde⁸⁻¹⁰.

Além disso, observa-se que a consolidação das práticas integrativas ocorre em meio a desafios estruturais persistentes no SUS, como o subfinanciamento, a escassez de profissionais capacitados e as dificuldades de acesso a serviços em regiões remotas. Esses entraves comprometem a ampliação equitativa das práticas e dificultam sua institucionalização plena no território nacional¹¹.

Tais barreiras tornam-se ainda mais evidentes na região Norte do Brasil, marcada por ampla diversidade sociocultural, extensas áreas geográficas de difícil acesso e desigualdades históricas na distribuição dos serviços de saúde. Apesar dessas adversidades, essa região apresenta uma legitimidade sociocultural expressiva no uso de saberes tradicionais, o que favorece a aceitação das práticas integrativas por parte da população¹¹.

Diante desse panorama, este estudo tem como objetivo analisar a tendência dos atendimentos com Pics realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) nos estados da região Norte do Brasil, entre os anos de 2019 e 2024,

considerando a quantidade, o tipo, a distribuição e a variação temporal.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico, observacional e quantitativo que analisou as taxas e os tipos de atendimentos com Pics, na região Norte do Brasil, entre 2019 e 2024.

Os dados foram obtidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), plataforma pública do Ministério da Saúde. A extração foi realizada nos dias 28 de maio e 1 de junho de 2025, com os seguintes filtros: Saúde/Produção; Unidade Geográfica: Estado; Competência: de janeiro a dezembro dos anos de 2019 a 2024; Estados selecionados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins; Linha do relatório: Estado; Coluna do relatório: Práticas Integrativas Complementares; Procedimento: nenhum item selecionado; e Procedimento Pics: todos selecionados.

Para o cálculo das taxas, as populações residentes de cada estado no período analisado foram obtidas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), utilizando como parâmetros: Linha: Ano; Coluna: Unidade da Federação; Conteúdo: População residente.

As taxas de atendimentos com Pics foram padronizadas por 10.000 habitantes, com o objetivo de facilitar a comparação entre os estados e reduzir o impacto de populações muito pequenas ou muito grandes.

A proporção de atendimentos por tipo de prática foi calculada pela razão entre o número de atendimentos registrados para

cada modalidade de Pics e o total de atendimentos com práticas no período, expressa em porcentagem.

A análise das tendências temporais foi realizada por meio de regressão segmentada (Joinpoint Regression Program, versão 5.4.0), que estima a Variação Percentual Anual (APC) e a Variação Percentual Anual Média (AAPC), com intervalos de confiança de 95%. O número máximo de pontos de inflexão (*Joinpoints*) foi definido como 1, conforme sugestão do próprio programa, dada a série de seis anos. As taxas anuais padronizadas foram utilizadas como variável dependente e os anos como variável independente.

A organização e tabulação dos dados foram realizadas no Microsoft Excel® 2016 e os gráficos de distribuição das práticas foram elaborados no software R (versão 4.4.3), com uso da interface RStudio.

Resultados

Entre 2019 e 2024, foram registrados 101.255 atendimentos com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na região Norte do Brasil. A *tabela 1* apresenta as taxas proporcionais por 10.000 habitantes, com base na média populacional dos estados ao longo do período. O Amazonas apresentou a maior taxa média de atendimentos (122/10.000 hab.), seguido por Tocantins (67/10.000 hab.) e Acre (41/10.000 hab.), Pará e Roraima registraram 31 atendimentos a cada 10.000 habitantes, enquanto Amapá e Rondônia apresentaram as menores taxas (30/10.000 hab.).

Tabela 1. Número de atendimentos com Pics, população média e taxa bruta (por 10.000 hab.) por estado, 2019-2024

Estados	Número de atendimentos com Pics (2019-2024)	População média (2019-2024)	Taxa bruta por 10.000 habitantes
AC	3.544	869.950	40,73
AP	2.374	792.215	29,96
AM	51.135	4.179.348	122,35
PA	26.637	8.540.041	31,19
RO	5.126	1.731.011	29,61
RR	2.064	666.590	30,96
TO	10.375	1.555.610	66,69
Total	101.255	18.334.765	351,51

Fonte: elaboração própria.

Cabe destacar que os dados se referem ao número total de atendimentos realizados, não ao número de indivíduos atendidos, visto que um mesmo usuário pode ter sido submetido a múltiplos procedimentos no período analisado.

As tabelas 2 e 3 apresentam, respectivamente, os valores da variação percentual

anual (Annual Percent Change – APC) e da variação percentual anual média (Average Annual Percent Change – AAPC), estimadas por meio da análise de regressão segmentada (*Joinpoint*). Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com p-valor < 0,005.

Tabela 2. Variação Percentual Anual (APC), intervalos de confiança e p-valores das taxas brutas de atendimentos com Pics, por estado, 2019-2024

Estados	Período	Variação Percentual Anual		
		(APC)	Intervalo de Confiança (IC)	p-valor
AC	2019-2022	- 40,8274*	- 75,5556; - 23,7541	< 0,000001
AC	2022-2024	348,9034*	171,0047; 683,1841	< 0,000001
AP	2019-2024	16,4166*	4,3557; 25,2853	0,001600
AM	2019-2021	89,6690*	19,8905; 219,5162	0,000400
AM	2021-2024	5,0995	- 34,3075; 40,3109	0,994201
PA	2019-2022	62,4816*	41,1974; 148,5089	< 0,000001
PA	2022-2024	- 36,9925*	- 57,3909; - 11,7403	0,005999
RO	2019-2021	356,7127*	261,6779; 591,3650	< 0,000001
RO	2021-2024	- 44,2742*	- 53,3122; - 36,4260	< 0,000001
RR	2019-2024	75,0075*	28,7533; 260,6333	0,000400
TO	2019-2022	120,7912*	96,8202; 219,7027	< 0,000001
TO	2022-2024	- 0,1372	- 15,8029; 25,0858	0,955809

Fonte: elaboração própria.

* Estatisticamente significativo.

Tabela 3. Variação Percentual Anual Média (AAPC), intervalos de confiança e p-valores das taxas brutas de atendimentos com Pics, por estado, 2019-2024

Estados	Período	Variação Percentual Anual Média (AAPC)	Intervalo de Confiança (IC)	p-valor
AC	2019-2024	33,0864*	17,9547; 48,5902	< 0,000001
AP	2022-2024	16,4166*	4,3557; 25,2853	0,001600
AM	2019-2024	33,0942	13,5816; 57,4047	0,994201
PA	2019-2024	11,2345	-1,8427; 28,8072	0,091982
RO	2019-2024	29,2680*	19,1684; 47,8902	0,000800
RR	2019-2024	75,0075*	28,7533; 260,6333	0,000400
TO	2019-2024	60,7498*	52,9012; 78,6195	< 0,000001

Fonte: elaboração própria.

* Estatisticamente significativo.

No Acre, observou-se uma redução anual de -40,8% entre 2019 e 2022, seguida por um aumento expressivo de +348,9% entre 2022 e 2024. No período completo, a tendência anual média foi de crescimento de +33,1%, com significância estatística.

No Amapá, não foram identificados pontos de inflexão na série temporal, indicando uma tendência linear ascendente. O crescimento anual médio (AAPC) foi de +16,4%, estatisticamente significativo ($p < 0,005$), mantendo-se estável ao longo do período analisado.

No Amazonas, foi identificado um ponto de inflexão. Entre 2019 e 2021, a taxa de atendimentos com Pics cresceu significativamente (APC: +89,7% ao ano; $p < 0,005$). De 2021 a 2024, o crescimento foi mais moderado (APC: +5,1% ao ano), sem significância estatística ($p > 0,005$), devido à inclusão de valores negativos no intervalo de confiança. No entanto, a tendência média para todo o período foi de +33,1% ao ano (AAPC), com significância estatística.

No Pará, a análise evidenciou um ponto de inflexão, dividindo a série temporal em dois segmentos. Entre 2019 e 2022, houve expansão significativa (APC: +62,5% ao ano; $p < 0,005$), seguida de retração entre 2022 e 2024 (APC: -24,0% ao ano; $p < 0,005$). A variação média anual (AAPC) foi de +11,2%, sem significância estatística, sugerindo estabilidade no período.

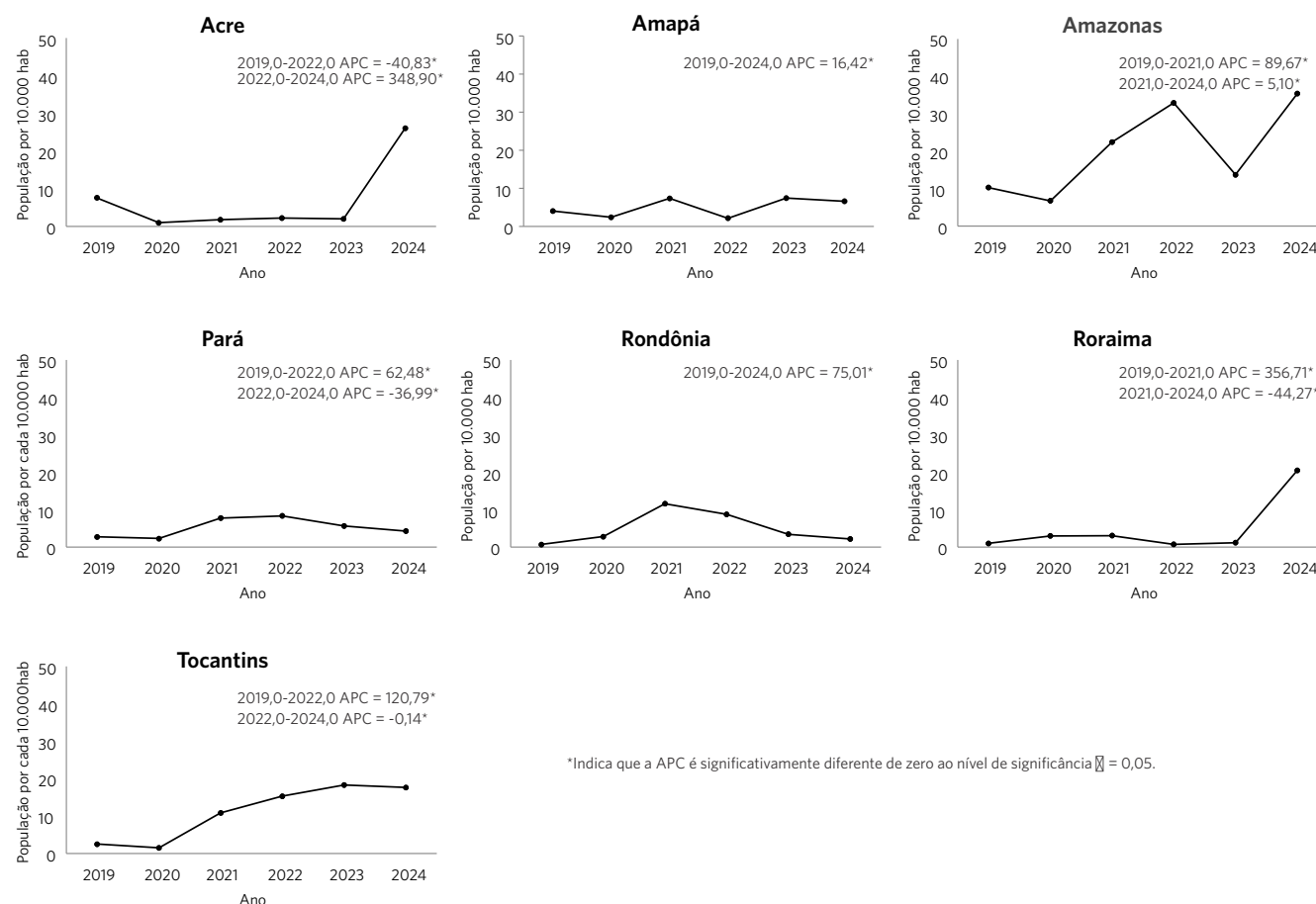
Em Rondônia, identificou-se também um ponto de inflexão. De 2019 a 2021, observou-se crescimento expressivo (APC: +356,7% ao ano; $p < 0,005$), seguido de queda significativa entre 2021 e 2024 (APC: -44,3% ao ano; $p < 0,005$). A tendência média anual foi de crescimento acumulado (AAPC: +29,3%), com significância estatística.

Em Roraima, a tendência foi linear ascendente, sem pontos de inflexão. A taxa de atendimentos com Pics aumentou significativamente ao longo do período (APC e AAPC: +75,0% ao ano; $p < 0,005$).

No Tocantins, foi identificado um ponto de inflexão entre 2022 e 2024. De 2019 a 2022, verificou-se aumento expressivo (APC: +120,8% ao ano; $p < 0,005$). Entre 2022 e 2024, houve leve declínio (APC: -0,1% ao ano), sem significância estatística ($p > 0,005$), caracterizando estabilidade. A tendência média anual (AAPC) foi de +60,8%, estatisticamente significativa.

A *figura 1* apresenta a evolução temporal das taxas de atendimentos nos estados da região Norte entre 2019 e 2024. Foram identificados pontos de inflexão no Acre (2022), Amazonas (2021), Pará (2022), Rondônia (2021) e Tocantins (2022), indicando mudança na tendência ao longo do tempo (destacadas na linha contínua e tracejada). Já Amapá e Roraima mantiveram tendências lineares constantes.

Figura 1. Evolução da tendência temporal das taxas de atendimentos com Pícs por estado da região Norte, 2019-2024



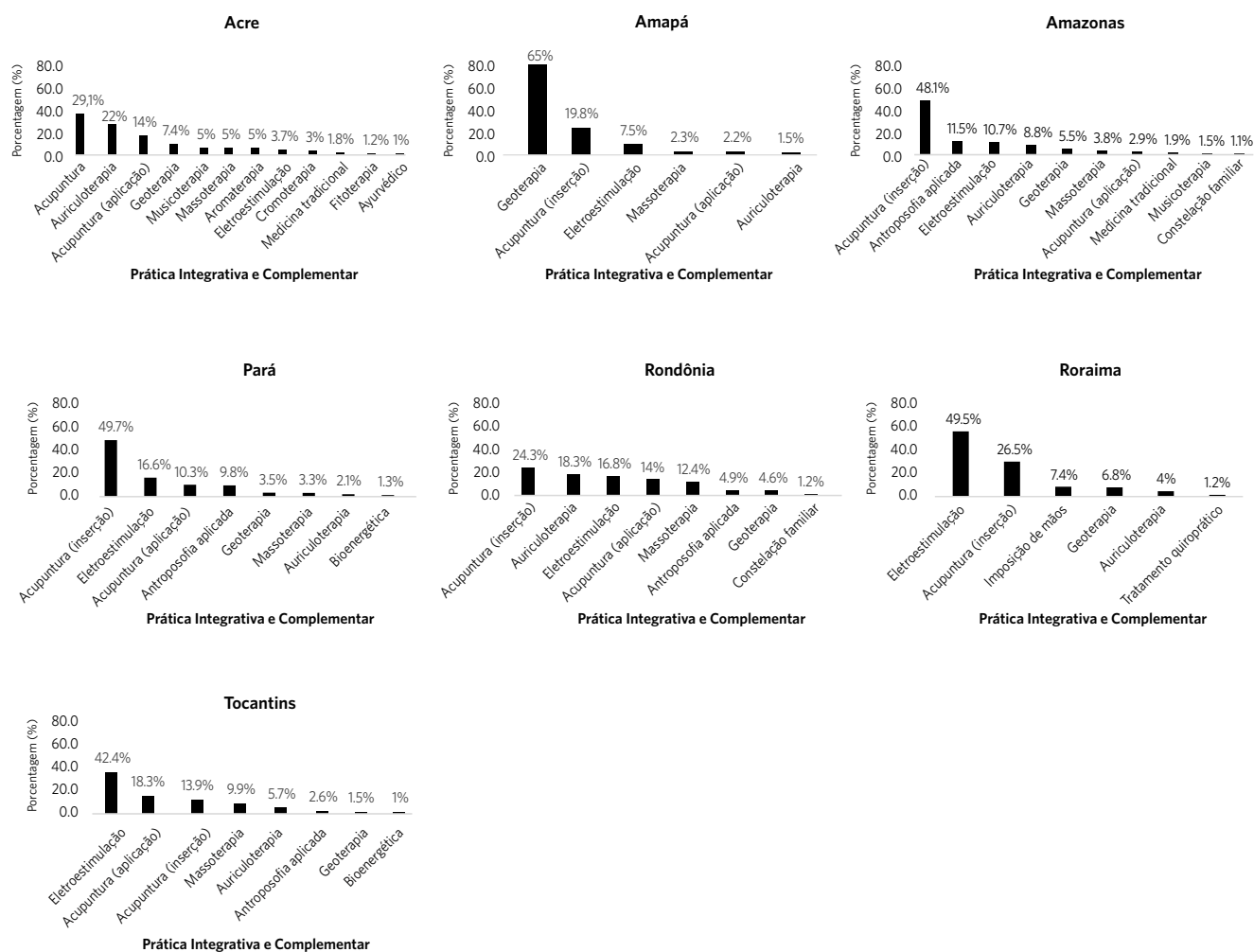
Fonte: elaboração própria.

Nos estados sem pontos de inflexão, observou-se maior dispersão em torno da reta de tendência ajustada, com intervalos de confiança mais amplos, o que aponta maior incerteza nas estimativas, mesmo quando estatisticamente significativas.

A *figura 2* apresenta, para cada estado, apenas as práticas integrativas que representaram $\geq 1\%$ do total de atendimentos no período. Essa seleção visou à clareza gráfica e à ênfase nas práticas mais expressivas, evitando

distorções decorrentes de registros pouco frequentes ou com classificação inconsistente. A acupuntura e seus subsistemas (auriculoterapia, eletroestimulação e técnicas com e sem inserção de agulhas) foram as práticas mais prevalentes em todos os estados. As proporções observadas foram: Acre (68,7%), Amapá (76,3%), Amazonas (70,5%), Pará (78,7%), Rondônia (73,4%), Roraima (80,9%) e Tocantins (80,3%).

Figura 2. Percentual dos atendimentos com Pics por estado da região Norte, 2019-2024



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Neste estudo, a limitação da série histórica ao período de 2019 a 2024 decorre da fragilidade nos registros anteriores. Durante a tabulação preliminar, foram identificados atendimentos com Pics no Sisab desde 2015. No entanto, constatou-se elevada inconsistência de dados para grande parte das práticas no período de 2015 a 2018. A presença de *missing data*, seja por falta de atendimentos realizados ou baixa alimentação do sistema, comprometeria a comparabilidade da série temporal, sendo adotado

o período de seis anos para a análise, em razão da maior completude e solidez dos dados.

No recorte estudado, os 101.255 atendimentos com Pics distribuíram-se de maneira desigual entre os estados da região, revelando disparidades quanto ao acesso, à institucionalização e à capacidade instalada nos serviços de saúde. Curiosamente, a análise revelou uma relação inversa entre o tamanho populacional e a taxa proporcional de atendimentos com práticas integrativas: estados menos populosos, como Acre e Tocantins, apresentaram as maiores taxas *per capita*.

O padrão detectado pode refletir o engajamento de profissionais locais, a inserção das Pics na prática assistencial e, especialmente, a presença de núcleos de ensino e pesquisa em universidades públicas, que atuam como indutores dessas práticas em determinados contextos¹². Por outro lado, a ausência de legislações específicas, combinada à fragilidade de mecanismos de regulação e monitoramento, ainda limita a expansão das Pics em parte dos municípios da região^{6,12}.

É importante destacar que a integração dessas práticas no SUS, portanto, não pode se limitar à inclusão de novos procedimentos, mas deve envolver mudanças mais profundas na lógica do cuidado, reconhecendo os atores envolvidos e a complexidade dos contextos institucionais nos quais essa política é aplicada^{6,13}. Ainda que a trajetória histórica da PNPIC tenha promovido avanços, como a incorporação das Medicinas Tradicionais e Complementares no sistema público, o modelo biomédico centrado no hospital e na alopatia ainda predomina, o que pode restringir a consolidação das Pics, sobretudo em territórios com menor institucionalização¹⁴.

Dentre os estados da região Norte, o estado do Amazonas representa um exemplo de avanço na institucionalização das práticas integrativas, com tendência crescente e sustentada ao longo de toda a série, inclusive durante a pandemia de covid-19. Parte desse crescimento pode ser atribuído à criação de dispositivos legais – como a Lei Municipal nº 2.597/2020 e a Resolução CIB/AM nº 066/2022 – que instituíram uma política municipal e um grupo condutor específico para as Pics, com vistas à estruturação de ações, planos e metas integrados ao escopo da PNPIC^{15,16}.

Somam-se a isso as iniciativas de formação promovidas pela Universidade do Estado do Amazonas, com a inclusão de disciplinas optativas em cursos da área da saúde. Essa medida proporcionou qualificação técnica a estudantes de medicina, enfermagem e odontologia, ampliando a base de profissionais capacitados a ofertar práticas integrativas no âmbito do SUS¹⁷.

Situação semelhante ocorre no Tocantins, que também apresentou tendência ascendente, com crescimento expressivo até 2022. O estado conta com oferta regular de Pics no ambulatório de especialidades do Hospital Geral de Palmas (HGP). Mensalmente, são realizados cerca de 80 atendimentos, que incluem acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia e naturologia, o que demonstra um esforço institucional no fortalecimento dessas abordagens¹⁸.

O Acre, por sua vez, vivenciou retração entre 2019 e 2022, seguida de um crescimento expressivo nos dois anos seguintes. O avanço coincidiu com a promulgação da Lei nº 2.506/2023, que instituiu o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde (PMPICEPS). O programa abrange 29 práticas reconhecidas, com ações intersectoriais realizadas em ambulatórios, centro de atenção psicossocial e centros socioeducativos, especialmente com auriculoterapia, ventosaterapia e aromaterapia¹⁹.

No Pará, os dados revelaram crescimento expressivo até 2022, seguido de retração. A atuação das Pics na APS no estado do Pará está relacionada ao fortalecimento das consultas individualizadas dos profissionais no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), reuniões em grupos terapêuticos, atendimentos domiciliares e educação permanente, que demonstraram ser as ações mais realizadas na localidade²⁰. A queda observada pode estar relacionada a alterações na gestão local, desmobilização de profissionais, no tocante a ausência de uma referência técnica institucionalizada, ou à descontinuidade de programas.

A APS, prevista como ponto prioritário de implementação das Pics segundo a PNPIC, desempenha papel essencial na incorporação dessas práticas na Rede de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, o acesso desigual e a cobertura fragmentada da APS nos estados nortistas impactam diretamente na oferta das Pics²¹.

Observou-se que em estados como Acre, Amazonas, Amapá e Roraima, as equipes

da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão majoritariamente concentradas nas sedes municipais e nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que vive distante dos cursos d'água. Em contrapartida, nos estados com maior presença de malha viária, como Pará, Rondônia e Tocantins, há maior distribuição de equipes ao longo das estradas e nas cidades menores²¹⁻²³.

Essas diferenças evidenciam a vulnerabilidade de territórios mais isolados, como as áreas ribeirinhas e rurais da Amazônia, que enfrentam dificuldades na integração efetiva da APS e, conseqüentemente, das Pícs. A literatura destaca que tais práticas fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários, promovem maior coesão entre os membros das equipes de saúde e possibilitam um cuidado mais sensível às especificidades das comunidades. Além disso, favorecem decisões clínicas mais alinhadas às necessidades individuais e fortalecem a relação com a população local. Assim, as condições impostas pela natureza e pela organização social da vida amazônica devem ser consideradas no processo de compreensão e formulação das estratégias de cuidado em saúde²¹⁻²⁴.

Apesar das tendências positivas observadas em alguns estados, o Norte segue como a região com menor número absoluto de estabelecimentos com serviços de Pícs e com os menores valores de gasto público *per capita* com ações em saúde, quando comparado às demais regiões brasileiras²⁵.

Além disso, apesar da existência de uma política nacional, muitas das experiências com Pícs surgem a partir da mobilização de profissionais de saúde e da própria comunidade, sem apoio estruturado da gestão²⁶. A diversidade natural, social e cultural presente na região Norte favorece o uso de práticas tradicionais realizadas fora da rede formal do SUS, por agentes populares como raizeiros, benzedeiros e xamãs, o que também contribui para a subnotificação nos sistemas oficiais²⁵.

No contexto da APS, especialmente no âmbito da ESF, observa-se que profissionais

isoladamente têm se engajado na condução de práticas integrativas, por iniciativa própria, com base em formações complementares e vivências pessoais, sem necessariamente contar com incentivos institucionais²⁷.

As experiências familiares e culturais dos profissionais de saúde também influenciam significativamente na escolha e aplicação das Pícs, especialmente em contextos amazônicos, onde os saberes populares são transmitidos entre gerações. Observou-se que muitos desses profissionais já conviviam com essas práticas em suas rotinas familiares de cuidado, o que favorece uma maior abertura, reconhecimento e valorização delas no exercício profissional. O referido achado dialoga com o contexto sociocultural da Amazônia, onde práticas tradicionais e conhecimentos ancestrais continuam sendo referências importantes nos modos de cuidar da saúde, reforçando a intersecção entre o saber técnico-científico e os saberes populares no cotidiano da atenção primária²⁸.

Constata-se que a distância geográfica entre os serviços de saúde e as residências das famílias compromete a construção do vínculo longitudinal entre profissionais e usuários, especialmente em territórios marcados por grandes extensões territoriais e baixa densidade populacional. Essa realidade, típica da região amazônica, pode contribuir para explicar a estabilidade, a descontinuidade ou mesmo a redução nas ações com Pícs, conforme observado neste estudo em alguns estados do Norte, como Amapá, Pará e Roraima²⁹.

A pandemia de covid-19 impactou diretamente a dinâmica de oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, provocando queda nos registros de atendimentos nos anos de 2020 e 2021, reflexo das restrições sanitárias, da suspensão de atividades presenciais e da reorganização dos serviços de saúde. No entanto, mesmo diante dessas limitações, observou-se a continuidade da busca por essas práticas, possivelmente impulsionada pela necessidade de abordagens terapêuticas mais humanizadas e acolhedoras em um cenário marcado por medo, estresse e incertezas³⁰.

Tal cenário impôs desafios inéditos à saúde pública global e, diante da sobrecarga dos serviços e da intensificação do sofrimento psíquico, cresceu a demanda por alternativas que contribuíssem para o enfrentamento da ansiedade e do estresse. Um estudo realizado em 2020 apontou que cerca de 60% dos participantes relataram impactos negativos em sua saúde mental, sendo que a busca por Pícs esteve relacionada, sobretudo, à promoção da saúde e ao bem-estar. Entre os participantes, 61,8% afirmaram ter recorrido à meditação, 28,2% à fitoterapia, 21,7% ao *reiki* e 16,5% à aromaterapia. Tais achados reforçam a importância de integrar essas práticas ao sistema de saúde, valorizando seu potencial terapêutico complementar, especialmente em períodos de crise sanitária e instabilidade emocional³⁰.

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC), especialmente por meio da acupuntura – com e sem uso de agulhas, eletroestimulação e auriculoterapia, destacou-se como a principal abordagem entre as Pícs na região Norte, em consonância com estudos anteriores. A predominância pode estar relacionada à regulamentação precoce dessas práticas no SUS e à sua aproximação com o modelo biomédico, o que favorece sua legitimação e adesão, sendo considerada uma prática estritamente clínica³¹.

As referidas práticas têm sido amplamente reconhecidas por sua efetividade no alívio da dor, redução do uso de medicamentos e promoção do bem-estar. Tais resultados reforçam o papel das Pícs como abordagem terapêutica relevante no cuidado integral à saúde. Com a PNPIC, elas passaram a ser oficialmente incorporadas ao SUS, permitindo a atuação multiprofissional de profissionais não médicos e contribuindo para sua consolidação na rede pública³².

É possível pressupor que o predomínio da acupuntura e de suas práticas associadas na região Norte decorra de dois fatores principais: o tempo de regulamentação, que favoreceu sua consolidação no âmbito do SUS, e a compatibilidade simbólica com o paradigma biomédico. Embora não seja uma prática medicamentosa, a acupuntura possui caráter técnico e

procedimental, o que facilita sua aceitação nos serviços de saúde e reforça sua legitimidade dentro da lógica dominante do cuidado.

Por fim, destaca-se que a variabilidade anual observada nos dados pode refletir tanto flutuações reais quanto instabilidade nos registros – cenário comum em sistemas ainda em consolidação, como é o caso das Pícs no SUS. Muitas vezes ainda compreendidas como práticas alternativas, essas ações enfrentam desafios de padronização e inserção sistemática nos sistemas de informação. Essa instabilidade pode comprometer a sensibilidade da regressão segmentada em captar mudanças consistentes ao longo do tempo, especialmente quando não há pontos de inflexão bem definidos. Em várias situações, os intervalos de confiança ampliados reforçam a incerteza em relação à direção e magnitude das tendências estimadas.

A tendência de crescimento dos atendimentos com Pícs na região Norte reforça a importância de ampliar o conceito de cuidado no âmbito do SUS, superando os limites do modelo biomédico. Essa expansão se alinha a abordagens filosóficas e sociológicas centradas no paradigma vitalista, que valoriza a integralidade do ser humano e a articulação entre corpo, mente e contexto social³³.

Não menos relevante, observa-se que, embora a PNPIC reconheça oficialmente 29 práticas, os dados extraídos do Sisab indicam o registro de 37 categorias distintas. Essa fragmentação revela inconsistências na forma como as práticas são classificadas e registradas, com desdobramentos excessivos (como a divisão da acupuntura em subcategorias), fusões de práticas com fundamentos distintos (dança circular e biodança), duplicações (como tratamento antroposófico e antroposofia aplicada), inserções não normatizadas (como ‘práticas corporais em medicina tradicional’) e ausência de codificação clara para práticas previstas na PNPIC, como reflexologia e *shantala*. Essas incongruências dificultam a análise epidemiológica, comprometem a fidedignidade dos dados e

evidenciam a necessidade urgente de revisão e padronização dos sistemas de informação, com vistas a fortalecer a institucionalização e a efetividade das Pícs no SUS.

Considerações finais

Ao revisitar os principais aspectos discutidos ao longo deste trabalho, foi possível identificar os atravessamentos que permeiam a expansão das Pícs, as quais visam oferecer opções terapêuticas diversificadas e integradas aos tratamentos convencionais, ainda fortemente marcados por um modelo médico-centrado e assistencialista.

Percebe-se que muitas das limitações enfrentadas na implementação das práticas foram superadas, em parte, nos estados da região Norte que mais realizaram atendimentos de 2019 a 2024. Nesse sentido, se destacaram a publicação de políticas públicas específicas em nível municipal e/ou estadual, a capacitação de profissionais da rede pública para atuação com Pícs e a ampliação da oferta dessas práticas em diversos âmbitos, com apoio das equipes de Saúde da Família. A ampliação contemplou demandas individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, ambulatorios e hospitalares, com registro atualizado no Sisab. Tais ações podem ter influenciado diretamente no maior volume de atendimentos observados em estados como Acre, Amazonas e Tocantins.

Outro fator que parece ter impactado a heterogeneidade na distribuição das sessões de Pícs na região diz respeito às características geográficas da Amazônia. Estados como Pará e Rondônia contam com malha terrestre em processo de expansão, enquanto Amapá e Roraima enfrentam desafios de acesso físico e informacional, o que pode limitar a integração plena das práticas na rede pública.

Considerando as especificidades locais de uma região historicamente reconhecida por sua sabedoria medicinal tradicional e

por múltiplas percepções culturais sobre o cuidado, é plausível supor que muitas práticas se desenvolvam fora dos limites institucionais do SUS, sendo conduzidas por agentes não reconhecidos formalmente como profissionais de saúde.

A premissa do autocuidado, por sua vez, pode ter impulsionado a busca por Pícs durante a pandemia de covid-19, em um contexto de incertezas e sofrimento psíquico, no qual as propostas de escuta acolhedora e cuidado humanizado ofereceram alternativas terapêuticas relevantes.

A expressiva presença da Medicina Tradicional Chinesa entre as práticas mais ofertadas na região Norte parece refletir sua capacidade de diálogo com os saberes biomédicos. Tal afinidade pode ter contribuído para maior aceitação e adesão dos usuários, reforçando a legitimidade dessas práticas dentro do sistema de saúde.

Foi possível, também, compreender os cruzamentos entre a PNPIC e a produção científica recente, destacando as singularidades dos atendimentos com Pícs na região Norte – ainda pouco visibilizada no debate nacional tanto como público-alvo, quanto como produtora de saberes. Essa articulação contribui para a inovação e para o reconhecimento da diversidade terapêutica brasileira.

As limitações deste estudo referem-se à dependência de dados secundários, os quais podem não refletir integralmente a realidade da oferta, da demanda e da cobertura das Pícs na região analisada. A oscilação anual nos registros, somada a lacunas na alimentação dos sistemas, impõe desafios metodológicos à análise de tendências. Soma-se a isso o descompasso entre o número de práticas oficialmente reconhecidas pela PNPIC e a forma como elas são operacionalizadas nos sistemas de informação em saúde – com fragmentações e sobreposições categóricas que dificultam uma análise precisa.

Para estudos futuros, é fundamental que mais pesquisas sejam conduzidas com rigor metodológico, a fim de comprovar os efeitos

clínicos, sociais e econômicos das Pics. Tais investigações podem ampliar a visibilidade científica dessas práticas e demonstrar sua contribuição efetiva para a melhoria das condições de saúde da população.

Além disso, os resultados aqui apresentados podem fortalecer o reconhecimento das Pics no cuidado ofertado pelo SUS, colaborando para a ampliação de espaços institucionais, fomento de políticas públicas, investimentos estruturantes e formações qualificadas que assegurem sua implementação de forma segura, eficaz e culturalmente sensível.

Contribuições de autoria

Damasceno RGL (0000-0001-8107-6805)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Leitão PHM (0009-0003-6141-7651)* contribuiu para coleta dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Passos KG (0000-0002-6655-3412)* contribuiu para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Bernardi MLD, Amorim MHC, Salaroli LB, et al. Yoga: um diálogo com a Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2020;25:e200511. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200511>
2. Oliveira IM, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência saúde coletiva*. 2022;27(9):3777-3787. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.04462022>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2006 maio 4; Edição 84, Seção I:20-5.
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2017 mar 28; Edição 60; Seção I:68.
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2018 mar 22; Edição 56; Seção I:74.
6. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis*. 2020;30(1):e300110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>
7. Silva LC, Lima F, Marchi SM, et al. Implementação da política de práticas integrativas complementares no Brasil nos últimos cinco anos. *RECIMA21*. 2023;4(7):e473534. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i7.3534>
8. Martins AP, Policarpo SF, Santos ML, et al. A qualitative analysis of the implementation of integrati-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ve medicine standards and protocols in Brazil. *Res Soc Dev*. 2022;11(11):e178111133302. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33302>
9. Sumiya A, Santos KE, Machuca L, et al. Distribuição espacial das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica no Brasil. *Rev Bras Promoc Saude*. 2022;35:11945. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.11945>
 10. Barros NF, Francisco PMSB, Sousa LA. Desapoiço dos gestores e desinstitucionalização das práticas integrativas. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00062320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062320>
 11. Boing AC, Santiago PHR, Tesser CD, et al. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;37:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.009>
 12. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, et al. Potencialidades e fragilidades da implantação da PNPIC. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(2):395-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>
 13. Melo AV, Sant'Ana GR, Bastos PRHO. Redes, atores e agenciamentos na constituição da PNPIC. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(6):2397-2406. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16442021>
 14. Marques JV, Santos MAC. A política nacional de práticas integrativas e complementares: formação profissional. *Tempus Actas Saude Colet* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 30];15(4):185-213. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2910>
 15. Manaus (AM). Poder Executivo. Lei nº 2.597, de 3 de abril de 2020. a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares na rede de assistência à saúde do Município de Manaus. *Diário Oficial do Município de Manaus, Manaus, AM*. 2020 abr 3; Edição 4813:1-2.
 16. Secretaria de Saúde de Manaus (AM). Resolução CIB/AM nº 066/2022. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2022 maio 30.
 17. Martins A, Bezerra JNA. Ensino de práticas integrativas em saúde na Universidade do Amazonas. *Braz J Health Rev*. 2020;3(5):12129-12138. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-060>
 18. Ferreira KPSN, Ribeiro TL, Lima CPS. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade brasileira versus realidade tocantinense. Retrospectiva dos últimos 17 anos. *JNT Facit Bus Technol J* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 30];2(45):167-192. Disponível em: <https://revistas.faculadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2438>
 19. Rio Branco (AC). Lei nº 2.506, de 22 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a instituição, no município de Rio Branco - AC, o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde (PMPICEPS). *Diário Oficial do Município de Rio Branco, Rio Branco, AC*. 2023 dez 22.
 20. Moreira MP, Silva MVS, Sena LWP. Caracterização das práticas integrativas na APS no Pará. *Rev Enferm Atual In Derme (REAS)*. 2021;13(3):1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6792.2021>
 21. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária para populações rurais e urbanas no Norte. *Saúde Debate*. 2018;42(1):81-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
 22. Quadros NRFR, Neves JDV, Quadros JPF. Revalorização dos saberes amazônicos em saúde. *Rev Human Innov*. 2024;10(14):365-75.
 23. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVS, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas no SUS: revisão. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24:4239-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
 24. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e PICS na APS. *Saúde Debate*. 2018;42(1):163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>
 25. Pinheiro PNQ, Sandim DB, Silva PA, et al. Cuidado farmacêutico e práticas integrativas em comunidades quilombolas. *Amaz Sci Health*. 2025;13(2):91-105.

- DOI: <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v13n2p91-105>
26. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas integrativas na APS: estudo bibliométrico. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1205-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
27. Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, et al. Formação profissional em PICS: significados na APS. *Ciência saúde coletiva*. 2021;26(2):399-408. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>
28. Landin RLB, Aquino CME, Cabral MEGS, et al. Por que elas fazem PICS na ESF? *Physis*. 2025;35(1):e350118. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350118pt>
29. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, et al. APS no Norte e Nordeste: disparidades na distribuição de equipes. *Ciência saúde coletiva*. 2022;27(1):377-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>
30. Boccolini PBB, Boccolini KLS, Sousa IMC, et al. Use of integrative and complementary practices in Brazil during COVID-19. *PLoS One*. 2024;19(12):e0311832. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311832>
31. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e PICS: significados para usuários e profissionais. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200079. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200079>
32. Mocarzel R, Kornin A, Tesser C, et al. Quem pode atuar com acupuntura no Brasil? *Saúde Soc*. 2024;33(2):e230197pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230197pt>
33. Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL, et al. Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre cuidado e PICS. *Saúde Debate*. 2025;49(145):e9680. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459680P>

Recebido em 07/08/2025

Aprovado em 12/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (Capes)

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - e-mail: rabra.peg@gmail.com