v7.n7.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

# PANORAMA NACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS EM 2025: CONCENTRAÇÃO DA OFERTA E TIPOLOGIAS ESTADUAIS

## *NATIONAL OVERVIEW OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM IN 2025: CONCENTRATION OF SUPPLY AND STATE-LEVEL TYPOLOGIES*

## *PANORAMA NACIONAL DE LAS PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD BRASILEÑO EN 2025: CONCENTRACIÓN DE LA OFERTA Y TIPOLOGÍAS ESTATALES*

Rafaela Duailibe Soares[1], Marcos Ronad Mota Cavalcante[2], Carla Vitoria Mota Cavalcante Lima[3], Joelmara Furtado dos Santos Pereira[4], Bruno Moreira Lima[5], Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante[5], John Lennon da Silva Santos[5], Evanilde Lucinda da Silva Conceição[5], Cirlandio Coutinho de Lima[6], Elisa Santos Magalhães Rodrigues[7], Patrícia de Sousa Veras[5], Ellen Rose Santos Filgueiras[8]

e778620

https://doi.org/10.47820/recima21.v7i7.8620

PUBLICADO: 07/2026

**RESUMO**

Objetivo: analisar o panorama nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) registradas no Sistema Único de Saúde em 2025, considerando a concentração da produção e a identificação de tipologias estaduais. Método: estudo ecológico, descritivo e exploratório, de corte transversal, baseado em dados secundários públicos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Foram analisados aproximadamente 2,5 milhões de procedimentos registrados em 2025, distribuídos entre 27 unidades federativas e 37 práticas. Foram calculadas frequências absolutas e relativas, taxas por 100 mil habitantes, coeficiente de Gini, Índice de Herfindahl-Hirschman, critérios de detecção de valores atípicos e agrupamento hierárquico. Resultados: a produção registrada concentrou-se em poucas modalidades, especialmente auriculoterapia, responsável por 44,0% dos procedimentos, e eletroestimulação, com 16,5%. Minas Gerais apresentou a maior taxa por 100 mil habitantes e foi identificado como valor atípico pelos critérios estatísticos utilizados. O agrupamento hierárquico evidenciou dois perfis principais de produção estadual: um centrado na auriculoterapia, predominante no Centro-Sul, e outro na eletroestimulação, predominante no Norte e Nordeste. Conclusão: os achados indicam que, apesar da ampla diversidade prevista na política nacional, a produção registrada de PICS no SUS em 2025 permaneceu concentrada em poucas práticas e territorialmente diferenciada, reforçando a necessidade de qualificação dos registros, formação profissional e fortalecimento institucional da política.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas Integrativas e Complementares. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Avaliação em Saúde.

[1] SES/MA, doutora em Saúde Coletiva.
[2] Doutor em Saúde Coletiva Ministério da Saúde.
[3] UFMA, graduada em odontologia.
[4] UFMA, doutora em Saúde Coletiva.
[5] UFMA, mestre em Saúde da Família.
[6] HU-UFMA, mestre em Saúde da Família.
[7] UFMA, doutora em Saúde Coletiva.
[8] UFMA, doutora em Saúde da Família.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

***ABSTRACT***

*Objective: to analyze the national overview of Integrative and Complementary Practices registered in the Brazilian Unified Health System in 2025, considering production concentration and the identification of state-level typologies. Method: ecological, descriptive, exploratory, cross-sectional study based on public secondary data from the Primary Health Care Information System. Approximately 2.5 million procedures registered in 2025 were analyzed, distributed across 27 federative units and 37 practices. Absolute and relative frequencies, rates per 100,000 inhabitants, the Gini coefficient, the Herfindahl-Hirschman Index, outlier detection criteria, and hierarchical clustering were calculated. Results: registered production was concentrated in a small number of practices, especially auriculotherapy, which accounted for 44.0% of procedures, and electrostimulation, with 16.5%. Minas Gerais showed the highest rate per 100,000 inhabitants and was identified as an outlier according to the statistical criteria used. Hierarchical clustering revealed two main state-level production profiles: one centered on auriculotherapy, predominant in the Center-South, and another centered on electrostimulation, predominant in the North and Northeast. Conclusion: the findings indicate that, despite the broad diversity established by the national policy, the registered production of Integrative and Complementary Practices in the Brazilian Unified Health System in 2025 remained concentrated in a few practices and territorially differentiated, reinforcing the need to improve records, professional training, and institutional strengthening of the policy.*

***KEYWORDS:*** *Integrative and Complementary Practices. Unified Health System. Primary Health Care. Health Information Systems. Health Evaluation.*

***RESUMEN***

*Objetivo: analizar el panorama nacional de las Prácticas Integrativas y Complementarias registradas en el Sistema Único de Salud brasileño en 2025, considerando la concentración de la producción y la identificación de tipologías estatales. Método: estudio ecológico, descriptivo y exploratorio, de corte transversal, basado en datos secundarios públicos del Sistema de Información en Salud para la Atención Básica. Se analizaron aproximadamente 2,5 millones de procedimientos registrados en 2025, distribuidos entre 27 unidades federativas y 37 prácticas. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, tasas por 100 mil habitantes, coeficiente de Gini, Índice de Herfindahl-Hirschman, criterios de detección de valores atípicos y agrupamiento jerárquico. Resultados: la producción registrada se concentró en pocas modalidades, especialmente auriculoterapia, responsable del 44,0% de los procedimientos, y electroestimulación, con 16,5%. Minas Gerais presentó la mayor tasa por 100 mil habitantes y fue identificado como valor atípico según los criterios estadísticos utilizados. El agrupamiento jerárquico evidenció dos perfiles principales de producción estatal: uno centrado en la auriculoterapia, predominante en el Centro-Sur, y otro en la electroestimulación, predominante en el Norte y Nordeste. Conclusión: los hallazgos indican que, a pesar de la amplia diversidad prevista en la política nacional, la producción registrada de Prácticas Integrativas y Complementarias en el Sistema Único de Salud brasileño en 2025 permaneció concentrada en pocas prácticas y territorialmente diferenciada, reforzando la necesidad de cualificar los registros, la formación profesional y el fortalecimiento institucional de la política.*

***PALABRAS CLAVE****: Prácticas Integrativas y Complementarias. Sistema Único de Salud. Atención Primaria de Salud. Sistemas de Información en Salud. Evaluación en Salud.*



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

## INTRODUÇÃO

As medicinas tradicionais, complementares e integrativas têm ganhado crescente reconhecimento no debate internacional sobre sistemas de saúde, cuidado centrado na pessoa e ampliação de abordagens terapêuticas. A Organização Mundial da Saúde tem recomendado que os países desenvolvam políticas, regulamentações, estratégias de monitoramento e mecanismos de integração dessas práticas aos sistemas nacionais de saúde, com atenção à segurança, à qualidade, à efetividade e ao uso racional dos recursos terapêuticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) assumem relevância como campo de cuidado que busca articular diferentes racionalidades, tecnologias leves, práticas corporais, recursos terapêuticos e estratégias de promoção da saúde.

No Brasil, as PICS foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A PNPIC reconheceu inicialmente práticas como medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia, articulando-as aos princípios da integralidade, da humanização e da ampliação do acesso no SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015). Posteriormente, o escopo da política foi ampliado por normativas publicadas em 2017 e 2018, que incorporaram novas práticas ao rol nacional, como arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, yoga, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada como espaço privilegiado para a implementação das PICS no SUS, por sua capilaridade territorial, proximidade com os usuários, vínculo longitudinal e capacidade de articular promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado clínico e ações coletivas. Tesser, Sousa e Nascimento (2018) destacam que grande parte da oferta de PICS no SUS ocorre na APS, ainda que sua institucionalização seja marcada por heterogeneidade, baixa regulamentação nacional da formação profissional e forte dependência de iniciativas locais. De modo semelhante, Sousa *et al.* (2012), ao analisarem a oferta e a produção de atendimentos no SUS, já apontavam dificuldades relacionadas ao registro adequado, à visibilidade institucional e à consolidação dessas práticas nos sistemas de informação.

A literatura brasileira tem demonstrado que, embora a PNPIC represente avanço importante na institucionalização das PICS, sua implementação permanece desigual. Estudos



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

sobre a trajetória da política identificam potencialidades relacionadas à ampliação do cuidado, ao fortalecimento da integralidade e à valorização de tecnologias relacionais, mas também fragilidades associadas à formação profissional, financiamento, monitoramento, avaliação, institucionalização local e reconhecimento das práticas nos serviços de saúde (TELESI JÚNIOR, 2016; AMADO *et al.*, 2018; HABIMORAD *et al.*, 2020). Assim, a existência de uma política nacional ampla não garante, por si só, oferta homogênea, regular e territorialmente equitativa.

Outro aspecto relevante é que a expansão normativa das PICS não necessariamente corresponde à diversificação efetiva da produção registrada. O rol nacional contempla múltiplas práticas e racionalidades terapêuticas, mas estudos anteriores indicam que a oferta tende a concentrar-se em algumas modalidades, sobretudo aquelas mais incorporadas ao cotidiano da APS ou de execução mais factível nos serviços (SOUSA *et al.*, 2012; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; BARBOSA *et al.*, 2020). Essa concentração pode refletir fatores como disponibilidade de profissionais capacitados, existência de protocolos locais, facilidade de registro, custo operacional, adesão das equipes e estratégias estaduais ou municipais de indução.

A análise da produção registrada nos sistemas de informação torna-se, portanto, fundamental para compreender como a PNPIC se materializa no território. O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) constitui uma das principais fontes públicas para o acompanhamento de ações e procedimentos realizados na APS, incluindo registros relacionados às PICS. Embora esses dados estejam sujeitos a limitações, como sub-registro, diferenças na qualidade da alimentação dos sistemas e variações na cultura institucional de registro, eles permitem observar padrões nacionais de produção, comparar unidades federativas e identificar práticas com maior ou menor presença no SUS.

Apesar da existência de estudos sobre implantação, percepção profissional e experiências locais de PICS, ainda são escassas as análises nacionais recentes que descrevem, de forma comparável, a distribuição da produção registrada por prática e por unidade federativa. Essa lacuna é relevante porque a avaliação apenas do volume absoluto pode ocultar diferenças populacionais entre os estados, enquanto a análise restrita ao número de práticas ofertadas pode não revelar a intensidade real da produção. Além disso, pouco se conhece sobre a existência de perfis ou tipologias estaduais de oferta, isto é, se as unidades federativas apresentam padrões semelhantes ou se organizam sua produção em torno de práticas dominantes distintas.

Nesse sentido, o estudo da concentração da oferta e das tipologias estaduais pode contribuir para qualificar o debate sobre institucionalização, equidade e planejamento das PICS no SUS. A identificação de práticas concentradas, estados com maior intensidade registrada e



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

agrupamentos territoriais por perfil de produção permite avançar para além da descrição geral da política, oferecendo subsídios para a gestão, o monitoramento e a formulação de estratégias de expansão mais equilibradas. Também possibilita distinguir, com maior precisão, a diferença entre diversidade normativa, variedade registrada e intensidade efetiva de procedimentos.

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar o panorama nacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2025, considerando a produção registrada por unidade federativa, a concentração da oferta entre práticas e estados, a taxa de procedimentos por 100 mil habitantes e a identificação de tipologias estaduais de oferta.

## 2. METODOLOGIA

Tratou-se de estudo ecológico, descritivo e exploratório, de corte transversal, com abrangência nacional. A unidade de análise foi a unidade federativa, contemplando os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal. O estudo analisou a produção registrada de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde no ano de 2025.

Foram utilizados dados secundários, agregados e de domínio público, extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. O período de análise correspondeu às competências de janeiro a dezembro de 2025, consolidadas no acumulado anual. Foram considerados os registros de procedimentos relacionados às 37 práticas integrantes do rol nacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

A variável principal foi o número anual de procedimentos registrados por prática e por unidade federativa. Para a comparação entre estados de diferentes tamanhos populacionais, calculou-se a taxa de procedimentos por 100 mil habitantes, obtida pela divisão do número de procedimentos registrados pela população residente da unidade federativa e multiplicada por 100.000. A população utilizada para padronização foi a população residente segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Também foi calculada a participação relativa de cada prática no total de procedimentos registrados em cada unidade federativa. Esse indicador foi utilizado para caracterizar o perfil de oferta registrada em cada estado, permitindo comparar a composição interna das práticas independentemente do volume absoluto de procedimentos.

O processamento dos dados incluiu importação do arquivo original, remoção de linhas de metadados e rodapé, padronização dos nomes das unidades federativas e das práticas, conversão dos campos numéricos e verificação de consistência. Foram avaliados tipos de



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

variáveis, presença de valores ausentes e legibilidade dos rótulos. A base final contemplou as 27 unidades federativas e as 37 práticas analisadas.

Inicialmente, realizou-se análise descritiva da produção registrada de PICS no Brasil, com cálculo de frequências absolutas e relativas por prática e por unidade federativa. Em seguida, foram identificadas as práticas mais frequentes no país, os estados com maior volume absoluto de procedimentos e os estados com maior taxa de procedimentos por 100 mil habitantes.

Para avaliar a concentração da produção registrada, foram calculados o coeficiente de Gini e o Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI). O coeficiente de Gini foi utilizado para mensurar a concentração entre práticas e entre unidades federativas. O HHI foi utilizado para estimar o grau de concentração da produção em categorias específicas. A partir do HHI, calculou-se o número equivalente, definido como o inverso do índice, interpretado como o número de categorias que, se tivessem distribuição uniforme, produziriam concentração semelhante à observada.

A identificação de valores atípicos na distribuição das taxas estaduais por 100 mil habitantes foi realizada por três critérios complementares: regra de Tukey, escore-z robusto baseado na mediana e no desvio absoluto mediano, e teste de Grubbs para um único outlier. A aplicação conjunta desses métodos teve caráter exploratório e descritivo, com o objetivo de verificar a robustez da posição dos estados com maior intensidade registrada de procedimentos.

Para identificar tipologias estaduais de produção registrada de PICS, foi realizada análise de agrupamento hierárquico aglomerativo. A análise utilizou os perfis de participação relativa das práticas em cada unidade federativa, de modo que os estados fossem comparados pela composição interna das práticas, e não pelo volume absoluto de procedimentos. Utilizou-se o método de Ward com distância euclidiana. A solução de agrupamento foi interpretada a partir das práticas dominantes em cada grupo e posteriormente descrita segundo a distribuição por macrorregião brasileira.

Por abranger a totalidade das unidades federativas brasileiras e não uma amostra probabilística, os procedimentos estatísticos foram utilizados como instrumentos de descrição da estrutura observada, e não como inferência amostral para extrapolação populacional. Assim, os índices de concentração, a identificação de outliers e o agrupamento hierárquico foram interpretados como recursos analíticos para caracterizar padrões nacionais e territoriais da produção registrada de PICS no SUS em 2025.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

As análises foram realizadas em linguagem Python, com uso das bibliotecas pandas, NumPy, SciPy e Matplotlib para tratamento dos dados, cálculo dos indicadores, análises estatísticas e construção das representações gráficas.

Por utilizar exclusivamente dados secundários, agregados, públicos e sem identificação individual de usuários, profissionais ou equipes, o estudo não foi submetido à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com informações de acesso público. Ainda assim, foram observados os princípios éticos aplicáveis à pesquisa em saúde, incluindo transparência metodológica, uso responsável dos dados e reprodutibilidade das análises.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados aproximadamente 2,5 milhões de procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) registrados no SUS em 2025, distribuídos entre as 27 unidades federativas brasileiras e 37 práticas constantes na base analisada.

A produção registrada de PICS no país concentrou-se em poucas práticas. A auriculoterapia apresentou o maior volume, com 1.116.929 procedimentos, correspondendo a 44% do total nacional. Em seguida, destacaram-se eletroestimulação, com 419.027 procedimentos (16,5%), acupuntura com agulhas, com 194.142 (7,7%), aromaterapia, com 150.940 (6,0%), e acupuntura com ventosas/moxa, com 116.915 (4,6%). As cinco práticas mais frequentes concentraram 78,8% dos procedimentos registrados no país em 2025 (Tabela 1; Figura 1).

**Tabela 1.** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde mais registradas no SUS, Brasil, 2025

| Prática | Procedimentos | % do total |
|---|---|---|
| Auriculoterapia | 1.116.929 | 44,0 |
| Eletroestimulação | 419.027 | 16,5 |
| Acupuntura com agulhas | 194.142 | 7,7 |
| Aromaterapia | 150.940 | 6,0 |
| Acupuntura com ventosas/moxa | 116.915 | 4,6 |
| Massoterapia | 114.167 | 4,5 |
| Medicina tradicional chinesa | 80.197 | 3,2 |
| Imposição de mãos | 48.310 | 1,9 |
| Geoterapia | 44.180 | 1,7 |



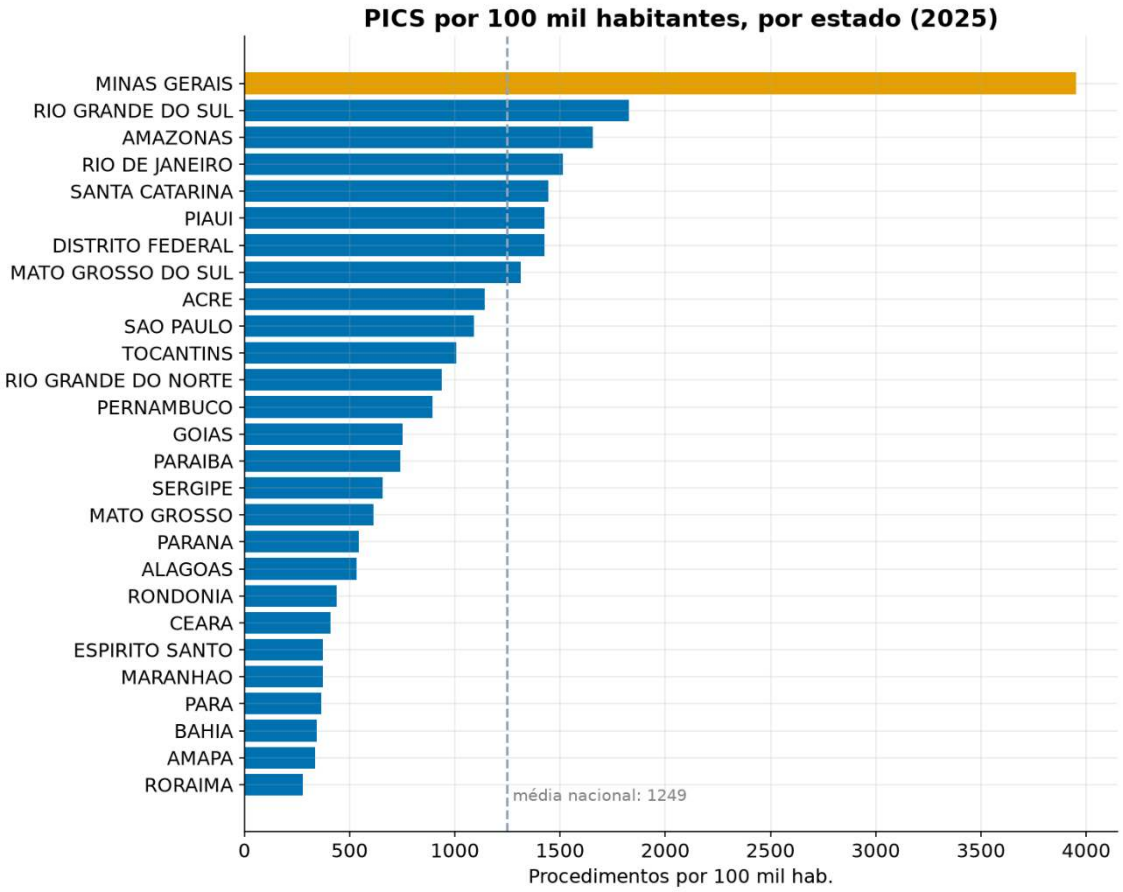
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

| | | |
|---|---|---|
| Fitoterapia | 28.944 | 1,1 |

Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.

Na análise por padronização populacional, Minas Gerais obteve a maior taxa de procedimentos registrados, alcançando 3.951 procedimentos por 100 mil habitantes. Em seguida, destacaram-se Rio Grande do Sul, com 1.827 procedimentos por 100 mil habitantes; Amazonas, com 1.657; Rio de Janeiro, com 1.515; Santa Catarina, com 1.444; Piauí, com 1.425; Distrito Federal, com 1.424; Mato Grosso do Sul, com 1.313; Acre, com 1.143; e São Paulo, com 1.091. A taxa nacional média foi de 1.249 procedimentos por 100 mil habitantes (Figura 1).

**Figura 1.** Taxa de procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por 100 mil habitantes, segundo unidade federativa, Brasil, 2025



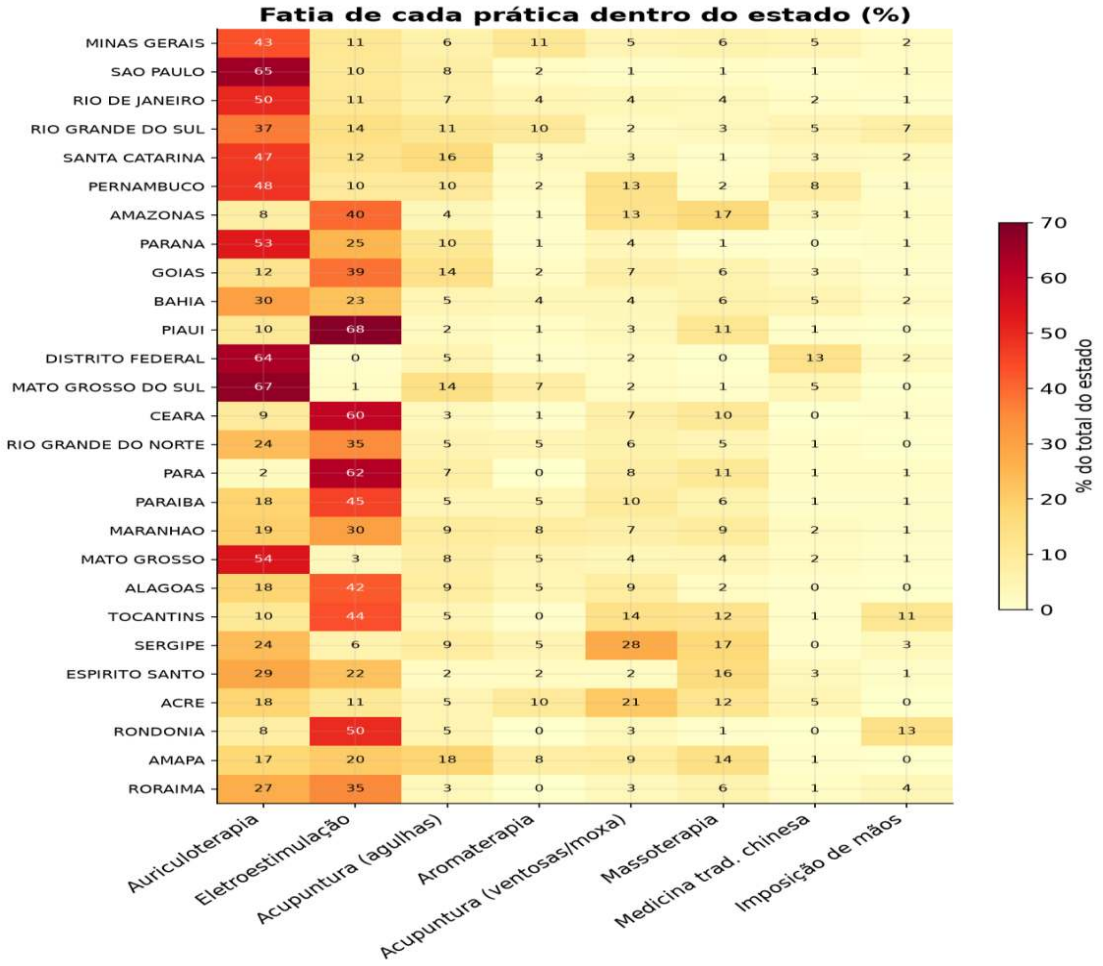

Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A participação relativa das práticas no total de procedimentos de cada estado mostrou perfis distintos de produção registrada. Em parte das unidades federativas, a auriculoterapia concentrou a maior proporção dos procedimentos, como observado em Mato Grosso do Sul (67%), São Paulo (65%), Distrito Federal (64%), Mato Grosso (54%) e Paraná (53%). Em outro conjunto de estados, a eletroestimulação apresentou maior participação relativa, com destaque para Piauí (68%), Pará (62%), Ceará (60%), Rondônia (50%) e Paraíba (45%). Também foram observados perfis específicos, como maior participação relativa da massoterapia em Sergipe e Espírito Santo, e da acupuntura com ventosas/moxa no Acre (Figura 2).

**Figura 2.** Participação relativa de cada prática no total de procedimentos registrados por unidade federativa, Brasil, 2025




Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Os índices de concentração confirmam a distribuição desigual da produção registrada entre práticas e entre estados. A concentração entre práticas foi elevada, com coeficiente de Gini de 0,82 e HHI de 0,24, resultando em número equivalente de 4,2 práticas. Entre as unidades federativas, considerando o volume absoluto, o coeficiente de Gini foi de 0,68 e o HHI de 0,16, com número equivalente de 6,2 estados. Após padronização por 100 mil habitantes, a concentração entre estados diminuiu, com Gini de 0,36, HHI de 0,06 e número equivalente de 17,1 unidades federativas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Índices de concentração da produção registrada de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Brasil, 2025

| Dimensão analisada | Gini | HHI | Número equivalente |
|---|---|---|---|
| Práticas (n=37) | 0,82 | 0,24 | 4,2 |
| Estados, volume absoluto (n=27) | 0,68 | 0,16 | 6,2 |
| Estados, por 100 mil habitantes (n=27) | 0,36 | 0,06 | 17,1 |

Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.

A posição de Minas Gerais na distribuição das taxas estaduais por 100 mil habitantes foi avaliada por critérios de detecção de valores atípicos. A taxa do estado foi de 3.951 procedimentos por 100 mil habitantes, acima da cerca superior de Tukey, estimada em 2.785. O escore-z robusto foi de 5,7. No teste de Grubbs, o valor observado foi de 3,94, superior ao valor crítico de 2,86 para nível de significância de 5% (Tabela 3).

**Tabela 3.** Avaliação de Minas Gerais como valor atípico na taxa de procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por 100 mil habitantes, Brasil, 2025

| Critério | Valor |
|---|---|
| Taxa de Minas Gerais por 100 mil habitantes | 3.951 |
| Cerca superior de Tukey | 2.785 |
| Escore-z robusto de Minas Gerais | 5,7 |
| Grubbs G de Minas Gerais | 3,94 |
| Grubbs crítico (5%) | 2,86 |

Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.

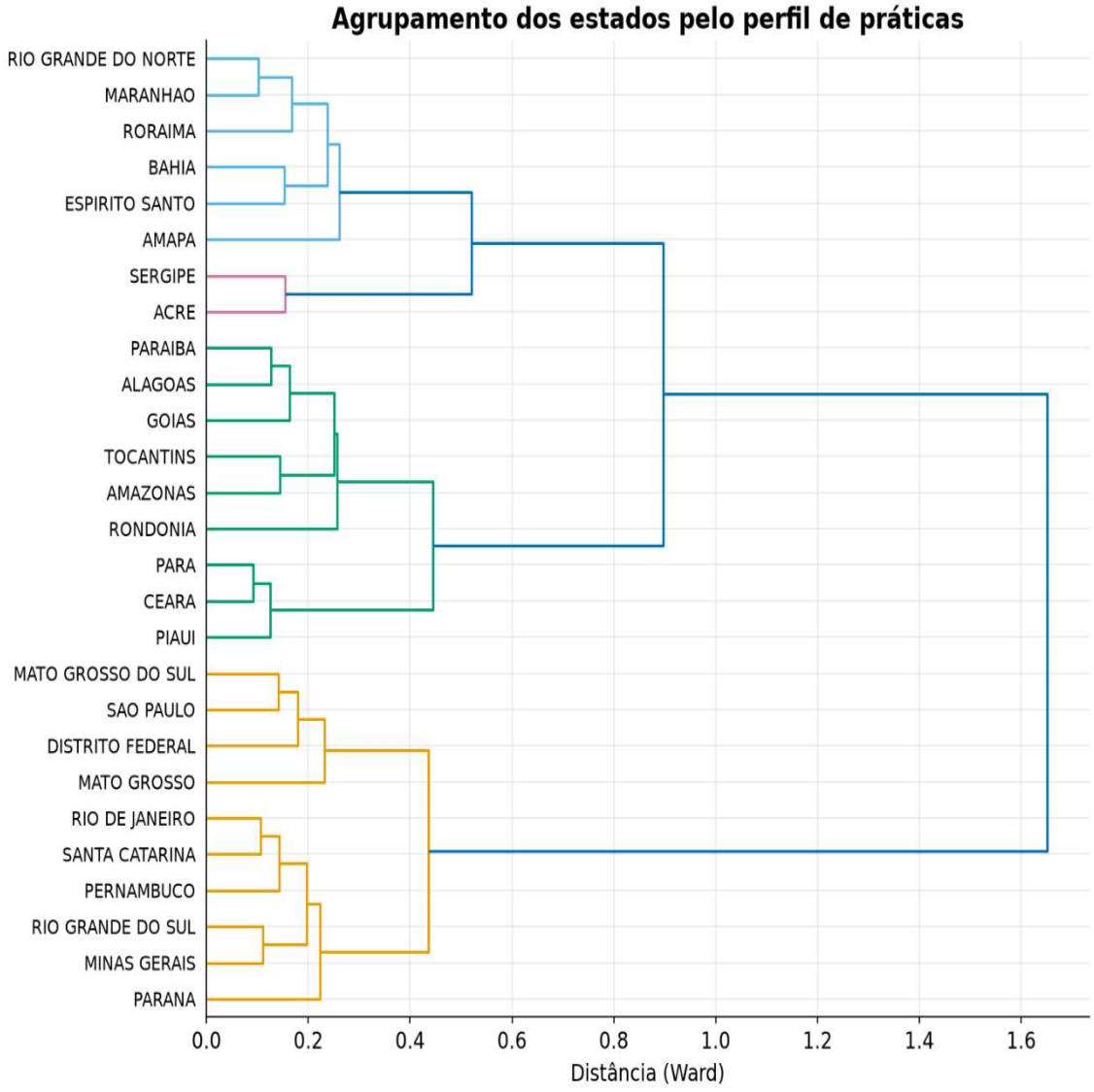
A análise de agrupamento hierárquico, realizada a partir da participação relativa das práticas no total de procedimentos de cada unidade federativa, identificou dois agrupamentos principais. O primeiro agrupamento, denominado modelo auriculoterapia, reuniu 10 unidades



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

federativas e apresentou participação média de 53,0% de auriculoterapia e 10,0% de eletroestimulação. O segundo agrupamento, denominado modelo eletroestimulação, reuniu 17 unidades federativas, com participação média de 37,0% de eletroestimulação e 17,0% de auriculoterapia (Figura 3).

**Figura 3.** Dendrograma do agrupamento das unidades federativas segundo perfil de práticas registradas, Brasil, 2025




Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A distribuição dos agrupamentos por macrorregião indicou padrão territorial. No modelo auriculoterapia, predominaram unidades federativas das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. No modelo eletroestimulação, concentraram-se todas as unidades federativas da região Norte e a maioria das unidades federativas do Nordeste. A região Sul teve suas três unidades federativas classificadas no modelo auriculoterapia; a região Norte teve todas as sete unidades federativas classificadas no modelo eletroestimulação; e o Nordeste apresentou oito de suas nove unidades federativas nesse mesmo modelo (Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição dos modelos de oferta registrada de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por macrorregião, Brasil, 2025

| Região | Modelo auriculoterapia | Modelo eletroestimulação |
|---|---|---|
| Centro-Oeste | 3 | 1 |
| Nordeste | 1 | 8 |
| Norte | 0 | 7 |
| Sudeste | 3 | 1 |
| Sul | 3 | 0 |

Fonte: elaboração própria a partir do SISAB/SAPS-MS, 2025.

Em conjunto, os resultados indicaram concentração da produção registrada de PICS em poucas práticas, destaque de Minas Gerais na intensidade de registros por habitante e presença de dois perfis principais de produção estadual, diferenciados pela predominância relativa de auriculoterapia ou eletroestimulação.

Os resultados deste estudo evidenciaram que a produção registrada de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, em 2025, apresentou três características centrais: forte concentração em poucas práticas, heterogeneidade territorial entre unidades federativas e formação de perfis estaduais distintos de produção, com predomínio de um modelo centrado na auriculoterapia e outro na eletroestimulação. Esses achados indicam que a institucionalização normativa das PICS no SUS não se traduz, necessariamente, em oferta diversificada e homogênea no território nacional.

A concentração da produção registrada em poucas práticas foi um dos principais achados. Embora a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contemple amplo conjunto de modalidades terapêuticas, a maior parte dos procedimentos registrados em 2025 concentrou-se em auriculoterapia, eletroestimulação, acupuntura, aromaterapia e massoterapia. Esse padrão dialoga com Sousa *et al.* (2012), que já apontavam dificuldades de



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

visibilidade e registro da produção das PICS no SUS, além de desigualdades na oferta e na consolidação dessas práticas nos serviços. Também se aproxima da análise de Tesser, Sousa e Nascimento (2018), ao destacarem que, apesar da expansão normativa das PICS, sua implementação na Atenção Primária à Saúde permanece marcada por baixa institucionalização, dependência de iniciativas locais e concentração em práticas mais viáveis no cotidiano dos serviços.

A predominância da auriculoterapia, responsável pela maior proporção dos procedimentos registrados, sugere que práticas de menor custo, execução relativamente rápida, maior possibilidade de incorporação por profissionais da APS e facilidade de registro tendem a ganhar maior capilaridade. Esse achado dialoga com a literatura que aponta o papel dos profissionais da Estratégia Saúde da Família como atores relevantes na expansão das PICS, muitas vezes por iniciativa própria, a partir de formações específicas e experiências locais (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; BARBOSA *et al.*, 2020). Assim, a concentração em auriculoterapia pode refletir não apenas preferência terapêutica, mas também condições operacionais de oferta, disponibilidade de capacitação e adaptação ao processo de trabalho da APS.

O destaque da eletroestimulação como segunda prática mais registrada merece análise cuidadosa. No conjunto nacional, ela assumiu peso expressivo e estruturou um dos dois perfis estaduais identificados no agrupamento hierárquico. Esse achado diferencia-se de estudos anteriores, nos quais práticas como plantas medicinais, acupuntura, homeopatia e práticas corporais apareciam com maior centralidade na descrição da oferta de PICS no SUS (SOUSA *et al.*, 2012; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Essa diferença pode indicar mudança no padrão recente de registro, incorporação de procedimentos específicos em determinados territórios ou maior padronização de lançamentos no SISAB. No entanto, por se tratar de produção registrada, não é possível afirmar se o resultado representa maior oferta real.

A análise padronizada por 100 mil habitantes evidenciou diferenças importantes na intensidade da produção registrada de PICS entre as unidades federativas. Minas Gerais destacou-se com a maior taxa nacional, seguido por Rio Grande do Sul, Amazonas, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Piauí, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Acre e São Paulo. Esse resultado mostra que a distribuição territorial das PICS não pode ser compreendida apenas pelo porte populacional dos estados, mas deve considerar a intensidade relativa dos registros em relação à população residente. A presença de estados de diferentes regiões entre as maiores taxas sugere que a produção registrada pode refletir combinações distintas de institucionalização local, capacidade de registro, formação profissional e organização da APS.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Minas Gerais destacou-se como ponto fora da curva na taxa de procedimentos por 100 mil habitantes, resultado confirmado pelos três critérios de detecção de valores atípicos empregados. Esse padrão pode ter diferentes explicações, não excludentes. Uma possibilidade é que o estado possua maior institucionalização das PICS, com políticas, redes de formação, profissionais capacitados e maior incorporação dessas práticas na rotina dos serviços. Outra possibilidade é que haja melhor qualidade de registro ou maior cultura institucional de alimentação dos sistemas de informação. A literatura sobre PICS em Minas Gerais aponta a relevância da educação permanente e da organização do trabalho para sua consolidação na Atenção Primária à Saúde, o que pode contribuir para compreender a posição diferenciada do estado (BRAGA, 2019). Ainda assim, os dados disponíveis neste estudo não permitem distinguir completamente oferta real de qualidade do registro.

Essa distinção entre “ter oferta” e “registrar produção” é central para o debate sobre monitoramento das PICS. Estudos baseados em inquéritos, como o de Soares, Pinho e Tonello (2020), captam a presença institucional das práticas nos municípios; estudos baseados em sistemas de informação, como o presente, captam procedimentos lançados administrativamente. Ambas as abordagens são complementares. A primeira permite identificar capilaridade e implantação local; a segunda permite mensurar volume, intensidade e composição da produção registrada. A divergência entre esses tipos de evidência não deve ser vista como contradição, mas como indicação de que a institucionalização das PICS possui múltiplas dimensões: normativa, organizacional, assistencial e informacional.

A baixa difusão nacional de práticas como dança circular/biodança, ozonioterapia, reiki, biodança, termalismo, yoga, bioenergética e dança circular revelou outra dimensão da concentração. A lacuna não se restringe ao volume total de procedimentos, mas à baixa adoção efetiva de parte do rol previsto na política. Esse achado dialoga com Amado *et al.* (2018), ao discutirem que, após mais de uma década de PNPIC, persistem desafios relacionados à ampliação, sustentabilidade, financiamento, formação profissional e institucionalização das práticas. Também se aproxima das reflexões de Habimorad *et al.* (2020), que identificaram potencialidades da política, mas também fragilidades em sua implementação, especialmente quanto à gestão, formação e monitoramento.

O agrupamento hierárquico identificou dois modelos principais de produção registrada: um modelo auriculoterapia e um modelo eletroestimulação. O primeiro concentrou unidades federativas das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste; o segundo concentrou todas as unidades da região Norte e a maioria do Nordeste. Esse padrão sugere que as PICS não se organizam como política uniforme no território nacional, mas como arranjos regionais e estaduais distintos.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tais diferenças podem estar relacionadas à disponibilidade de profissionais capacitados, estratégias estaduais de indução, cultura institucional dos serviços, aquisição de insumos, organização da APS e formas de registro no sistema de informação.

A identificação desses dois modelos também amplia a leitura sobre desigualdades territoriais. Os índices de concentração mostraram que a desigualdade entre estados diminuiu após a padronização populacional, enquanto a concentração entre práticas permaneceu elevada. Isso sugere que o principal problema não está apenas em quais estados produzem mais, mas em quais práticas predominam e quais permanecem residuais. Em outras palavras, a PNPIC parece ter alcançado maior diversidade normativa do que diversidade efetiva de procedimentos registrados. Esse achado reforça a necessidade de políticas de apoio que não apenas ampliem o volume de registros, mas também qualifiquem a diversificação da oferta, respeitando necessidades territoriais, evidências disponíveis, segurança, formação profissional e capacidade local de implementação.

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde tem defendido a integração das medicinas tradicionais, complementares e integrativas aos sistemas nacionais de saúde, desde que acompanhada de regulação, qualificação, segurança, monitoramento e produção de evidências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Os achados deste estudo dialogam com essa orientação ao mostrar que a existência de uma política nacional não é suficiente para garantir integração homogênea. A consolidação das PICS exige sistemas de informação qualificados, mecanismos de avaliação, protocolos assistenciais, educação permanente, financiamento adequado e capacidade de gestão nos diferentes níveis federativos.

A presença de práticas com baixa difusão também exige cautela analítica. Baixo registro não significa necessariamente ausência completa de oferta, pois algumas práticas podem ocorrer em atividades coletivas, ações educativas, grupos ou registros inespecíficos. Além disso, diferenças na nomenclatura dos procedimentos, desconhecimento dos códigos, instabilidade do sistema de registro e baixa prioridade institucional podem afetar a visibilidade administrativa das PICS. Sousa *et al.* (2012) já apontavam que a produção registrada não esgota a realidade da oferta, e essa limitação permanece relevante em 2025. Assim, parte da concentração observada pode decorrer tanto de escolhas assistenciais quanto de mecanismos de registro.

Os resultados também dialogam com Telesi Júnior (2016), ao reconhecer que as PICS vêm se tornando realidade na rede pública, mas ainda tensionam o modelo biomédico hegemônico e demandam novas formas de cuidado, escuta e integralidade. O predomínio de



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

práticas pontuais e de estímulo pode indicar maior adaptação às rotinas tradicionais da APS, mas também pode limitar a potência da PNPIC como política de diversificação de racionalidades terapêuticas. A incorporação das PICS ao SUS não deve ser reduzida à contagem de procedimentos, pois envolve vínculo, escuta, autonomia, autocuidado, práticas corporais, cuidado coletivo e mudanças no modo de produzir saúde.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o uso de dados secundários, agregados e administrativos, dependentes da qualidade do registro no SISAB. A análise não permite estimar acesso individual, cobertura populacional, número de profissionais habilitados, disponibilidade de serviços, qualidade clínica das práticas ou experiência dos usuários. Também não permite afirmar que estados com maior registro tenham, necessariamente, maior oferta real ou maior qualidade do cuidado. Além disso, a unidade de análise estadual pode ocultar desigualdades internas entre municípios, regiões de saúde, áreas urbanas e rurais. Por fim, a análise transversal de 2025 não permite avaliar tendências temporais ou efeitos de mudanças normativas e administrativas ao longo do tempo.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui para o monitoramento nacional das PICS ao descrever a produção registrada em 2025 com abrangência nacional, padronização populacional, análise de concentração e identificação de tipologias estaduais. Ao evidenciar a concentração em poucas práticas, o destaque atípico de Minas Gerais e a existência de dois modelos territoriais de produção, os resultados oferecem subsídios para a gestão federal, estadual e municipal refletir sobre a institucionalização concreta da PNPIC. O acompanhamento sistemático desses dados pode apoiar decisões sobre formação, financiamento, qualificação do registro, diversificação da oferta e fortalecimento das PICS na Atenção Primária à Saúde.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a produção registrada de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS, em 2025, concentrou-se em poucas modalidades, especialmente auriculoterapia e eletroestimulação, apesar da ampla diversidade prevista na PNPIC. A análise por 100 mil habitantes mostrou diferenças importantes entre as unidades federativas, com destaque para Minas Gerais, além da presença de dois perfis territoriais de produção: um centrado na auriculoterapia e outro na eletroestimulação.

Os resultados reforçam a necessidade de qualificar o monitoramento das PICS no SUS, considerando a intensidade dos registros, a diversidade efetiva das práticas e as desigualdades



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

territoriais. O fortalecimento da política requer apoio institucional, formação profissional, financiamento e melhoria da qualidade dos registros no SISAB.

## REFERÊNCIAS

AMADO, Daniel Miele *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *Journal of Management & Primary Health Care*, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 290-308, 2018.

BARBOSA, Fernanda Elizabeth Suassuna *et al.* Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00208818, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00208818.

BRAGA, Heloísa Helena Monteiro. *Práticas integrativas e complementares e educação permanente em saúde: implicação na Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais*. 2019. 137 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui novas práticas à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 mar. 2018.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti *et al.* Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.11332018.

SOARES, Rafaela Duailibe; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; TONELLO, Aline Sampieri. Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 749-761, 2020.

SOUSA, Islandia Maria Carvalho de *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.00100007.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 174-188, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Geneva: World Health Organization, 2019.



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.