

As PICS e as dinâmicas de poder na saúde

*Fernanda Heloisa de Mello*¹

*Marcos Aurélio da Silva*²

Universidade Federal de Mato Grosso

Resumo: Este artigo reflexiona como as dinâmicas de poder sugestionam a implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS. A metodologia empregada foi a qualitativa interpretativa. Discorre-se sobre as PICS, regulamentadas a partir da PNPIC de 2006, como práticas de cuidado, mas que enfrentam desafios ao serem ajustadas à lógica do sistema. Aborda-se a hegemonia biomédica e a imposição dos critérios científicos modernos que, embora expressem segurança, limitam práticas que correspondem a outras racionalidades. O artigo também discute o deslocamento da responsabilidade do cuidado para o indivíduo, promovido pelo autocuidado, que permite mais autonomia ao sujeito, porém, alinhado a uma lógica neoliberal suprime a atuação estatal direta. Por fim, consideram-se as demandas de financiamentos mais robustas à políticas públicas que ascendam a diversidade cultural e garantam acesso equitativo ao cuidado, e o suscitar de um diálogo efetivo entre diferentes racionalidades, incentivando o pluralismo e o reconhecimento de práticas de cuidado nos seus próprios saberes.

Palavras-chave: PICS; cuidados; SUS; poder.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMT. Professora do Curso de Graduação em Educação Física da Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat).

² Mestre (2003) e Doutor (2012) em Antropologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFMT. Professor permanente dos programas de Pós-Graduação em Antropologia Social e em Saúde Coletiva.

Integrative and complementary practices in health (PICS) and power dynamics in health

Abstract: This article reflects on how power dynamics suggest the implementation of Integrative and Complementary Health Practices (PICS) in the SUS. The methodology used was qualitative and interpretative. The PICS, regulated by the 2006 PNPIC, are discussed as care practices that face challenges when adjusted to the logic of the system. The article addresses biomedical hegemony and the imposition of modern scientific criteria that, although expressing safety, limit practices that correspond to other rationalities. The article also discusses the shift of responsibility for care to the individual, promoted by self-care, which allows more autonomy to the subject, but aligned with a neoliberal logic, suppresses direct state action. Finally, the article considers the demands for more robust financing for public policies that promote cultural diversity and guarantee equitable access to care, and the promotion of an effective dialogue between different rationalities, encouraging pluralism and the recognition of care practices in their own knowledge.

Keywords: PICS; care; SUS; power.

Práticas integrativas y complementarias de salud (PICS) y dinámica de poder en la salud

Resumen: Este artículo reflexiona sobre cómo las dinámicas de poder sugieren la implementación de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud (PICS) en el SUS. La metodología utilizada fue cualitativa interpretativa. Las PICS, regulados por la PNPIC de 2006, son discutidos como prácticas de cuidado, pero que enfrentan desafíos cuando se ajustan a la lógica del sistema. Se aborda la hegemonía biomédica y la imposición de criterios científicos modernos que, si bien expresan seguridad, limitan prácticas que corresponden a otras racionalidades. El artículo también discute el traspaso de la responsabilidad del cuidado al individuo, promovido por el autocuidado, que permite mayor autonomía al sujeto, sin embargo, alineado con una lógica neoliberal, suprime la acción directa del Estado. Finalmente, se consideran demandas de financiamiento más robustas para políticas públicas que promuevan la diversidad cultural y garanticen un acceso equitativo a los cuidados, y que fomenten un diálogo efectivo entre diferentes racionalidades, fomentando el pluralismo y el reconocimiento de las prácticas de cuidado en sus propias comunidades.

Palabras clave: PICs; cuidado; SUS; poder.

Este artigo tem como objetivo reflexionar como as dinâmicas de poder sugerem a implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Para tanto, nos apropriamos da metodologia qualitativa com foco interpretativo, dita por Minayo (2014) como uma abordagem capaz de combinar rigor analítico com sensibilidade para os contextos e discursos. Assim, primordialmente, exibimos as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como um conjunto de práticas de cuidado chanceladas na legislação brasileira por meio da Portaria 971, do Ministério da Saúde, de maio de 2006, que apresenta a Política Nacional de PICS, a PNPICS (BRASIL, 2006). Para além, destacamos que, internacionalmente, a luz da Organização Mundial da Saúde (OMS), tais práticas fazem parte das denominadas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI).

Nesse contexto, ambos agrupamentos são compostos por medicinas tradicionais, explicadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como a união abrangente de saberes, habilidades e práticas fundamentadas em teorias, crenças e vivências de povos tradicionais de diversas culturas empregadas na preservação da saúde, bem como na prevenção, identificação, alívio ou tratamento de enfermidades e, por complementariedade, estendidas às práticas que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional por um dado sistema de saúde, mas que são acionadas pelos sujeitos (OPAS, 2023).

Nesse caminho, prosseguindo a respeito da identificação dos termos, a adoção comum do vocábulo *integrativas* contempla modelados entendimentos. Para a PNPIC, são integrativas as práticas realizadas por profissionais de saúde, ou por pessoas capacitadas com a supervisão destes, com base no modelo de atenção humanizada e voltadas à totalidade do indivíduo. A ideia é que elas busquem estimular os mecanismos naturais com tecnologias eficazes e seguras para obtenção de resultados, destacando como mecanismo impulsionador para o alcance da integralidade a escuta acolhedora como forma de criação e sustentação do vínculo terapêutico e do liame: ser humano–meio ambiente–sociedade (BRASIL, 2006).

Destaca-se também que o princípio da integralidade exposto é um dos pilares normativos SUS. O termo é amplamente entendido como uma diretriz voltada a garantir que a assistência à saúde oferecida no sistema público busque considerar as diversas dimensões dos problemas de saúde e aborde de maneira abrangente as complexidades associadas, tanto às condições de saúde pública quanto às necessidades individuais das pessoas (TESSER e LUZ, 2008). Nesses alcances, a ideia de integração atribuída às práticas profissionais de saúde pode ser entendida com conceitos extrapolativos, que dizem respeito à existência de uma vitalidade plena, que só pode ser produzida no pensamento de incompletude dos sujeitos quando abordada a individualidade e na interdependência dos sujeitos com o meio vivido.

É interessante mencionar que a vitalidade plena, nas condições de Foucault (2021), pode ser interpretada como um ideal normativo construído por práticas de poder-saber, que ajustam os corpos e subjetividades em busca de um estado

considerado necessário. Para o filósofo, o processo dinâmico que forma os sujeitos é marcado por discursos e práticas materiais que definem o que é convencionalizado ou não. No entanto, deve-se considerar também o ressoar do pensamento sobre o ser inacabado – a formulação de que os sujeitos nunca estão completamente determinados, ou seja, permanecendo em constante transformação e interação com o meio. A apresentação de incompletude, ademais, pode ser lida em diálogo com as práticas de liberdade em Foucault (2021), enredando o reconhecimento da plasticidade do ser e da possibilidade de resistir ou reconfigurar as condições impostas pelas relações de poder.

Nessas nuances, ata-se à PNPICS a expressão da biopolítica, que diz respeito às estratégias de gestão da vida e da saúde da população, ajuizando o indivíduo e o seu ambiente (FOUCAULT, 2024). Nota-se que a política reflete relações de poder que organizam o campo do possível para os sujeitos, no caso, as práticas de cuidado incorporadas ao SUS. Nesse sentido, reforça-se que as práticas são uma abertura a outras formas de ser de modo convencionalizado para os sujeitos, também uma nova maneira de superintender a vida. Tais realidades são exteriorizadas pelo Estado ao regulamentar as PICS, quando demarca quais práticas são aceitas e em que condições elas podem ser aplicadas, inserindo-as em um aparato institucional que ajusta sua disponibilidade a normas e critérios.

Aparentemente, seria uma forma menos restritiva de gestar, considerando que até então o convencionalizado são as práticas da biomedicina ou o sistema médico oficial de base biologicista. Entretanto, requer atenção ao frisar-se que as PICS elencadas são recursos terapêuticos que fortalecem o cuidado ofertado no SUS e ampliam a percepção da população no sentido da autonomia e do autocuidado (BRASIL, 2006). Esse trilhar pode ser visualizado em conformidade com objetivos do SUS (BRASIL, 1990), convergindo na valorização da participação popular, na redução do uso de tecnologias pesadas, na assistência contínua e resolutiva. Mas, também, como uma investida a abranger as práticas tradicionais em uma estrutura formal, transformando-as em recursos alinhados com os modos de atuação do sistema, ou seja, uma agregação seduzida, pois ao moldar essas práticas para se adequarem às exigências institucionais, elas perdem parte de sua autonomia e de seu caráter de resistência cultural, sendo reconfiguradas dentro de uma lógica que permite a manutenção dos padrões estabelecidos.

Atualmente, a PNPICS comporta práticas oriundas de espaços geográficos diferentes e de pluralidades culturais que são compartilhadas globalmente. São registradas como PICS: a Fitoterapia, a Terapia Comunitária Integrativa, a Geoterapia e a Imposição de Mãos – consideradas essencialmente brasileiras pelas características culturais indígenas e afro-brasileiras (BRASIL, 2006); a Aromaterapia, a Musicoterapia, a Apiterapia, a Naturopatia, o Termalismo e a Cromoterapia que apresentam histórias remetidas à antiguidade (BING, 2013). Já a Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, a Ayurveda, a Yoga, a Meditação, o Reiki, a Shantala e a Reflexologia são representativas da cultura asiática (BING, 2013); enquanto, as práticas de Homeopatia, Antroposofia, Arteterapia, Terapia de Florais, Constelação Familiar e Dança Circular seriam originárias da Europa (BRASIL, 2006); a Quiropraxia e a Osteopatia foram propagadas pelos Estados Unidos (BIOSAPERE CENTRO MÉDICO, 2024; CORREIA, 2016). Por fim, a Biodança tem sua origem atribuída ao povo chileno (TORO, 2013).

A complexidade cultural e histórica que permeia as práticas adotadas na PNPICS requer ponderarmos que, mesmo sendo uma oportunidade preciosa para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e plural, é contundente o enfrentamento da descontextualização e marginalização de saberes, garantindo

que essas práticas sejam introduzidas respeitosamente. A legislação brasileira vem atualizando a introdução de novas práticas ao longo dos anos. No entanto, ainda estabelece critérios que desconsideram uma diversidade de práticas que são parte da identidade de comunidades tradicionais do Brasil, legitimando algumas práticas e descartando outras.

Nesse caminho, o Estado fortalece relações de poder e marginaliza saberes locais e comunitários. Para a PNPICS, os processos de adesão de práticas no SUS implicam na averiguação de evidências científicas, de eficácia e da garantia de segurança. Conquanto isso possa ser necessário para garantir um cuidado de qualidade, da mesma forma implica a domesticação de saberes e práticas que, em sua origem, abrigam racionalidade própria e estão afastadas da lógica da racionalidade do sistema médico biomédico. De acordo com Tesser e Luz (2008), uma racionalidade médica é formada por um conjunto estruturado e integrado de conhecimentos composto por cinco dimensões interconectadas. Estas dimensões, necessariamente, abarcam: a compreensão da forma humana – aspectos morfológicos; o estudo dos processos vitais, um sistema de diagnóstico; um sistema terapêutico e uma doutrina que explica a doença ou o adoecimento, suas causas, evolução e possíveis curas. Todas essas dimensões estão fundamentadas em uma sexta perspectiva, implícita ou explícita, que é uma visão cosmológica. Com base nessa definição, é possível diferenciar sistemas médicos, como a Biomedicina, a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Ayurveda de práticas ou métodos avulsos, como a Terapia de Florais, o Reiki, Biodança, entre outras.

No entanto, o marco legislativo das PICS requer tal clareza conceitual. A ausência de dispositivos que promovam alusão a ambas as categorias - com o devido pluralismo epistemológico - é fundamental para que exista uma articulação cuidadosa que evite a fragmentação e o desvio da finalidade das práticas. Nesse sentido, a legitimação de uma comunicação em que os diferentes saberes sejam valorizados em seus próprios termos é imperativa.

Uma arena de conflitos e consensos: PICS, biomedicina e ciência

Com efeito, intrínseco ao êxito das PICS no SUS está a hegemonia da biomedicina. Camargo Jr. (2005) pormenoriza a biomedicina a partir de sua associação a um imaginário científico alinhado à racionalidade da mecânica clássica, que busca compreender os fenômenos ao isolar elementos distintos, os quais são adiante reunidos para explicar seus mecanismos originais. Essa abordagem considera que o funcionamento total dos sistemas é o resultado da soma de suas partes, e as desproporções são atribuídas ao desconhecimento de algum componente.

Nesse caminho, o reconhecimento de três características da biomedicina é essencial para reflexão sobre a tensão exercida sobre outras racionalidades e práticas. São elas: o *caráter generalizante*, focado na produção de conhecimentos com validade universal, criando modelos e leis de aplicação geral, sem considerar particularidades dos indivíduos; *caráter mecanicista*, os modelos desenvolvidos tendem a equiparar o universo a uma grande máquina, operando sob princípios de causalidade linear que podem ser traduzidos em mecanismos; e o *caráter analítico*, quando a investigação teórica e experimental para compreender as leis gerais do funcionamento dessa máquina parte do princípio de que o todo pode ser explicado pelo estudo das partes isoladas (CAMARGO JR., 2005).

Em contrapartida, nas terapias que são agregadas às PICS, as abordagens são individualizadas e contextualizadas, considerando os aspectos culturais, emocionais e ambientais de cada sujeito. Ao invés de padronizar, as práticas emergem das necessidades específicas de cada pessoa. Ademais, o ser humano é visto como um sistema integrado e interdependente, em que corpo, mente e espírito estão conectados. Assim, o cuidado não é delimitado ao tratamento das queixas e sintomas, mas no alcance do equilíbrio geral. Para tanto, as práticas atuam de modo sistêmico, considerando que o funcionamento do todo não pode ser completamente explicado pela análise de partes fragmentadas.

Deste modo, enquanto a biomedicina promove uma visão mais reducionista e universalista, as PICS promovem a visão individualizada e holística. Essas diferenças refletem o constante aprimoramento da biomedicina em termos de diagnóstico e tratamento de doenças específicas, ao passo que as PICS ampliam o escopo do cuidado, considerando fatores subjetivos, culturais e emocionais que atuam sobre a saúde.

Para Canguilhem (2024), existe a prática operativa evidenciada na biomedicina que a conduz para a prática de identificação e intervenção sobre estados considerados desviantes de um padrão normativo de estado humano, representando então o que é normal e o que é patológico. Em termos de construção histórica, não se trata de essencialidade ou de ordens inutáveis, o que é considerado normal ou patológico varia conforme o contexto. Canguilhem menciona que a normalidade não é uma condição estática, mas uma habilidade do organismo de se adaptar a variações no ambiente. Desta forma, o normal é dinâmico, ao mesmo tempo que patológico é uma limitação dessa habilidade de adaptação. Já em termos práticos, a separação é uma ferramenta que direciona análise e intervenção médica.

Por seu turno, as PICS, desconsideradas as minúcias de cada prática, convergem na busca por equilibrar o indivíduo como um todo desafiando uma ruptura com a normatividade biomédica. A concentração de esforços no equilíbrio e na harmonia voltam-se para o fortalecimento da capacidade de autorregulação. A doença em si, é observada apenas como um sinal de desequilíbrio no organismo que precisa ser compreendido e integrado (BING, 2013).

Toma-se como exemplo a prática da acupuntura, amparada pela Medicina Tradicional Chinesa. Nessa prática a saúde é conexa ao fluxo harmonioso do *Qi* - a energia vital, energia que circula pelo corpo humano e está presente também em todos os seres vivos. O *Qi* é considerado essencial para manter a vida, promover a saúde e garantir o equilíbrio entre corpo, mente e espírito. Quando ele está em excesso, deficiência ou bloqueado, aparecem os sinais e sintomas de doenças. E a doença, em contrapartida, é um reflexo do desajuste entre o organismo e o ambiente (DULCETTI JR., 2019).

Contempla-se também o anunciado por Otani e Barros (2011), após estudo de revisão sistemática, em que discorrem sobre o conceito de Medicina Integrativa, uma corrente dentro das Ciências Médicas, considerando que esta é um modo operante de médicos que visam unir práticas convencionais e não convencionais para proporcionar cuidados mais abrangentes e personalizados ao paciente. Para os pesquisadores, os achados revisados indicam que essa união representa que práticas holísticas e a medicina baseada em evidências podem coexistir ao se pensar em integralidade.

Nesse sentido, a prática da Medicina Integrativa estimularia os profissionais a considerarem não apenas os sintomas físicos, mas também fatores como genética, nutrição, aspectos psicossociais, culturais e meio ambiente, promovendo a

prevenção e o bem-estar ampliado do paciente (OTANI e BARROS, 2011). Observa-se que a convergência entre as PICS e a Medicina Integrativa reflete um movimento de ressignificação do cuidado à saúde. Essa intersecção representa uma abertura para abordagens mais centradas no paciente, com uma ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, no lugar de tratamento focados em sintomas ou doenças específicas. Em decorrência, as diferentes perspectivas que abarcam as práticas de cuidado, colocam em questionamento o estado de saúde ideal normativo da biomedicina, abrindo espaço para outros entendimentos.

Apesar disso, as práticas de cuidado são uniformizadas em suas articulações com a ciência para que possam ser inclusas no SUS. As práticas inseridas no rol das PICS foram submetidas as análises de eficácia aos moldes da racionalidade científica moderna permitindo assim debates intensos. Por um lado, a análise de eficácia científica segundo os moldes da racionalidade moderna como ferramenta para comprovar a segurança, eficácia e padronização das práticas de saúde oferecidas à população promovendo a acessibilidade das PICS em larga escala e sua legitimação frente à sociedade. Por outro, o levantamento de questões sobre a compatibilidade e o efeito da exigência sobre as PICS que possuem lógicas, epistemologias e valores distintos.

Atenta-se que a ciência moderna, segundo Popper (2005), é operada por uma abordagem sistemática e empírica para compreender, explicar e intervir no mundo natural e social. Os principais aspectos que definem seu funcionamento são racionalidade, empirismo, reducionismo, objetividade, controle, previsibilidade e processo contínuo. E, a evidência científica, precisamente, abarca a clássica indução afirmando que a ciência constrói evidências pela acumulação de observações positivas. Fato que, para Popper, requer necessariamente uma contraprova baseada em testes rigorosos, em busca também de evidências contrárias.

No contexto das PICS, as práticas inseridas foram objeto da análise científica moderna. Porém, outras práticas de cuidado permanecem às margens devido à falta de dados replicáveis ou de explicações que caibam no modelo. Por vezes, essas são mais amplas e interpretativas, não se encaixam a proposição de testes empíricos. Por exemplo, práticas que se baseiam em energia vital como a Radies-tesia ou na espiritualidade, como o Benzimento, podem ser consideradas não controláveis e não falseáveis.

A esse respeito, Latour (2019) desafia a visão convencional de modernidade e exhibe uma outra forma de tratamento para entender a ciência, a sociedade e a natureza. Para o pesquisador é necessário que se reconheça a existência e a importância dos híbridos para repensar as fronteiras entre os domínios e para que se possa construir um mundo mais inclusivo e sustentável.

Nesse viés, se constituiria uma projeção “não moderna”, onde humanos e não-humanos – plantas medicinais, tecnologias e outros agentes materiais – são igualmente valorizados. Para as práticas de cuidado, isso implica em considerar suas raízes culturais e comunitárias para se integrarem ao SUS. Esse processo não se resume em validar práticas como PICS, selando cientificamente, mas reconhecer seus contextos sociais e culturais como essenciais para o cuidado integral.

Deslocamento da responsabilidade do cuidado

O fortalecimento das PICS no SUS está atrelado também às transformações nos sistemas de assistência para a valorização de abordagens que promovam a autonomia dos indivíduos em relação à sua própria saúde. Nesse acesso, as práticas que possibilitam o autocuidado e a autonomia dos sujeitos são, simultaneamente, instigadas como parte de uma estratégia de gestão da saúde coletiva. Esse deslocamento da responsabilidade do cuidado em saúde pelo Estado em direção ao fortalecimento do autocuidado tem sido uma tendência incentivada pela OMS (2022).

Para esta, o autocuidado apresenta-se como um componente-chave da saúde global, uma vez que tem potencial para reduzir a carga sobre os sistemas de saúde, especialmente em países com recursos limitados, melhorar a prevenção de doenças e manejar condições crônicas. Contudo, enquanto o discurso destaca a importância de empoderar os indivíduos para cuidarem de si mesmos, também reforçam a ideia de que a responsabilidade pela saúde recai predominantemente sobre o sujeito. Isso transfere o foco de fatores estruturais e sociais, como acesso à saúde, condições de trabalho e meio ambiente, para uma abordagem mais individualizada e comportamental.

Na ação de direcionar a responsabilidade para o autocuidado, o Estado continua com o controle sobre as práticas de saúde, mas mascara sua atuação sob o louvor da autonomia e da liberdade individual. À luz de Foucault (2024), pode-se refletir sobre o conceito de autocuidado a partir do conceito de governamentalidade, que discorre como o poder é exercido por meio da administração das populações, combinando instituições, normas e práticas que direcionam o comportamento dos indivíduos. O autocuidado, sobre esses aspectos, é exaltado como uma forma de autogoverno: os indivíduos são estimulados a controlar seus corpos, prevenir doenças e assumir estilos de vida.

Para tanto, o Estado adota como uma das estratégias a PNPICS, assim sendo, esse movimento prioriza-se a eficiência do sujeito e se minimiza a intervenção direta do Estado. O autocuidado mostra-se como uma livre escolha, mas, na verdade, é uma exigência moldada. De modo que o indivíduo se torna, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do controle: ele vigia e disciplina seu próprio corpo.

É relevante, enfatizar que ao fomentar o baixo custo das PICS sombreia-se a falta de investimentos em estruturas públicas de saúde no Brasil, sem considerar as demandas reais da população. Assim, a valorização das PICS não deveria ser usada como subterfúgio para justificar a retirada do Estado de suas responsabilidades. As práticas de cuidado requerem políticas públicas abrangentes e robustas em financiamento para garantirem sua natureza e acesso universal. Caso contrário, elas se manterão como uma “névoa” que oculta problemas estruturais e perpetua desigualdades.

Considerações finais

A PNPICS apresenta-se como uma iniciativa significativa para a consolidação dos propósitos do SUS, contribuindo para a ampliação do cuidado integral e para a valorização de práticas diversificadas que contemplam a pluralidade cultural, histórica e epistemológica. Ao mesmo tempo, sua implementação revela as tensões e desafios presentes na interação entre racionalidades distintas, como a biomédica e as práticas tradicionais, despertando questionamentos sobre poder, autonomia e inclusão ou marginalização.

A absorção das PICS no SUS, embora promissora, reflete as dinâmicas de poder que permeiam a biopolítica e a governamentalidade. A regulamentação do Estado e os critérios baseados na racionalidade científica moderna, embora justificados para a garantia de qualidade e segurança, podem resultar na domesticação e reconfiguração de práticas originárias de saberes tradicionais. Isso evidencia um risco de marginalização de práticas que escapam aos moldes científicos convencionais, bem como a descontextualização de saberes locais.

Outro ponto expressivo é o deslocamento da responsabilidade do cuidado para o indivíduo, que, do mesmo modo que propicia autonomia e empoderamento, reforça a lógica neoliberal de autocuidado como estratégia de governamentalidade. Esse movimento pode mascarar a insuficiência de investimentos estruturais no SUS, transferindo ao sujeito a responsabilidade pela saúde, durante o tempo que o Estado se esquivava da sua responsabilidade de atuação para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

As PICS têm o potencial de transformar o cuidado em saúde ao proporcionarem vieses mais humanizados, holísticos e inclusivos. Todavia, para que isso ocorra de maneira efetiva, é basilar que o Estado garanta condições estruturais e políticas públicas vigorosas que respeitem as especificidades dessas práticas. Além disso, é preciso fomentar o diálogo entre diferentes racionalidades, incentivando o pluralismo e o reconhecimento de práticas de cuidado nos seus próprios saberes.

Por fim, a apreciação das PICS poderia ser acompanhada de uma reflexão crítica sobre seu papel no SUS e na sociedade, garantindo que essas práticas não sejam apenas um complemento funcional, mas que representem um avanço verdadeiro no modelo de cuidado, promovendo maior justiça social no acesso à saúde.

Recebido em 25 de janeiro de 2025.
Aprovado em 10 de março de 2025.

Referências

BING, Wang. *Princípios da Medicina Interna do Imperador Amarelo*. São Paulo: Ícone, 2013.

BIOSAPERE CENTRO MÉDICO. *Quiropraxia total: alívio, saúde e bem-estar*. eBook Kindle: CaMaSa Editions, 2024.

BRASIL. Lei 8.080, de 18 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971, de 02 de maio de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2024.

CORREIA, Maria Luísa A. *Raízes Da Osteopatia: uma medicina de diagnóstico e terapêutica manual*. Rio de Janeiro: Revan, 2016.

DULCETTI JR, Orley. *Pequeno Tratado de Acupuntura Tradicional Chinesa*. 2 ed. São Paulo: Andrei, 2019.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: A vontade do saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2021. (1976).

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 2021 (1984).

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2024.

LATOURE, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Editora 34, 2019.

LUZ, Madel Terezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 15: 145-176, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

OMS. *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar*. Organización Panamericana de la Salud, 2022.

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organização Mundial da Saúde: OMS, 2013.

OPAS. *Medicinas tradicionais, complementares e integrativas*. Organização Pan-americana de Saúde, 2023.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3): 1801-11, 2011.

POPPER, Karl R. *A lógica da pesquisa científica*. 2 ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2005.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 9(1): 195-206, 2008.

TORO, Rolando. *Biodanza*. Milan: Red Edizioni, 2013.