



14º Seminário Nacional Sociologia & Política

Saberes em Confluência

GT 07 - Sociologia da Saúde, da Morte e das Sensibilidades

**O corpo disciplinado e o saber invisibilizado: disputas culturais e sensibilidades na
legitimação das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde aos
20 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

Edna Aparecida da Rocha Teshima¹

Nelson Filice de Barros²

INTRODUÇÃO

A promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)³, em 2006, representou um marco significativo para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo inscreveu-se em uma disputa histórica por legitimidade institucional e

¹ Edna Ap. da Rocha Teshima – Doutoranda e Mestra em Sociologia (UFPr) – Advogada, Psicanalista, Enfermeira - Pesquisadora LAPACIS, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas e pesquisadora dos grupos GETS – Grupo de Estudos Trabalho e Sociedade – UFPr - er_1800@yahoo.com.br, Orcid: 0009-0000-1963-318

² Nelson Filice de Barros – Sociólogo, Doutor, Professor Titular de Sociologia da Saúde e Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, filice@unicamp.br, Orcid: 0000-0002-2389-0056

³ Instituída pela Portaria MS nº 971/2006

científica que, como demonstra Madel Luz⁴, remonta à consolidação da medicina ocidental como única racionalidade médica portadora de cientificidade na modernidade (Luz e Barros, 2012). A formulação dessa política representou a materialização de uma demanda social preexistente, impulsionada desde 1986, por associações nacionais de fitoterapia, homeopatia e acupuntura. Embora sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde tenha ocorrido somente em 2006, após um processo participativo, a política já refletia a existência de práticas em curso em diversos estados e municípios brasileiros, ainda que de forma isolada e descontinuada (Brasil, 2006).

Ao incorporar Racionalidades Médicas (Luz e Barros, 2012), ou sistema médicos complexos⁵, como a Medicina Homeopática, a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Antroposófica, além de práticas integrativas e complementares, como a fitoterapia e a acupuntura, a PNPIC sinalizou uma ruptura simbólica com a presunção de exclusividade, reconhecendo que "existe mais de uma racionalidade médica atuante na sociedade contemporânea" (Luz, 2012, p. 28) e que o modelo biomédico não esgota as possibilidades legítimas de cuidar. Mais do que ampliar o cardápio terapêutico do SUS, a política colocou em questão aquilo que Bourdieu (1989) denominaria uma violência simbólica estrutural: a naturalização de uma ordem cognitiva que, ao identificar racionalidade com cientificidade biomédica, opera sistematicamente o apagamento de outros saberes sobre o corpo, o adoecimento e a cura. A noção de Racionalidades Médicas abre no Brasil os debates sobre a pluriepistemicidade na saúde, que é atualmente corroborada pela Organização Mundial da Saúde, em sua Estratégia Global de Medicina Tradicional 2025-2034, que afirma explicitamente a necessidade de "alinhamento dos serviços às crenças culturais e fomento ao

⁴ Madel Therezinha Luz (1939-2026), socióloga e professora titular aposentada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), foi a principal referência acadêmica na construção do conceito de racionalidades médicas no Brasil. Coordenou por mais de duas décadas o grupo de pesquisa do CNPq "Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde", cuja produção tornou-se a base teórica explicitamente reconhecida pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde na formulação da PNPIC em 2006. Faleceu em 2 de fevereiro de 2026, no Rio de Janeiro, aos 86 anos, deixando uma obra de referência incontornável para o campo da saúde coletiva brasileira.

⁵ Das 29 práticas atualmente preconizadas pela SUS, quatro constituem racionalidades médicas, isto é, sistemas médicos complexos dotados de cosmologia, doutrina médica, morfologia humana, sistema diagnóstico e sistema terapêutico próprios, quais sejam: a medicina tradicional chinesa, a medicina homeopática, a medicina ayurvédica e a medicina antroposófica. As demais 25 práticas são reconhecidas como recursos terapêuticos complementares. Essa distinção não é apenas classificatória: ela revela que o desafio da legitimação das PICS não se reduz à aceitação de técnicas pontuais, mas implica o reconhecimento de epistemologias inteiras sobre o corpo, o adoecimento e o cuidado, historicamente subalternizadas pela racionalidade biomédica hegemônica. Isso ocorre porque, enquanto a biomedicina foca na doença isolada, essas racionalidades vitalistas centram-se no sujeito como um todo, buscando devolver a harmonia vital ao indivíduo.

diálogo intercultural" como princípio norteador dos sistemas de saúde (WHO, 2025, p. 6, tradução nossa). Nesse sentido, a PNPIC pode ser lida não apenas como política de saúde, mas como um ato de reconhecimento de epistemologias historicamente subalternizadas, um movimento que, para se consolidar, precisa enfrentar resistências que vão muito além da dimensão administrativa e que se inscrevem, como argumentaremos, nos corpos, nas instituições e nas culturas.

Observa-se que, apesar do reconhecimento institucional das PICS no âmbito do SUS, sua oferta ocorre de forma ainda tímida e desigual, sendo acompanhada por limitações no acesso e por escassez de dados sistematizados sobre sua utilização. A literatura também aponta que, embora existam evidências de efeitos positivos tanto para os usuários quanto para os serviços que incorporaram essas práticas, sua implementação permanece restrita, o que dificulta a avaliação mais ampla de seus impactos e sua consolidação no sistema de saúde (Barros et al., 2020; Barros et al., 2022; Silva et al., 2024).

Duas décadas após a sua promulgação a trajetória das PICS no sistema público de saúde revela um cenário ambíguo. Se, por um lado, a política foi ampliada de 5 para 29 práticas reconhecidas entre 2017 e 2018, e se levantamentos iniciais já indicavam que cerca de 86% das ações se concentravam na atenção básica (Brasil, 2006), por outro lado, persistem resistências significativas à sua plena legitimação e integração nos serviços de saúde. Tais resistências não podem ser atribuídas unicamente a limitações de ordem estrutural, como a falta de financiamento ou de recursos humanos. Como já aponta a literatura da área, a predominância do modelo biomédico estabelece barreiras culturais que dificultam a plena legitimação desses saberes, as quais estão ancoradas em dimensões simbólicas, culturais e sensíveis que moldam as experiências de cuidado e as representações sociais sobre o que é um corpo saudável e um tratamento eficaz (Brasil, 2006; Luz, 2012).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde não se limitam a técnicas terapêuticas isoladas, mas configuram racionalidades médicas próprias, articulando dimensões naturais, racionais e sociais na compreensão do processo saúde-doença (Luz, 2012). Nesse sentido, sua inserção no SUS não representa apenas a ampliação de ofertas terapêuticas, mas tensiona a hegemonia biomédica ao introduzir formas distintas de produzir cuidado (Barros, 2008), baseadas em outras concepções de corpo, diagnóstico e tratamento (Luz; Barros, 2012).

Esse reconhecimento não é exclusivamente brasileiro, em vários documentos e na Estratégia Global de Medicina Tradicional 2025-2034 (Who, 2025) a Organização Mundial da Saúde reconhece explicitamente a necessidade da integração de diferentes medicinas à cultura

de cuidado biomédica como princípio norteador dos sistemas de saúde, sinalizando que a dimensão cultural do cuidado é hoje uma agenda sanitária global. Esse processo de desqualificação foi, aliás, constitutivo da própria construção da medicina ocidental: desde o século XVII, quando a ciência passou a ser a forma socialmente legítima de produzir conhecimento, “a arte de curar doentes teve um estatuto decrescente com o passar dos séculos” (Luz, 2012, p. 37), enquanto a teoria das doenças ganhava hegemonia progressiva sobre a terapêutica, consolidando o que a autora denomina uma tripla cisão interna à racionalidade médica ocidental: entre ciência e arte de curar; entre diagnose e terapêutica; e entre médico e paciente.

Este artigo tem como objetivo analisar os fatores culturais que atuam como barreiras à consolidação das PICS no SUS. Parte-se do pressuposto de que tais resistências estão intrinsecamente relacionadas à hegemonia histórica da biomedicina como formação cultural hegemônica no campo da saúde. Ao consolidar o foco na doença como elemento central de sua racionalidade e relegar a arte de curar ao passado, a biomedicina foi se tornando "uma medicina do corpo, das lesões e das doenças" (Luz, 2012, p. 55), orientada pelo paradigma analítico-mecanicista que pressupõe o isolamento de partes e a intervenção sobre órgãos e sistemas.

Para tanto, propõe-se uma articulação entre eixos das ciências sociais, da saúde coletiva e dos estudos culturais, a fim de discutir os mecanismos simbólicos que perpetuam a invisibilização de saberes não biomédicos e disciplinam os corpos e as subjetividades em direção a um modelo de cuidado tecnocêntrico e medicalizante. O conceito foucaultiano de biopoder permite compreender como a medicina científica se constituiu historicamente como tecnologia de governo dos corpos, produzindo verdades sobre saúde e doença que autorizam certas práticas e interditam outras (Foucault, 1979). Foucault (1987) identificou como o nascimento de uma nova forma de pensar e agir que faz da clínica não apenas um espaço de cura, mas um dispositivo de normalização. A noção bourdieusiana de “habitus” (Bourdieu, 1989) ilumina a dimensão das disposições incorporadas: o predomínio biomédico não se sustenta apenas por imposição institucional, mas porque foi interiorizado por profissionais, gestores, usuários e pesquisadores como esquema legítimo e naturalizado de percepção do cuidado, funcionando como "estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes" (Bourdieu, 1990, p. 60) que reproduz a ordem simbólica do campo da saúde mesmo na ausência de coerção explícita. E a perspectiva de Stuart Hall (1997) sobre hegemonia cultural, tributária de Antônio Gramsci, que oferece instrumentos para compreender como essa dominância se mantém pelo consentimento ativo dos sujeitos, e como as PICS podem ser lidas

como expressão de uma contra-hegemonia portadora de outras epistemologias do corpo, do adoecimento e do cuidado.

A articulação dessas três perspectivas não é mero ecletismo, pois cada referencial cobre uma dimensão analítica que os demais não alcançam isoladamente. Juntos, os três referenciais cobrem dimensões complementares e irreduzíveis entre si: a estrutural-histórica, a subjetivo-incorporada e a cultural-simbólica, permitindo uma análise à altura da complexidade do objeto. Como aponta Luz (2012, p. 45), a tendência ao sincretismo das racionalidades médicas nos serviços de saúde "coloca-se como um desafio conceitual", na medida em que o universo de significados próprio de cada sistema tende a ser diluído ou domesticado pela racionalidade hegemônica. Somente uma análise capaz de contemplar as dimensões simbólica, institucional e cultural em sua interação pode revelar a profundidade estrutural das resistências às PICS e apontar caminhos possíveis para sua superação no horizonte de um cuidado verdadeiramente integral.

Trata-se de um ensaio de natureza teórico-analítica e qualitativa, fundamentado em uma revisão crítica da literatura nas áreas da sociologia da saúde, das PICS e dos estudos culturais. Foram consultadas pesquisas empíricas e estudos teóricos que abordam as resistências simbólicas às PICS no cotidiano dos serviços de saúde, bem como a relação entre biomedicina, racionalidades médicas e práticas integrativas. A seleção da bibliografia buscou contemplar autores que oferecem subsídios para a compreensão da hegemonia cultural, do biopoder e do "habitus" biomédico no contexto da saúde. O objetivo foi construir uma argumentação consistente que elucide os fatores culturais que dificultam a consolidação das PICS no SUS, contribuindo para o debate sobre a pluralidade epistemológica e a democratização do cuidado em saúde.

HEGEMONIA CULTURAL E O PARADIGMA BIOMÉDICO

A hegemonia cultural, conceito amplamente explorado por Stuart Hall (1997), oferece uma lente analítica crucial para compreender a naturalização do paradigma biomédico como o saber dominante no campo da saúde. A biomedicina, longe de ser apenas um conjunto de práticas e conhecimentos científicos, constituiu-se como uma formação cultural hegemônica, capaz de moldar percepções, valores e comportamentos relacionados à saúde, doença e cuidado. Essa hegemonia não se impõe de forma coercitiva, mas se estabelece através de um

processo complexo de consenso e internalização, onde seus pressupostos se tornam senso comum e são percebidos como universais e inquestionáveis.

Nesse contexto, a biomedicina opera uma violência simbólica (Bourdieu, 1989) ao deslegitimar outras racionalidades médicas e saberes tradicionais. Essa violência se manifesta na imposição de uma visão de mundo específica, onde o corpo é fragmentado, a doença é vista como uma disfunção biológica a ser corrigida por intervenção medicamentosa ou cirúrgica, e a saúde é reduzida à ausência de patologias. Essa perspectiva biomédica, ao se apresentar como a única via legítima para o cuidado, invisibiliza e desvaloriza as abordagens tradicionais, integrativas e complementares, que muitas vezes consideram o indivíduo em sua totalidade e em seu contexto sociocultural.

A naturalização do saber biomédico é tão profunda que, para muitos indivíduos, a eficácia do cuidado está intrinsecamente ligada à prescrição de medicamentos, à realização de exames diagnósticos e à intervenção tecnológica. A ausência desses elementos em uma consulta pode gerar a sensação de um atendimento incompleto ou ineficaz, revelando expectativas culturalmente construídas sobre o que significa “cuidar” e “tratar”. Essa internalização da lógica biomédica dificulta a aceitação e a adesão às PICS (Luz e Barros, 2012; Ruela et al., 2019; Silva et al., 2024), que propõem outras formas de cuidado e outras compreensões sobre o processo saúde-doença.

Assim, a resistência às PICS não pode ser interpretada como mera ignorância ou falta de informação, mas como uma expressão coerente de um processo histórico de disciplinamento dos corpos e formação de sensibilidades biomédicas. A hegemonia cultural da biomedicina, portanto, não é apenas um obstáculo epistemológico, mas uma barreira simbólica e afetiva que precisa ser compreendida e enfrentada para a plena consolidação das PICS no SUS.

A difusão das PICS tem contado, em grande medida, com a atuação de profissionais enfermeiros, fisioterapeutas e outros trabalhadores da saúde. Apesar desse protagonismo, a incorporação dessas práticas nos serviços ainda ocorre em meio a desafios relacionados ao reconhecimento de sua atuação no interior das equipes, bem como à necessidade de consolidação de saberes e competências que sustentem a legitimidade de suas intervenções no campo da saúde (Barros, 2008; Galvanese, Barros e D'Oliveira, 2018; Otani e Barros, 2011; Ruela et al., 2019).

Essa hegemonia, contudo, não opera pela via da exclusão total, mas pela manutenção das PICS em uma condição que a literatura especializada tem denominado de "integração

precária" (Barros et al., 2020, p. 7). Estudos empíricos recentes demonstram que, apesar da inclusão formal garantida pela PNPIC, persiste uma clara separação entre os profissionais "de dentro", vinculados à racionalidade biomédica, e os "de fora", que desenvolvem as práticas integrativas (Silva et al., 2024, p. 2). Essa separação não é meramente simbólica: ela se manifesta na organização do trabalho, na hierarquização dos saberes e na dificuldade de se estabelecer uma comunicação legítima entre os diferentes agentes do cuidado (Silva et al., 2024, p. 8). A inclusão formal na política pública, portanto, revela-se uma condição necessária, mas insuficiente para a legitimação cultural dessas práticas, que continuam a ser percebidas como um "extra" ou um "favor" no cotidiano dos serviços (Silva et al., 2024, p. 9).

BIOPODER E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO

A perspectiva do biopoder, desenvolvida por Michel Foucault (1979), oferece um arcabouço teórico fundamental para analisar como a medicalização da vida se tornou um mecanismo central de controle e gestão dos corpos e das populações. Foucault argumenta que, a partir do século XVII, o poder não se manifesta apenas pela soberania e pela repressão, mas também por meio de técnicas que visam a otimização e a disciplina da vida. O biopoder, nesse sentido, atua em duas frentes: a anatomopolítica do corpo, que busca disciplinar os corpos individuais, tornando-os dóceis e produtivos, e a biopolítica da população, que gerencia a vida da espécie, regulando nascimentos, mortes, saúde e longevidade.

O biopoder se manifesta na crescente intervenção do saber médico sobre os aspectos mais íntimos da existência humana. A medicalização não se restringe apenas à doença, mas se estende à saúde, ao bem-estar, à sexualidade, ao nascimento e à morte, transformando-os em objetos de intervenção e regulação médica. Essa expansão do domínio médico produz sujeitos que internalizam a necessidade de vigilância e controle sobre seus próprios corpos, delegando ao saber médico a autoridade para definir o que é normal, saudável e desejável.

A consequência dessa medicalização é a conformação de modos de subjetivação marcados pela dependência da intervenção farmacológica e tecnológica. O corpo é percebido como um objeto a ser constantemente monitorado, corrigido e aprimorado pela ciência médica. Nesse cenário, as PICS, que muitas vezes propõem uma abordagem mais autônoma e integral do cuidado, podem ser vistas com desconfiança, pois algumas práticas problematizam a lógica do biopoder ao questionar a exclusividade do saber biomédico e ao empoderar o indivíduo em seu processo de cuidado.

A resistência às PICS, portanto, pode ser interpretada como um reflexo da profunda internalização das normas e valores impostos pelo biopoder, que molda os sujeitos para perceberem a saúde como um problema técnico a ser resolvido exclusivamente por especialistas (Foucault, 1979). Nessa lógica, o cuidado e a cura são deslocados para a intervenção externa, seja ela medicamentosa ou cirúrgica, transformando o corpo em um objeto de monitoramento e reparo constante, o corpo-máquina (Luz e Barros, 2012). Romper com esse paradigma implica desconstruir o “habitus” biomédico e as representações históricas que reduzem o cuidado ao consumo de técnico-tecnológico, invisibilizando epistemologias que valorizam o sujeito integral e a autonomia no processo de cura (Barros, 2000; Barros, 2008; Bourdieu, 1989; Silva et al., 2024).

O artigo de SILVA et al. (2024) analisa como as PICS permanecem pouco visíveis no contexto da Atenção Primária à Saúde. A partir de entrevistas com profissionais, os autores demonstram que essa invisibilidade não ocorre apenas pela ausência formal dessas práticas, mas principalmente pela forma como elas são marginalizadas no cotidiano dos serviços. Entre os principais fatores identificados estão a falta de discussão sobre as PICS nas reuniões de equipe, a inconsistência nos registros em prontuários e a baixa prioridade atribuída à sua implementação. Além disso, o estudo evidencia que essa invisibilidade também afeta diretamente os profissionais que ofertam essas práticas, que relatam sobrecarga de trabalho, constrangimentos e ausência de condições adequadas para sua realização. Dessa forma, o artigo sustenta que a invisibilização das PICS é um fenômeno que envolve tanto dimensões institucionais quanto simbólicas, refletindo relações de poder e hierarquização de saberes no interior do campo da saúde.

A invisibilidade das PICS no contexto da Atenção Primária à Saúde não ocorre apenas pela ausência formal dessas práticas, mas principalmente pela forma como elas são marginalizadas no cotidiano dos serviços. Entre os principais fatores identificados estão a falta de discussão sobre as PICS nas reuniões de equipe, a inconsistência nos registros em prontuários e a baixa prioridade atribuída à sua implementação. Além disso, o estudo evidencia que essa invisibilidade também afeta diretamente os profissionais que ofertam essas práticas, que relatam sobrecarga de trabalho, constrangimentos e ausência de condições adequadas para sua realização (Silva et al. 2024; Otani, 2011).

Uma das manifestações mais concretas desse biopoder disciplinador sobre o espaço e o corpo é o fenômeno que pesquisadores denominaram de "marginalização espacial" (Shuval et al., 2012). No estudo realizado na Região Metropolitana de Goiânia, profissionais que ofertam

PICS relataram que suas práticas são frequentemente "expulsas" do interior das Unidades Básicas de Saúde, sendo realizadas em espaços improvisados, como praças, salões de igreja, recepções, fundos das unidades ou associações de bairro (Silva et al., 2024, p. 7). Essa expulsão geográfica não é um detalhe operacional menor; ao contrário, ela ilustra perfeitamente a ação do biopoder para manter o espaço "nobre" da clínica sob estrito controle da norma biomédica. Ao empurrar o cuidado "diferente" para a periferia física e simbólica do serviço, o sistema reafirma quais corpos, quais técnicas e quais saberes são dignos de ocupar o centro legítimo da atenção à saúde. (Barros, 2021; Barros; Spadacio; Costa, 2022; Ruela et al., 2019; Silva et al., 2024). Assim, a expulsão se dá pela arquitetura das unidades, que não foi construída para práticas coletivas. Assim, as práticas individuais e realizadas por médicos são feitas em consultas individuais nas unidades, ao passo que as práticas coletivas são realizadas em praças, salões paroquiais e sedes de associações de bairro.

O “HABITUS” BIOMÉDICO E A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

O conceito de “habitus” (Bourdieu, 1989) é fundamental para compreender como as disposições biomédicas são incorporadas pelos indivíduos e reproduzidas no cotidiano, operando uma forma sutil, mas poderosa, de violência simbólica. Como já apontado por Barros (2000) em sua análise precursora sobre o campo das medicinas não convencionais em Campinas, esse “habitus” é forjado em um processo de socialização que estabelece uma fronteira rígida entre o que é considerado ciência e o que é relegado à crença ou ao placebo. O “habitus” pode ser entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, ou seja, princípios geradores e organizadores de práticas e representações.

No contexto da saúde, o “habitus” biomédico refere-se ao conjunto de esquemas de percepção, pensamento e ação que são internalizados pelos indivíduos a partir de sua socialização em um campo dominado pela biomedicina. Dessa forma, o “habitus” biomédico promove a naturalização da cultura médica ocidental, consolidando a biomedicina como a única portadora de racionalidade e moldando o indivíduo como um corpo socializado que incorpora, de maneira objetiva e subjetiva, essas estruturas de dominação e poder.

O “habitus” biomédico refere-se ao conjunto de esquemas de percepção, pensamento e ação que são internalizados pelos indivíduos a partir de sua socialização em um campo dominado pela biomedicina. Essa internalização se manifesta na forma como os indivíduos

percebem seus corpos, interpretam os sintomas, buscam tratamento e avaliam a eficácia das práticas de cuidado. O “habitus” biomédico molda as sensibilidades, expectativas e percepções, levando os sujeitos a valorizar o diagnóstico preciso, a intervenção medicamentosa e a tecnologia como os únicos caminhos legítimos para a saúde. Consequentemente, saberes e práticas que não se alinham a essa lógica, como as PICS, é frequentemente deslegitimada e percebida como menos eficazes ou até mesmo perigosos. Essa hierarquização de saberes, identificada por Barros (2000) como uma barreira epistemológica, faz com que a legitimação das PICS no sistema oficial dependa, muitas vezes, de uma 'tradução' para os termos da biomedicina, o que por si só já constitui uma forma de violência simbólica ao descaracterizar a racionalidade original da prática.

As consequências desse “habitus” biomédico sobre os profissionais que ousam ofertar o "diferente" são profundas e configuram o que a literatura denomina de humilhação social (Otani, 2011; Gonçalves Filho, 2013 apud Silva et al., 2024)). Trata-se de um sentimento de angústia, desvalia e solidão, produzido pela desvalorização reiterada de seu trabalho e pela sensação de que suas práticas são vistas como um "passatempo" que "não funciona" (Silva et al., 2024, p. 6). Os profissionais relatam viver em um ambiente de "afastamento", onde a terapia comunitária, por exemplo, "é como se ela não pertencesse ao serviço" (Silva et al., 2024, p. 6). Essa dinâmica de exclusão e marginalização tem sido conceituada por alguns autores como um verdadeiro apartheid epistemológico (Silva et al., 2024, p. 9), no qual o poder biomédico define, de modo inconsciente, que as racionalidades médicas não ocidentais são inferiores, devendo ser mantidas à margem, tanto do espaço geográfico das unidades quanto do reconhecimento institucional.

A violência simbólica (Bourdieu, 1989) opera quando essa imposição de uma visão de mundo específica é internalizada pelos dominados como natural e legítima, sem que haja uma percepção clara da dominação. No campo da saúde, a violência simbólica se expressa na desqualificação dos saberes tradicionais e populares, na invisibilização de outras racionalidades médicas e na imposição de um modelo de cuidado que desconsidera as dimensões culturais e subjetivas do processo saúde-doença. Essa violência não se manifesta por meio da força física, mas pela imposição de categorias de pensamento e percepção que levam os indivíduos a aceitar a hegemonia biomédica como a única verdade.

As PICS, ao proporem abordagens que valorizam a integralidade do ser, a autonomia do indivíduo e a diversidade de saberes, confrontam diretamente o “habitus” biomédico e a violência simbólica que ele engendra. A resistência à sua consolidação no SUS, portanto, não

é apenas uma questão de falta de informação ou de recursos, mas uma disputa cultural profunda, onde diferentes formas de compreender o corpo, a saúde e o cuidado se enfrentam em uma arena de legitimação e reconhecimento. A superação dessa resistência exige uma desconstrução do “habitus” biomédico e uma valorização da pluralidade epistemológica no campo da saúde (Bourdieu, 1989; Silva et al.2024; Luz, 2012).

A violência simbólica, contudo, não se manifesta apenas na desqualificação explícita, mas, sobretudo, no silenciamento e no apagamento cotidiano das práticas dissidentes. Pesquisas indicam que os profissionais ofertantes de PICS vivenciam uma sensação de não estarem em "pé de igualdade" com os colegas biomédicos, o que os leva, muitas vezes, a sequer mencionarem seu trabalho nas reuniões de equipe, por medo de deslegitimação ou constrangimento (Silva et al., 2024, p. 5; p. 8). Essa autoexclusão discursiva é uma das faces mais perversas da dominação simbólica, pois o dominado passa a reproduzir, em sua própria conduta, a hierarquia que o subalterniza. Da mesma forma, a ausência de registro das práticas integrativas nos prontuários dos usuários, ou sua anotação em cadernos e livros-atas paralelos, constitui o exemplo máximo do que Gonçalves Filho denomina reificação (Gonçalves Filho, 2013 apud Silva et al., 2024). Nesse processo, o trabalho concreto e relacional do cuidado é transformado em mercadoria abstrata; a prática de saúde, ao não ser registrada como ato clínico legítimo no sistema oficial de informação, simbolicamente "não existe" para a instituição e para a rede de cuidados (Silva et al., 2024, p. 8). É o apagamento cultural em sua forma mais acabada: a negação da própria existência do ato de cuidar.

CONCLUSÃO

Ao completar quase duas décadas de sua instituição (2006–2026), a PNPIC evidencia avanços na construção de um sistema de saúde mais plural e equitativo. Contudo, sua consolidação ainda é atravessada por desafios importantes, expressos nas disputas por legitimidade entre diferentes racionalidades médicas no campo da saúde. As resistências à adesão e à efetivação das PICS não se restringem a dimensões operacionais ou financeiras, mas se vinculam a aspectos simbólicos, culturais e afetivos profundamente enraizados tanto na sociedade quanto no próprio sistema de saúde.

Nesse cenário, a PNPIC no âmbito do SUS configura-se como um campo de tensão permanente, no qual a legitimidade dessas práticas é constantemente confrontada pela hegemonia do modelo biomédico, exigindo não apenas respaldo normativo, mas também

transformações mais amplas nas formas de compreender, organizar e produzir o cuidado em saúde (Barros, 2008; Otani e Barros, 2011).

Este estudo buscou analisar os fatores culturais que dificultam a consolidação das PICS no SUS em duas décadas da instituição PNPIC. Através da articulação de três eixos teóricos: a hegemonia cultural de Stuart Hall, o biopoder de Michel Foucault e o “habitus” biomédico de Pierre Bourdieu, e por meio deles foi possível desvelar as complexas dimensões simbólicas, culturais e sensíveis que permeiam as resistências a essas práticas.

Demonstrou-se que a biomedicina se estabeleceu como uma formação cultural hegemônica, naturalizando seus saberes e práticas como os únicos legítimos e operando uma violência simbólica que desqualifica outras racionalidades médicas. O biopoder, por sua vez, contribuiu para a medicalização da vida e a conformação de corpos disciplinados, que delegam ao saber médico a autoridade sobre sua saúde e bem-estar, gerando uma dependência da intervenção farmacológica e tecnológica. O “habitus” biomédico, internalizado pelos indivíduos, molda sensibilidades e expectativas, fazendo com que as PICS sejam frequentemente vistas com desconfiança ou descrédito.

Um dos principais desafios reside na invisibilização histórica dos saberes tradicionais e não hegemônicos. A biomedicina, ao longo de sua trajetória, desqualificou e marginalizou outras formas de cuidado, construindo uma narrativa de superioridade científica que relegou as PICS ao campo do “alternativo” ou “complementar”, e não como parte integrante e igualmente válida do cuidado em saúde. Essa desqualificação histórica contribui para a desconfiança e o descrédito por parte de profissionais de saúde e usuários, que internalizaram a ideia de que o cuidado legítimo é aquele oferecido pela medicina convencional.

Além disso, a internalização das representações biomédicas pelos usuários do SUS é um fator crucial e o “habitus” biomédico e a medicalização da vida levam os indivíduos a associar o cuidado eficaz à prescrição medicamentosa, ao exame diagnóstico e à intervenção tecnológica. Sair de uma consulta sem uma receita, por exemplo, pode gerar a sensação de um atendimento incompleto, revelando expectativas culturalmente construídas sobre o que significa “cuidar” e “tratar”. Essa expectativa dificulta a aceitação de abordagens integrativas que podem não envolver a prescrição de medicamentos ou procedimentos invasivos. No entanto o trabalho com as PICS produz mudanças no “habitus” biomédico, como afirmou uma Agente Comunitária de Saúde, instrutora de Liang Gong em uma unidade básica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas:

“Alterou. A gente vem numa cultura nossa, que é uma cultura de alguém cuidar de você, uma cultura medicamentosa, e você só pensa que você sara se você usa remédio. Se você for no médico ele de receitar Lian Gong e não der remédio o médico não presta. Então eu vim dessa cultura, a gente não tem a cultura do autocuidado, então mudou, porque hoje eu sei que o que sara não é medicamento. Uma boa conversa sara, você não precisa tomar remédio nenhum; dor de cabeça é só fazer uma massagem e respirar fundo ela vai passar, se ela não foi de um quadro infeccioso ela vai passar e não precisa tomar nada...” (Mulher, Mãe de três filhxs, Parda, Evangélica, Superior Incompleto, ACS)⁶

Para a plena consolidação da PNPIC no SUS, é imperativo enfrentar essas dimensões simbólicas e afetivas do cuidado. Isso implica em promover uma educação em saúde culturalmente orientada, que valorize a diversidade de saberes e racionalidades médicas, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral. É necessário construir a pluriépistemicidade e enfrentar a violência simbólica abrindo espaço para o reconhecimento público e institucional das diferentes formas de cuidado que as PICS oferecem.

As PICS com sua ênfase na integralidade e na participação ativa do paciente contribui para a democratização do cuidado e para a construção de um SUS mais inclusivo e respeitoso com a pluralidade cultural.

Em suma, a análise aqui empreendida demonstra que a consolidação da PNPIC no SUS enfrenta barreiras que transcendem a esfera operacional, revelando-se como uma resistência estrutural do “habitus” biomédico. Conclui-se que, embora a política tenha garantido a inclusão legal e formal das PICS no sistema de saúde, a hegemonia das tecnologias de biopoder ainda as mantém em um limbo de precariedade simbólica. Assim, as práticas integrativas permanecem em uma condição de subalternidade: estão formalmente incluídas, mas carecem de autoridade clínica, registro legítimo e pleno reconhecimento institucional (Barros, 2008; Silva et al., 2024).

Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam a necessidade de modelos de cuidado que transcendam a mera intervenção técnica e busquem efetivamente a autonomia e o

⁶ BARROS, N. F.; PEREIRA, F. L. ; BARDINI, S. ; PALANDI, E. ; MIXTRO, J. L. ; RODRIGUES, B. S. . Sick Role Non-Identification and New Regime of Representation: Effects of the Non-Conventional Practice in the Type II Diabetes Treatment. ISA Conference. Toronto, 2018. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

protagonismo dos usuários. Ao articular as dimensões do corpo, do cuidado e das sensibilidades, esta pesquisa contribui para o debate sobre a democratização do SUS, apontando que a construção de um sistema de saúde inclusivo exige, primordialmente, o reconhecimento da diversidade epistemológica e o respeito às diferentes racionalidades de cura.

REFERÊNCIAS

BARROS, Nelson Filice de; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana da. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp., 2022.

BARROS, Nelson Filice de. Cuidado emancipador. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 1, e200380, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>. Acesso em: 1 mar. 2026.

BARROS, Nelson Filice de; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; SOUSA, Luana Araújo de. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00062319, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00062319>. Acesso em: 1 mar. 2026.

BARROS, Nelson. Filice. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000. 300 p.

BARROS, Nelson. Filice. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008. 311 p.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *O senso prático*. Petrópolis: Vozes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2026.

CUNHA, Diogo Silva da. Usos e abusos da cultura: Richard Hoggart e a cultura vivida da classe trabalhadora. *Comunicação Pública*, v. 9, n. 16, 2014. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cp/861>. Acesso em: 1 abr. 2026. DOI: <https://doi.org/10.4000/cp.861>.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, jul./dez. 1997.

GALVANESE, A. T. C.; BARROS, N. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Práticas corporais e meditativas na promoção da saúde: um desafio interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00112418, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LVpFc35XBWJtGMHgJBdNhNL/>. Acesso em: 21 abr. 2026.

LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

LUZ, Madel Terezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, Madel Therezinha. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

NEGRETE, Thabata Cristina Rosa. *A potência de abraçar a complexidade do ser: saúde da mulher e as medicinas tradicionais, complementares e integrativas*. 2023. 208 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2023.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan. *O uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) por enfermeiros*. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

RUELA, Ludmila de Oliveira et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>. Acesso em: 2 mar. 2026.

SILVA, Pedro Henrique Brito da et al. Invisibilidades das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 8, e05132024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05132024>. Acesso em: 2 abr. 2026.