



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

SILVANA PATRÍCIA FIGUERÊDO SILVA MONTEIRO

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTEGRAIS
EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RECIFE: uma análise de implementação
na perspectiva dos burocratas de nível de rua**

Recife

2018

SILVANA PATRÍCIA FIGUERÊDO SILVA MONTEIRO

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTEGRAIS EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
RECIFE: uma análise de implementação na perspectiva dos burocratas de nível de rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Análise Institucional.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mariana Batista da Silva

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

M775p Monteiro, Silvana Patrícia Figuerêdo Silva.
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades de Cuidados Integrals em Saúde do Município de Recife : uma análise de implementação na perspectiva dos burocratas de nível de rua / Silvana Patrícia Figuerêdo Silva Monteiro. – 2019.
64 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profª. Drª. Mariana Batista da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, Recife, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Política pública. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública – Recife (PE). 4. Servidores públicos. I. Silva, Mariana Batista da (Orientadora). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-217)

SILVANA PATRÍCIA FIGUERÊDO SILVA MONTEIRO

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTEGRAIS EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
RECIFE: uma análise de implementação na perspectiva dos burocratas de nível de rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em 13/12/2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Mariana Batista da Silva (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Rodrigo Albuquerque (Examinador Externo)
Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Nunca pensei que fosse tão difícil escrever os agradecimentos, logo eu, que fui educada pela minha mãe a sempre agradecer por tudo. Talvez seja por que ao parar para pensar nas palavras, lembro-me de toda trajetória que passei até o dia de hoje.

Por duas vezes fui afastada por sérios problemas de saúde que me levaram a quase desistir do meu sonho. Mas ao mesmo tempo, “fui invadida” por um sentimento que levou a trocar o verbo DESISTIR por INSISTIR e dessa forma, a palavra OBRIGADO não consegue exprimir o que sinto, tamanha a gratidão que tenho, por todos que me ajudaram.

Obrigado:

A Deus, por todas as vezes que cuidou de mim, acalmou meu coração, tranquilizou minha alma. Sem Ele jamais conseguiria chegar a essa fase da minha vida e nem mesmo reconhecer a importância de Sua Graça em tudo que realizo.

A minha família, fonte de inspiração e suporte. São eles que no cotidiano me fazem acreditar que posso ir mais além. Em especial agradeço aos meus filhos; Aninha e Filipe, este, que além de compartilhar as noites no hospital, foi um dos entrevistadores desse trabalho, renunciando seus momentos de descanso, driblando os horários das aulas na faculdade, para poder me ajudar.

A minha orientadora Mariana Batista, uma professora exemplar, sensível, compreensiva. Sem seu apoio, certamente não teria conseguido.

A meus colegas do mestrado, em especial a Marcelle, Márcia, João Marcelo e Anne Karine. Essa turma linda, que debatia, estudava, brincava, chorava, enfim, tornava as aulas e o aprendizado mais leve, mesmo quando os assuntos fugiam ao meu entendimento.

As minhas amigas irmãs, Merielly, Roberta, Dani e Virginia que não só deram “um ombro amigo”, mas com seus conhecimentos, ajudaram na construção dessa dissertação.

Aos burocratas de rua que cederam um tempo do seu trabalho para que as entrevistas fossem realizadas.

Enfim, GRATIDÃO É MEU NOME.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.
(BOFF, 2014)

RESUMO

Este estudo buscou analisar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) nas duas Unidades de Cuidados Integrals em Saúde (UCIS) do Recife, tendo como foco a atuação dos burocratas de nível de rua. Partiu-se da pergunta condutora: Como os burocratas de nível de rua, lotados nas UCIS do Recife, atuam na implementação da PNPIC? Dada a natureza do fenômeno estudado e o tipo de análise de implementação adotado nesse estudo, o *botton up*, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo de caso a partir da abordagem qualitativa como estratégia de pesquisa descritiva-exploratória. Para a análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin. A análise geral, realizada neste estudo, revelou que os entrevistados conhecem a PNPIC e têm uma visão favorável à sua implementação. Existe convergência da atuação dos burocratas de nível de rua entrevistados com as diretrizes propostas pela PNPIC. Todavia, emergem as críticas dos burocratas implementadores ao conteúdo propositivo e indicativos da necessidade de ampliação, ou seja, reformulações, o que sugere a identificação de lacunas institucionais entre o trajeto da formulação da PNPIC e sua implementação a nível local. Consequentemente, pode-se inferir que a Política em estudo foi implantada nos serviços analisados, sendo estabelecido um processo dinâmico de implementação, com diversificados contextos e níveis de discricionariedades exercidos pelos burocratas de nível de rua. Ao final, são apresentadas algumas sugestões para implementação da PNPIC nos serviços analisados.

Palavras-chave: Políticas públicas. Implementação. Burocracia de nível de rua. Políticas de saúde. Medicina tradicional.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the implementation of the National Policy for Integrative and Complementary Health Practices (PNPIC) in the two Comprehensive Health Care Units (UCIS) of Recife, focusing on the performance of street-level bureaucrats. The guiding question was: How do street-level bureaucrats, based in Recife's UCIS, act in the implementation of the PNPIC? Given the nature of the phenomenon studied and the type of implementation analysis adopted in this study, the bottom up, it was decided to develop a case study from the qualitative approach as a descriptive-exploratory research strategy. For data analysis we used the thematic content analysis method proposed by Bardin. The overall analysis performed in this study revealed that respondents are familiar with the PNPIC and have a favorable view of its implementation. There is convergence of the performance of the street level bureaucrats interviewed with the guidelines proposed by PNPIC. However, the implementing bureaucrats criticize both the propositional content and the need for expansion, that is, reformulations, suggesting the identification of institutional gaps between the path of PNPIC formulation and its implementation at the local level. Consequently, it can be inferred that the Policy under study was implemented in the analyzed services, establishing a dynamic process of implementation, with diverse contexts and levels of discretion exercised by street level bureaucrats. Finally, some suggestions for PNPIC implementation in the analyzed services are presented.

Keywords: Public policies. Implementation. Street level bureaucracy. Health policies. Traditional medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
MAC	Medicina Alternativa Chinesa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIS	Serviço Integrado de Saúde
SNCES	Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIS	Unidade de Cuidados Integrals em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MARCO TEÓRICO	16
2.1	REFLEXÕES SOBRE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	16
2.2	REFLEXÕES SOBRE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	18
2.3	BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	23
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO SUS: BUSCA PELA INTEGRALIDADE NA SAÚDE	24
3	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVO GERAL	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
4.1	DESENHO DO ESTUDO	31
4.2	ÁREA DE ESTUDO	31
4.3	PERÍODO DE ESTUDO	32
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	32
4.5	FONTE DE DADOS	33
4.6	PLANO DE ANÁLISE DE DADOS	33
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNIPIC NAS UCIS DO RECIFE: EM FOCO OS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	36
5.1.1	Características dos serviços especializados em práticas integrativas e complementares de Recife	36
5.1.2	As PICs ofertadas pelos burocratas de nível de rua	37
5.1.3	Perfil dos burocratas de nível de rua entrevistados que atuam nas UCIS	39
5.1.4	A implementação da PNPIC nos UCIS: Visão dos burocratas de nível de rua	41
5.1.5	PNPIC: verificando os conhecimentos e compreensões dos	

	burocratas de nível de rua	44
5.1.6	Debatendo os desafios e potencialidades na implementação da PNPIC na perspectiva dos burocratas de nível de rua	47
<i>5.1.6.1</i>	<i>Desafios na implementação da PNIPIC</i>	<i>48</i>
<i>5.1.6.2</i>	<i>Potencialidades na implementação da PNIPIC</i>	<i>50</i>
5.2	O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNPIC NAS UCIS DO RECIFE: UMA ANÁLISE GERAL DAS PERSPECTIVAS DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas com os Burocratas de Nível de Rua	61
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
	ANEXO A – Divisão territorial do município do Recife, por bairros e microrregiões	64

1 INTRODUÇÃO

No campo da política de saúde pública, marcado pela predominância do modelo centrado na doença e não no indivíduo, autores ressaltam a crescente utilização da Medicina Tradicional (MT) e/ou Medicina Complementar e Alternativa (MAC), nos sistemas de saúde, como forma de cuidado (SILVA et al., 2016; BRASIL, 2006).

As práticas que envolvem o campo da MT e/ou MAC no Brasil foram definidas, pelo Ministério da Saúde (MS), como Práticas Integrativas e Complementares (PICs) (Souza et al., 2017). O processo de legitimação e institucionalização das PICs tiveram início nos anos de 1980, principalmente, após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUSA; TESSER, 2017; SOUSA et al., 2017).

No final dos anos de 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), emergem as primeiras recomendações para a implantação das MT's e práticas complementares em todo o mundo e amplia-se a utilização destas nos sistemas de saúde (SILVA et al., 2016).

O SUS constitui um *locus* privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade (TESSER; LUZ, 2008). Sousa et al. (2017) sugerem que seja priorizada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na agenda dos formuladores e implementadores das políticas públicas de saúde, bem como mobilizada a participação de diferentes atores, como gestores, profissionais de saúde, cidadãos usuários e diferentes segmentos da sociedade, para enfrentar as dificuldades e as complexidades da construção de um intercâmbio solidário de saberes em saúde.

No Brasil a PNPIC, instituída pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, indica a inclusão e apresenta diretrizes norteadoras para as PICs no SUS. Assim, o documento completa mais de dez anos de importantes experiências de serviços, gestores, trabalhadores, universidades e movimentos sociais, que contribuíram com a reflexão e a constante melhoria das práticas de cuidado à saúde (BRASIL, 2016).

A inserção das PICs na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como ferramenta de cuidado, tem por objetivo ampliar a abordagem clínica e as opções terapêuticas ofertadas aos usuários, podendo ser utilizadas como primeira opção terapêutica ou de forma complementar ao tratamento (BRASIL, 2016).

As PICs são modalidades terapêuticas que têm se destacado por incitar ações de promoção e mudanças em hábitos de vida, ao mesmo tempo em que estimulam a participação

ativa da pessoa frente a sua doença. Um os principais fatores de transformação dessas práticas é a inversão do paradigma da doença para o da saúde, uma menor dependência dos profissionais e dos remédios, bem como a autonomia no processo de cuidado (LUZ, 2003).

Dados do MS indicam o crescimento da utilização das PICs em todo o território nacional, em outubro de 2008, havia 967 estabelecimentos de saúde ofertando alguma prática integrativa e este número chegou a 8.200 Unidades Básicas de Saúde em 2017. Todavia, esses estabelecimentos estão concentrados em 3.018 dos municípios do Brasil, ou seja 54% do total, contemplando 100% das capitais. Na rede de serviços, estão distribuídos da seguinte forma: 78% na Atenção Básica (AB), 18% na Atenção Especializada e 4% na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2018).

Apesar do crescimento das PICs no SUS, no Estado de Pernambuco, dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), no período de abril 2013 e agosto de 2014, apontam que apenas 34 (18,4%) dos 185 municípios realizam alguma PIC na sua RAS (BRASIL, 2016).

Antes mesmo da implantação de uma política específica no conjunto das iniciativas do SUS, os estudos sobre as práticas integrativas, tradicionais, complementares ou alternativas já ocupavam uma agenda importante na academia brasileira. Spadacio et al. (2010) mostram, através de uma metassíntese, um panorama geral destes estudos. Os autores apontam para um crescimento na produção sobre o tema analisando artigos publicados de 1997 a 2008. A grande maioria destes dedica-se ao estudo de aspectos sociológicos destas práticas e de como as mesmas se opõem ao modelo biomédico. Muitos estudos focam a problemática voltada para o SUS, porém poucos estudos se dedicam a descrever e analisar a implantação e o impacto de políticas que dêem conta de introduzir estas práticas no cotidiano dos serviços do SUS.

As potencialidades ou vantagens na utilização das PICs são destacadas por diversos autores. Para Cruz e Sampaio (2016), em seu estudo de revisão integrativa sobre o uso das PICs, as propostas e vantagens destas associam-se à concepção de saúde integrada ao bem-estar físico, mental, social e espiritual, quando se estimula que cada sujeito assuma a responsabilidade de sua própria saúde-doença, auxiliando nas ações de autonomia.

Para Luz (2003), diversos aspectos são favoráveis à institucionalização de estratégias como as PICs, tais como: o reposicionamento do sujeito doente como centro da atenção à saúde, o fato da singularidade do paciente e sua totalidade biopsíquica serem levadas em consideração e a reconsideração da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica.

Para o MS a implementação da PNPIC envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados (BRASIL, 2006).

Contudo, as experiências levadas a cabo na rede pública estadual e municipal, devido à ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação. A partir das experiências existentes, esta política nacional define as abordagens das PICs no SUS, levando em conta também a crescente legitimação destas por parte da sociedade (BRASIL, 2006).

Corroborando com esta assertiva, para Sousa e Tesser (2017) as experiências municipais têm sido fruto de arranjos locais e gerado um cenário diversificado de inserção da Medicina Tradicional e Complementar no SUS. Pouco se sabe acerca de como esses arranjos vêm se desenvolvendo, quais as suas possibilidades de expansão e de integração.

Todavia, apesar da sua inserção progredir de forma relativamente errática, não deveriam ser desperdiçadas as experiências existentes. Ao contrário, devem ser estudadas e valorizadas, numa perspectiva de minimização da produção de sua ausência aparente e da maximização da sua emergência, gerando visibilidade, aprendizado institucional e política (SANTOS, 2015).

Ainda no contexto dos desafios, no âmbito assistencial, as articulações têm sido difíceis uma vez que, embora se reconheçam avanços e reformulações no campo da saúde e, conseqüentemente, na postura dos profissionais em sua relação com os usuários, o modo hegemônico de produção de cuidado, pautado por padrões objetivistas, ainda negligencia o princípio da integralidade, tanto do ponto de vista da integração do sujeito quanto da integração das ações em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta política deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Para Santos (2010), no Nordeste, Recife foi pioneiro no desenvolvimento de uma política de práticas alternativas, ainda no ano de 2004, com a inauguração da Unidade de Cuidados Integrals em Saúde (UCIS) Guilherme Abath.

Esta política possuía como objetivo que as atividades no município deveriam ser desenvolvidas para proporcionar práticas complementares de promoção à saúde, na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença. Com esse intuito a UCIS foi incorporada à rede municipal de saúde para atuar como referência para as unidades básicas de saúde, particularmente para atender pacientes encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RECIFE, 2005).

No ano de 2012, o município reafirma a importância das PICs na sua RAS, e inaugura o segundo serviço de referência municipal. A aposta é que as PICs devem ser operadas segundo seus pressupostos éticos e legais, além de dever estar orientadas a atender as necessidades sociais de saúde da população do Recife (RECIFE, 2012).

A PNPIC possui mais de dez anos desde a sua implantação, entretanto são poucos os estudos que analisam o processo de implementação dessa política.

A análise de políticas de saúde é um importante instrumento tanto para o meio acadêmico quanto para a gestão da saúde, pois pode instrumentalizar o desenvolvimento de novas políticas, e a melhoria das políticas implantadas (VIANA; BATISTA, 2008). Por isso, analisar a política de práticas integrativas no Recife possibilitará compreendê-la em maior profundidade e contribuir para seu aprimoramento.

Ademais, neste estudo pretende-se analisar a perspectiva dos profissionais de saúde, burocratas de nível de rua, que atuam no desenvolvimento das PICs em Recife. Entende-se que estes atores são protagonistas na organização, estruturação e desenvolvimento da atenção à saúde nos seus territórios de referência o que permitirá uma melhor compreensão da lógica da implementação da PNPIC no município.

Analisar a implementação da PNPIC a partir da atuação dos burocratas de nível de rua, nas unidades de cuidados integrais em saúde do município de Recife é o propósito dessa dissertação. Objetiva-se ainda: descrever o perfil dos burocratas de nível de rua que atuam nas unidades de cuidados integrais em saúde do município de Recife; caracterizar as ações desenvolvidas pelos dos burocratas de nível de rua no cotidiano do seu trabalho com as PICs nas unidades de cuidados integrais em saúde do município de Recife; reconhecer a visão dos burocratas de nível de rua sobre a PNPIC; analisar as compreensões e conhecimentos dos burocratas de nível de rua entrevistados a respeito da PNPIC; e identificar as principais dificuldades e potencialidades no desenvolvimento da PNPIC na realidade em que atuam os burocratas de nível de rua.

Diante do exposto, este estudo tem como pergunta condutora: Como os burocratas de nível de rua, lotados nas Unidades de Cuidados Integrals em Saúde do município de Recife, atuam na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?

2 MARCO TEÓRICO

Nesta seção serão delineadas as reflexões sobre a análise das políticas públicas, seus elementos e o papel dos funcionários enquanto executores da política, bem como, o que tem sido feito para garantir a integralidade das políticas de saúde, até então vigentes.

2.1 REFLEXÕES SOBRE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A discussão acerca das políticas públicas abrange um espectro amplo de temas. Não existe apenas uma definição para a interpretação do conceito de políticas públicas (RIBEIRO; RISCADO; MENEZES, 2015). Todavia, atualmente, boa parte da literatura entende a política pública como uma ciência do Estado, ou ciência política, e passa a indicar o conjunto de atividades que têm como termo de referência o Estado (BOBBIO, 1998 apud VIANA; BAPTISTA, 2009).

As Políticas Públicas são descritas em múltiplas conceituações, nem sempre convergentes, que coexistem e que buscam cada uma a seu modo, analisar e explicar a realidade das ações do Estado.

Nessa perspectiva, a política deve ser compreendida de forma mais ampla, uma vez que contempla o que o Estado faz (sua dimensão facilmente percebida), bem como aquilo que ele deixa de fazer, refletindo o comportamento dos atores que atuam nesse processo (SERAFIM; DIAS, 2012).

Em que pese tal diversidade, as definições de Políticas Públicas guardam, entre si, componentes comuns ao definirem as suas principais características, tais como: institucional; decisório; comportamental e casual. Isto é, as diferentes definições assumem que as políticas públicas são elaboradas por autoridade legalmente instituída no âmbito de sua atuação e são, coletivamente, vinculantes. Elas representam um conjunto de decisões direcionadas a fins específicos e como resposta a um problema, estando vinculada à ação estatal e visam atingir os sistemas político e social (SARAIVA, 2006).

Além de contribuírem para a conceituação de Políticas Públicas, os pesquisadores dedicados a tal tema também buscaram explorar e compreender os processos políticos que as modelam e/ou as determinam, com vista a maior racionalização da ação Estatal.

Alguns autores propõem a análise das políticas públicas a partir de um ciclo deliberativo e dinâmico, também reconhecido como ciclo de políticas públicas (SOUZA, 2006). Apesar de constituírem processos contínuos, e, muitas vezes, sobrepostos

metodologicamente, esta literatura divide a análise das políticas públicas em quatro fases centrais: a **agenda**, a **formulação**, a **implementação** e a **avaliação**.

Este projeto será desenvolvido a partir análise de implementação, de uma política de saúde, todavia considera-se relevante apresentar as demais fases como forma de contextualização e compreensão do ciclo de políticas.

Na primeira fase trata-se do debate sobre a percepção e a definição dos problemas que podem ou devem entrar e permanecer na **agenda** pública por um determinado período de tempo envolve as reais possibilidades de um grupo de interesse, em transformar determinada situação-problema específica em uma questão de alcance mais geral, de modo que parcelas cada vez maiores da sociedade compartilhem percepções e entendimentos de maneira comum, possibilitando sua incorporação como questão que merece e/ou exige um tratamento a partir de políticas públicas (MELLAZO, 2010).

Na perspectiva do reconhecimento do que é necessário para que um assunto ou tema entre na **agenda**, Secchi (2013) indica três condições: (a) atenção (atores devem considerar que é necessária uma intervenção na situação apresentada); (b) resolutividade (ações devem ser consideradas necessárias e factíveis); (c) competência (o problema deve tocar responsabilidades públicas).

Raeder (2014) chama ainda atenção para o fato de que atores visíveis e invisíveis operam na formação da agenda decisória. São considerados atores visíveis: a mídia, os partidos políticos, os grupos de pressão e outros. Esses atores têm o poder de definir as alocações prioritárias da agenda decisória. Por outro lado, os atores invisíveis, tais como acadêmicos e burocratas, são mais presentes na constituição das alternativas técnicas para as questões escolhidas pelo grupo anterior. Enquanto os atores visíveis influenciariam mais os atores invisíveis, os atores invisíveis trabalhariam mais na especificação de alternativas.

Definidos os problemas que serão contemplados com soluções por meio de ações públicas, procede-se à **fase de formulação**. Para Souza (2006), esta é a fase relacionada à tomada de decisões sobre as diferentes alternativas possíveis e qual delas será adotada, ou seja, como os governos traduzirão seus propósitos em programas e ações que produzam resultados.

A elaboração de programas e decisões é o momento de dar forma e conteúdo às demandas que são inseridas na agenda pública. A elaboração de um projeto ou formulação ou ainda o planejamento de uma ação/intervenção se definiria como um espaço também político, concebido como um processo de trocas e barganhas, conflito e poder (MELLAZO, 2010).

Importa ressaltar que, dependendo do grau de conhecimento disponível sobre o problema a ser tratado pela política, a formulação poderá conter parâmetros bem específicos acerca dos beneficiários e dos recursos envolvidos. Tratando-se de problemas com pouca informação ou alto grau de conflito, a formulação poderá ser mais genérica, de modo a deixar para a etapa posterior, a da implementação, a definição mais precisa sobre determinados aspectos da política (RAEDER, 2014).

No que se refere à **fase de implementação** de uma política pública, Batista (2015) afirma ser este o estágio em que as propostas, programas e metas são traduzidas em processos e ações relativas à efetivação dos serviços destinados ao público-alvo.

Lotta (2010) destaca que a literatura apresenta diferentes concepções sobre como esse processo se dá, considerando, de forma central, quem toma as decisões dentro do processo de implementação, ou seja, se elas vêm de cima e são implementadas (visão *top down*) ou se elas são reconstruídas a partir de baixo (visão *bottom up*). A questão que está em jogo é sobre que atores têm influência no processo de implementação e quais são os impactos que cada um desses atores produzirá sobre os resultados das políticas públicas. Há também neste debate um olhar para qual o papel das burocracias ao longo do processo.

A **fase de avaliação** pode ocorrer em três diferentes etapas da implementação da política: antes (*ex ante*), durante (*in itinere* ou monitoramento) ou depois (*ex post*). Importante considerar que os parâmetros de avaliação devem ser claramente expostos, a fim de que esta etapa sirva adequadamente para a melhoria das atividades em curso e para a formação dos envolvidos mais diretamente com a política. Desse modo, a avaliação pode ser embasada por diagnósticos que verifiquem os impactos das ações empreendidas, fornecendo aos executores das ações recursos informacionais preciosos para formação de quadros ou ajustes de rotas nos projetos. As avaliações encerram o ciclo da política pública, fornecendo subsídios para o início de um novo ciclo, voltado para a resolução do problema não equacionado ou indicando a resolução completa das questões que a política objetivava resolver (RAEDER, 2014).

Considerando ser a fase de implementação o objeto de análise deste trabalho, sobressai a necessidade de aprofundar análises sobre suas características gerais, as correntes e teorias, bem como que serão apresentados na próxima seção.

2.2 REFLEXÕES SOBRE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A implementação compreende o conjunto de ações executadas por grupos ou indivíduos tanto públicos quanto privados, que são direcionadas para a efetivação de objetivos

definidos, anteriormente estabelecidos mediante decisões políticas. Essa acontece após a tomada de decisão e precede a avaliação, instante este em que são gerados os resultados da política (BATISTA, 2015).

Uma forma de caracterizar a fase de implementação é apresentada por Secchi (2013, p.55): “[...] aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações”. O autor observa que a implementação deve ser encarada não como um mero problema técnico, mas sim como um complexo conjunto de elementos políticos que podem não ser concretizados da maneira planejada. Além disso, ele lembra que é no momento da implementação que funções administrativas, como lideranças e coordenação de ações, são colocadas à prova.

O momento da implementação está relacionado à etapa de formulação da política, na qual, segundo Viana e Baptista (2009), ocorre o momento de intensa negociação e se observa a sustentabilidade dos pactos estabelecidos na etapa de formulação, revelando-se a real possibilidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses.

A etapa de implementação de uma política é considerada seu “momento crucial, onde as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores” (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014).

No que concerne aos desafios circunscritos à implementação de políticas públicas, Wu *et al* (2014) destacam que os formuladores de políticas nem sempre conseguem garantir as condições para sua implementação, ocasionando situações de possíveis fracassos ou de baixas expectativas quanto aos resultados projetados. Para ele, quanto mais alto o grau de interdependência entre os stakeholders envolvidos na formulação da política, maior a complexidade e o desafio de implementação para os gestores públicos.

Sendo assim, os autores citam algumas das principais condições que podem trazer dificuldades para o processo de implementação. A primeira diz respeito à missão: as metas adotadas podem ser vagas dificultando a tradução de forma significativa em programas operacionais e intervenções. A segunda envolve a falta de apoio burocrático e político adequado para implementação. E por fim, a capacidade operacional que inclui: recursos humanos e financeiros, os procedimentos e disposições institucionais, assim como capacidades sociais e a capacidade de coordenação de rede. As primeiras esclarecem como os grupos sociais respondem as iniciativas da implementação e a última refere-se à capacidade de se trabalhar em conjunto para o alcance de resultado comum (WU *et al*, 2014).

Destacada a importância da fase de implementação no processo de políticas públicas, cabe refletir sobre os modelos e perspectivas para análise desta fase.

Segatto (2012) chama atenção que a pesquisa empírica realizada na primeira metade do século XX negligenciou o estudo dos processos pelos quais as políticas são traduzidas em ações. De modo semelhante, Barret (2004) refere que em relação à implementação, os primeiros estudos, até os anos 1970, tendiam a focar nos processos de tomada de decisão, assumindo-a como um processo hierárquico, que vinha de cima para baixo. As políticas públicas, à medida que eram formuladas e legitimadas pelos superiores, passariam ao sistema administrativo de execução e seriam transformadas, com sucesso, em práticas operacionais a serem implantadas.

Nessa perspectiva, a transformação da política em ação, em circunstâncias normais, apresentava-se como um processo sem problemas, no qual os burocratas eram claramente subordinados aos tomadores de decisão, pressupondo-se a separação entre administradores e políticos. Não havia, portanto, a identificação da política pública como um processo dinâmico, desconsiderando a inserção de outros atores no processo.

Segundo Lotta (2014), foi apenas em 1984, após o estudo de Pressman & Wildavsky, que se formam as duas principais correntes teóricas sobre o tema – top-down e bottom-up. Os primeiros buscaram verificar os mecanismos que levariam a implementação se aproximar da formulação da política. Os segundos acreditam que a implementação modifica a formulação. Vários são os motivos para isso, alguns deles são: a política formulada é vaga e ambígua, há múltiplos atores na implementação e os implementadores tem discricionariedade.

O Top-down consiste num modelo em que os tomadores de decisão são separados dos implementadores; há uma distinção entre esses dois atores, neste caso política e administração. De forma específica, as decisões ocorrem de cima para baixo, dos políticos para a administração. Já no modelo de Bottom-up a implementação da política parte de pactuações entre burocratas e outros atores no intuito de uma organização compartilhada. Os implementadores participam das etapas de constituição da política. Contrariamente, ao observado no modelo top-down, não há uma regra rígida e prescrições a serem seguidas, engessadas como no outro modelo. Os problemas e soluções são permeáveis pela participação dos vários atores envolvidos (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Ainda sobre o modelo bottom-up, denota-se que, neste, os responsáveis pela implementação da política pública são reconhecidos como seus elementos-chave. Lipsky (1980), pioneiro na área, mostrou que os burocratas de nível de rua têm discricionariedade na

implementação da política. Segundo ele, na interação entre burocrata e cidadão, a política é modificada.

Ainda, segundo o autor acima citado, os agentes de rua são funcionários que trabalham diretamente com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores e profissionais de saúde (LIPSKY, 1980).

May & Winter (2007) apontam que o debate sobre a ação dos burocratas de nível de rua levanta as seguintes variáveis como influência a eles: os sinais dos superiores, os arranjos organizacionais, a ênfase administrativa dos objetivos políticos e da supervisão gerencial.

Lotta (2014), ao analisar o estudo de Lipsky (1980), reforça a importância da atuação dos burocratas de rua e reflete o papel destes atores como foco da controvérsia política. Segundo a autora, há duas razões centrais para eles dominarem a controvérsia política nos serviços públicos: a primeira é que qualquer debate sobre o escopo e o foco dos serviços públicos diz respeito diretamente a esses aspectos e à função exercida por esses trabalhadores. A segunda é que os agentes de rua têm grande impacto na vida das pessoas, uma vez que socializam o espaço na comunidade e as expectativas sobre os serviços públicos; determinam a elegibilidade dos cidadãos para acesso aos benefícios ou recebimento de sanções; dominam a forma de tratamento dos cidadãos, e mediam aspectos da relação institucional dos cidadãos com o estado. Eles, portanto, se tornam o *locus* da ação pública, uma vez que são responsáveis pela mediação das relações cotidianas entre o Estado e os cidadãos.

Ainda, segundo a autora, o olhar para a atuação desses agentes de rua passa pelo reconhecimento e pela compreensão de como constroem suas ações, considerando que eles fazem parte de uma estrutura institucional e programática e, ao mesmo tempo, têm o poder de implementar as políticas públicas, em que podem exercer o que Lipsky denomina de *discretionariedade* (LOTTA, 2014).

Refletindo os debates acima e levantando o que pretendemos utilizar nesta pesquisa, Melazzo (2010) ressalta que em alguns estudos retira-se da fase da implementação todo o complexo jogo de oposições e alinhamentos, negociações e barganhas presentes, mas também se desconsidera, em geral, o comportamento daqueles atores encarregados da execução/implementação que do ponto de vista das estruturas administrativas encontram-se diretamente em contato com o público alvo de cada política.

Diante do exposto este projeto se desenvolverá a partir da análise da implementação de uma política pública de saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, no município de Recife. Para tanto, considerar-se-á a como foco de análise

a perspectiva dos seus burocratas implementadores, aqui representados pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços de referência em PICs do SUS Recife.

A proposição deste estudo corrobora com a indicação de que a implementação de uma política pública de saúde exige sua tradução em uma política institucional, conceituada como resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e populações e seus determinantes, que expressa dimensões de poder e de diretrizes (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Sob esta ótica, vale ressaltar que os maiores entraves na questão da implementação de políticas públicas não se traduzem, em grande parte, em problemas técnicos ou administrativos. De modo geral, pode-se indicar dois grupos de falhas nessa fase da política pública: na implementação e na formulação. Estes dois erros podem contribuir para a má conduta técnica de um trabalho. É nesta fase também que a administração pública assume o caráter de fazer com que as intenções políticas sejam moldadas para ações concretas (RIBEIRO; RISCADO; MENEZES, 2015).

Outro aspecto importante é o fato de que as ações governamentais pouco exploram essa etapa do ciclo da política, que segundo Viana e Baptista (2011), diz respeito ao baixo compromisso dos políticos com o momento de implementação, aceitando que lhes caiba o ônus da formulação, do qual prestam contas. Nesse contexto, problemas não antecipados e/ou desconsiderados que surgem durante a implementação da política podem representar obstáculos intransponíveis, os quais, por sua vez, podem levar a sua descontinuidade (SILVA; MELO, 2000).

Na saúde, a operacionalização da política apresenta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política. Logo, a ideia de implementação de políticas não pode ser restrita ao cumpra-se da política nem ao pressuposto de que a decisão da autoridade pode ser automaticamente cumprida. Analisar o processo de implementação representa a oportunidade de compreender os processos implicados para alcance dos efeitos esperados na etapa de elaboração da política e aponta para dimensões cruciais no sentido de explicar os insucessos dos governos em atingir os objetivos definidos na etapa de definição da política, podendo constituir-se em um processo de aprendizagem. Nesse sentido, a implementação deve ser reconhecida como uma etapa fundamental dentro da análise de políticas pública, sendo primordial buscar analisar como os arranjos locais se comportam frente a uma determinação governamental para implementar ações, programas e políticas (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Compreender o que leva os agentes implementadores de políticas a torná-las realidade, objetivando serem efetivas e alcançar os objetivos formulados consiste em uma análise complexa que merece ser difundida e discutida amplamente, de forma que seja incorporada pelos analistas de política e possam colaborar para solucionar entraves que dificultam a implementação de políticas públicas, bem como reforçar as estratégias e experiências de sucesso (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Uma vez que esse estudo valoriza os contextos de ação nos quais a política se efetiva, tomaremos como foco da análise as burocracias de nível de rua. Logo, vale refletir sobre o papel desses agentes na implementação de políticas públicas.

2.3 BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

Para Lipsky (2010), o burocrata de nível de rua é aquele funcionário que interage diretamente com o cidadão. Esses profissionais, segundo Meyers e Vorsanger (2010, p. 249), “controlam o acesso a programas públicos ou fazem cumprir leis e regulamentos”. Assim, o burocrata de nível de rua é quem executa a política na prática, realizando os procedimentos administrativos necessários para o seu funcionamento.

Como exemplo de burocrata de nível de rua, pode-se citar: professores, policiais, profissionais da área da saúde, profissionais que atuam no “balcão” de atendimento, entre outros. São aqueles profissionais que estão em contato direto com o usuário do serviço público (CORREIA, 2017).

O burocrata de nível de rua pode ser indicado como a representação do Estado, é ele quem cria linha mútua de relacionamento com o cidadão, pois conhece o contexto local no qual está inserido, e exerce suas ações adequando-se as complexidades diárias. No caso da saúde, são os profissionais e trabalhadores de saúde que atuam nos diversos serviços do SUS atendendo, dentro das suas especificidades os usuários destes serviços. Lipsky

(2010) ressalta a importância de compreender e estudar esses burocratas:

- “a) Eles são muitos e ocupam parte considerável da burocracia estatal – o que foi fortemente impactado pelo crescimento recente dos serviços sociais.
- b) Muitos recursos são alocados para pagá-los.
- c) Eles têm grande influência sobre as pessoas de baixa renda, porque servem para garantir que elas tenham acesso aos serviços.
- d) Esses profissionais estão cada vez mais fortalecidos pelos sindicatos, por meio dos quais têm grande poder de barganha”. (citado em Lotta, 2015, p. 45)

Segundo Maynard-Moody e Musheno (2003), as decisões na linha de frente são mais orientadas por crenças e valores, do que por regras e procedimentos. O profissional que

interage diretamente com o beneficiário da política, tem conhecimento substancial sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas durante a fase de implementação. Acaba por interpretar a política pública de acordo com seus valores e conhecimentos, assim como utiliza a discricionariedade para suas decisões diárias.

Segundo Lotta (2015), a discricionariedade desses agentes está em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios, além das sanções fornecidas por sua agência. Mesmo que dimensões políticas oficiais moldem alguns padrões de decisão e normas comunitárias e administrativas, esses agentes ainda conseguem ter autonomia para decidir como aplicá-las e inseri-las nas práticas de implementação.

Como uma das características do burocrata de nível de rua, a discricionariedade é utilizada para lidar com as pressões e incertezas do ambiente de trabalho, pois criam estratégias para lidar com as atividades diárias, a fim de melhorar suas atividades. Desenvolvem rotinas e atitudes próprias, o que pode gerar diferença no resultado esperado pelos formuladores da política. Diante da complexidade do ambiente, os burocratas de nível de rua acabam por aplicar as decisões de forma seletiva ou até de forma contrária aos regulamentos (CORREIA, 2017).

Para Hupe e Hill (2007), os burocratas de nível de rua tem participação no processo de implementação, pois as decisões realizadas por eles têm consequências públicas. Em suma, esses burocratas não participam da formulação da política, e a compreendem de acordo com suas próprias interpretações, carregadas de interferência de diversos fatores. Os burocratas de nível de rua são profissionais estratégicos para o sucesso da política, pois possuem conhecimentos substanciais para um serviço público de qualidade.

A fim de compreender o contexto de atuação dos burocratas de nível de rua nos serviços de referência em PICs do Recife, bem como sua atuação na implementação na PNPIC, no próximo item serão tecidas análise sobre a PNPIC.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO SUS: BUSCA PELA INTEGRALIDADE NA SAÚDE

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Reconhecida como Constituição cidadã, o seu artigo 198 institui um sistema único de saúde pública e estabelecendo suas diretrizes, assegurando assim este direito. (BRASIL, 1988).

A Constituição deu novo escopo à saúde no Brasil. A saúde, que antes era responsabilidade da União e relativa apenas ao trabalhador segurado, passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo e foi estabelecida como direito universal (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Neste sentido, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, uma vez que atua nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Desta forma, o desenvolvimento desta política deve ser entendido como mais uma etapa no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2017).

Apesar desta Política não apresentar uma definição ou conceituação sobre o tema das PICs, a mesma refere que estas se tratam de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, ainda que estejam presentes a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2016).

Inicialmente, de acordo com a Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006, foram reconhecidas e implantadas como PICs as seguintes práticas: acupuntura, fitoterapia, homeopatia e crenoterapia (termalismo social). A partir da Portaria GM/MS nº 633 de 28 de março de 2017, foram adicionadas ao escopo as seguintes práticas: Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Crenoterapia, Antroposofia Aplicado À Saúde, Práticas Expressivas, Ayurveda, Naturopatia, Práticas Corporais e Mentais e Outras Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa (BRASIL, 2006, 2017).

Ainda na perspectiva de ampliação e reconhecimento da importância das PICs no SUS, em março de 2018 o MS define que passam a fazer parte da PNPIC mais 10 recursos terapêuticos. Agora, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais integram o rol de práticas do SUS. O quadro 1 apresenta uma síntese das PICs contempladas pela PNPIC-SUS (BRASIL, 2018).

Quadro 1 – Síntese das PICs contempladas pela PNPIC-SUS

NOME	DESCRIÇÃO
Apiterapia	-Método que utiliza produtos produzidos pelas abelhas nas colmeias como a apitoxina, geléia real, pólen, própolis, mel e outros.
Aromaterapia	-Uso de concentrados voláteis extraídos de vegetais, os óleos essenciais promovem bem-estar e saúde.
Ayurveda	-Significa Ciência ou Conhecimento da Vida. Busca desenvolver um sistema único de cuidado, agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual. Considera a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo.
Arteterapia	-Procedimento terapêutico que busca interligar os universos interno e externo de um indivíduo, por meio da sua simbologia. É uma arte livre, conectada a um processo terapêutico, transformando-se numa técnica especial, não meramente artística.
Bioenergética	-Visão diagnóstica aliada à compreensão do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e exercícios terapêuticos. Ajuda a liberar as tensões do corpo e facilita a expressão de sentimentos.
Constelação Familiar	-Técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família.
Cromoterapia	-Utiliza as cores nos tratamentos das doenças com o objetivo de harmonizar o corpo.
Dança circular/ Biodança	-Biodança é um sistema de integração e desenvolvimento humano baseado em experiências do crescimento pessoal induzido pela música, movimento e emoção. Utiliza exercícios e músicas organizados, a fim de aumentar a resistência ao estresse, promover a renovação orgânica e melhorar a comunicação. -Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos e por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.
Fitoterapia	-Tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.
Geoterapia	-Uso da argila com água que pode ser aplicada no corpo. Usado em ferimentos, cicatrização, lesões, doenças osteomusculares.
Hipnoterapia	-Conjunto de técnicas que pelo relaxamento, concentração induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permite alterar comportamentos indesejados.
Imposição de mãos	-Cura pela imposição das mãos próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia para o paciente. Promove bem-estar, diminui estresse e ansiedade.
Medicina Tradicional Chinesa/	-Apresenta diferentes abordagens para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, entretanto o procedimento mais adotado é o estímulo da pele por agulhas metálicas muito finas e sólidas,

Acupuntura/ Auriculoterapia	manipuladas manualmente ou por meio de estímulos elétricos. -A auriculoterapia consiste na estimulação com agulhas, sementes de mostarda, objetos metálicos ou magnéticos em pontos específicos da orelha para aliviar dores ou tratar diversos problemas físicos ou psicológicos.
Homeopatia	-Sistema terapêutico que envolve o tratamento do indivíduo com substâncias altamente diluídas, principalmente na forma de comprimidos, com o objetivo de desencadear o sistema natural do corpo de cura. Com base nos sintomas específicos, o homeopata irá coincidir com o medicamento mais adequado para cada paciente.
Medicina antroposófica	-Sistema terapêutico baseado que integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos específicos antroposóficos. Utiliza terapias físicas, arteterapia, aconselhamento e medicamentos (antroposóficos e homeopáticos). Tem o seu fundamento em um entendimento espiritual-científico do ser humano que considera bem-estar e doença como eventos ligados ao corpo, mente e espírito, realizando a abordagem holística que enfoca os fatores que sustentam a saúde através do reforço da fisiologia do paciente e da individualidade.
Meditação	-Tem como finalidade facilitar o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação e aprimorar as interrelações – pessoal, social, ambiental – incorporando à sua eficiência a promoção da saúde. Amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções.
Musicoterapia	-Prática que utiliza a música e/ou seus elementos – som, ritmo, melodia e harmonia – num processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização, entre outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo.
Naturopatia	-Sistema terapêutico que utiliza métodos e recursos naturais, para apoio e estímulo à capacidade intrínseca do corpo de recuperação.
Osteopatia	-Método diagnóstico e forma de tratamento manual das disfunções articulares e teciduais, muito utilizado em condições dolorosas da coluna cervical e dos membros superiores. Através de técnicas de manipulação, stretching, mobilização, tratamentos para a ATM, e mobilidade para vísceras, aos poucos vai melhorando a mecânica dessas articulações, órgãos e tecidos, fazendo com que os sintomas venham regredindo a medida do tempo.
Ozonioterapia	-Mistura dos gases oxigênio e ozônio por diversas vias de administração com finalidade terapêutica e promove melhoria de diversas doenças. Usado na odontologia, neurologia e oncologia.
Quiropraxia	-Prática que se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas no sistema neuro-musculo-esquelético e os efeitos dessas disfunções na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.
Reflexoterapia	-Prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas

	mãos. São massageados pontos chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.
Reiki	-Canalização da frequência energética por meio do toque ou aproximação das mãos e pelo olhar de um terapeuta habilitado no método, sobre o corpo do sujeito receptor. Objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital – Ki.
Shantala	-Prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional. Além disso, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. A shantala também permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.
Terapia Comunitária	-Atua em espaço aberto à comunidade para construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e prevenção ao adoecimento. Ao produzir a diminuição do isolamento social e ao produzir uma matriz móvel permite um espaço de troca e apoio social o qual funciona como alicerce para a produção de redes sociais e a transformação microrregional.
Terapia de Florais	-Uso de essências florais que modifica certos estados vibratórios. Auxilia no equilíbrio e harmonização do indivíduo.
Yoga	-Trabalha o praticante em seus aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual visando à unificação do ser humano em Si e por si mesmo. Entre os principais benefícios podemos citar a redução do estresse, a regulação do sistema nervoso e respiratório, o equilíbrio do sono, o aumento da vitalidade psicofísica, o equilíbrio da produção hormonal, o fortalecimento do sistema imunológico, o aumento da capacidade de concentração e de criatividade e a promoção da reeducação mental com conseqüente melhoria dos quadros de humor, o que reverbera na qualidade de vida dos praticantes.

Fonte: BRASIL, 2006, 2017, 2018.

Cabe ainda aqui refletir que os princípios orientadores da organização do SUS, a saber: universalidade, equidade e integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras e de contenção de custos. Dos três princípios para a organização do modelo, a integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, na chamada “caixa-preta” do consultório, onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção da saúde e da prevenção (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A integralidade do atendimento em saúde aparece no texto constitucional, no artigo 198, como uma das diretrizes do sistema único, expressa no atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Pode-se conceituar integralidade como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde (ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, 2004).

Para Scherer e Scherer (2015) dentre os desafios evidenciados no SUS, encontram-se os relacionados à integralidade, ampliação e qualificação da assistência, e ao trabalho integrado em equipe.

Segundo Carvalho e Ceccim (2009), desde a década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social, reivindicaram novas experiências de saúde que recuperem a integralidade.

Para o MS, a PNPIC-SUS corrobora para a integralidade da atenção à saúde, pois considera o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde (BRASIL, 2015).

3 OBJETIVOS

Essa seção busca apresentar os objetivos gerais e específicos que delinham esse trabalho.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares a partir da atuação dos burocratas de nível de rua, nas unidades de cuidados integrais em saúde do município de Recife.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos burocratas de nível de rua que atuam nas unidades de cuidados integrais em saúde do município de Recife;
- Caracterizar as ações desenvolvidas pelos dos burocratas de nível de rua no cotidiano do seu trabalho com as PICs nas unidades de cuidados integrais em saúde do município de Recife;
- Reconhecer a visão dos burocratas de nível de rua sobre a PNPIC;
- Analisar as compreensões e conhecimentos dos burocratas de nível de rua entrevistados a respeito da PNPIC.
- Identificar as principais dificuldades e potencialidades no desenvolvimento da PNPIC na realidade em que atuam os burocratas de nível de rua.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Por sua vez, essa seção busca apresentar os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento desse trabalho.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Partindo dos objetivos estabelecidos para este projeto e considerando que a PNPIC se apresenta como uma área ampla e complexa, cuja análise do seu processo de implementação tem sido pouco abordada pelas pesquisas acadêmicas, o percurso metodológico trata-se de um estudo de caso, descritivo-exploratório, com base na abordagem qualitativa, delineado pelo modelo de análise de implementação *Bottom-up*.

Segundo Gil (2009), o estudo de caso é um tipo de delineamento de pesquisa que se propõe a investigar um fenômeno contemporâneo, no contexto da vida real e que, por isso, deve estar ocorrendo no mesmo momento em que a pesquisa está sendo realizada sem, contudo, desconsiderar o contexto histórico no qual o mesmo está inserido e é determinado. Esse tipo de estudo mostra-se eficaz para a abordagem de objetos complexos, em que o fenômeno de interesse não é distinguível facilmente de suas condições contextuais próprias. Por meio dele, também se podem avaliar ou descrever situações dinâmicas, em que a subjetividade do elemento humano se faz presente, a partir da imersão em um objeto devidamente delimitado (MARTINS, 2004; YIN, 2010).

Outra característica do estudo de caso é a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados (como a observação, a análise documental, a entrevista) com o objetivo de garantir a qualidade das informações e dos resultados da pesquisa, permitindo ser complemento para outros desenhos de pesquisa (GIL, 2009).

Minayo et al. (2008) comentam que a perspectiva qualitativa leva em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que se lhe atribuem os atores.

4.2 ÁREA DO ESTUDO

A área do estudo compreenderá as UCIS Guilherme Abath e SIS, serviços de referência em PICs, no município do Recife.

Recife é a capital do estado de Pernambuco, situado no Nordeste brasileiro. Esse município apresentava uma população estimada de 1.555.039 habitantes e um território de 218,435 Km² (IBGE, 2014), dividido em 94 bairros, distribuídos, para efeito de planejamento e gestão na saúde, em oito Distritos Sanitários (Anexo A).

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

Compreendeu o mês de setembro 2018. Período que foram realizadas visitas as UCIS e aplicadas as entrevistas.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Constituíram-se sujeitos deste estudo os profissionais de saúde, burocratas de nível de rua, ou também denominados agentes implementadores, do município de Recife, que estejam atuando no desenvolvimento e implementação na Política de PICs nos UCIS. Nos marcos deste estudo, eles são reconhecidos como burocratas do nível de rua, nos termos defendidos por Lipsky (2010) porque produzem a assistência desenvolvida no setor, materializando (ou não) as ações previstas na formulação das políticas públicas.

Adotou-se como critérios de inclusão, o fato de os possíveis entrevistados serem membros da equipe multidisciplinar das referidas UCIS centro, e atuarem na respectiva há pelo menos um ano.

Os participantes foram selecionados de forma aleatória. A pesquisadora inicialmente realizou um diálogo sobre a pesquisa, sua metodologia e seus objetivos, para os gestores das UCIS, que repassaram de forma simples e compreensível para os participantes, e posteriormente dois entrevistadores convidavam os burocratas de nível de rua, a participarem da pesquisa.

Assim, a população deste estudo compreendeu os burocratas de nível de rua vinculados aos serviços pesquisados e que se disponibilizaram voluntariamente a participar.

Por ser uma pesquisa qualitativa permeada por questões muito particulares, o tamanho de nossa amostra foi definido por saturação teórica.

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou

identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 20).

Dessa forma, o tamanho final da amostra foi de 11 (onze) entrevistas semiestruturadas com burocratas de nível de rua.

4.5 FONTE DE DADOS

Adotou-se no processo de coleta dos dados a entrevista semiestruturada. Para Gil (2009) é uma técnica muito utilizada na coleta de informações no estudo de caso por sua eficiência e flexibilidade na obtenção de dados em profundidade. Essa técnica permite a adaptação às pessoas, sujeitos da pesquisa, às circunstâncias em que são realizadas e o esclarecimento do significado das perguntas que compõem o seu roteiro. A modalidade semiestruturada tem como finalidade conhecer comportamentos, atividades e motivações (RICHARDSON, 1989) e saber que, como e por que algo ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita (MINAYO, 2001).

Desse modo, elaborou-se um roteiro de perguntas que contemplavam questões mais gerais, permitiam uma narrativa mais livre e ampla, pois “a entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2015, p. 64).

A coleta de dados foi desenvolvida no local de atuação dos burocratas de nível de rua participantes da pesquisa, o que possibilitou melhor aproximação com o contexto, no qual o fenômeno pesquisado se desenvolve e se manifesta nas interações cotidianas, nas atividades, procedimentos e serviços disponibilizados. As entrevistas foram realizadas no período de 10/09 a 21/09 do corrente ano e apresentaram tempo de duração que variaram entre 05minutos27segundos e 21 minutos06segundas e todas estão gravadas, transcritas e armazenadas para consultas.

As entrevistas semiestruturadas só foram aplicadas, após os devidos esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, os possíveis riscos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.6 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a finalização da fase de coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas e a Análise de Conteúdo (AC) foi utilizada para tratamento das informações do banco de dados primário. Segundo Bardin (1977), a AC pode ser definida como um conjunto de técnicas de

análise de comunicações que se desenvolvem por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, por isso reconhecida como adequada aos propósitos deste estudo.

Assim, procurou-se estabelecer correspondências entre as estruturas semânticas das respostas e as condutas, compreensões, atitudes e o uso da discricionariedade expressos pelo conjunto dos participantes da pesquisa.

Dentre as várias técnicas da AC, este estudo fez a opção pela Análise por Categorias. Segundo Bardin, “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero de critérios previamente definidos” (Idem, p. 119).

Seguindo tais recomendações, inicialmente foram desenvolvidas várias leituras dos dados coletados e na sequência foram realizadas operações para o desmembramento do conteúdo em unidades categóricas, por meio de processos de fragmentação e classificação dos conteúdos embasada no referencial teórico e nos elementos trazidos pelos próprios entrevistados, que resultaram em duas categorias de análise, sendo uma delas subdividida em seis subcategorias, abaixo descritas:

- Análise da implementação da PNIPIC nas UCIS do Recife: em foco os burocratas de nível de rua (*categoria*)
- ✓ Características dos serviços especializados em práticas integrativas e complementares de Recife (*subcategoria*);
- ✓ As PICs ofertadas pelos burocratas de nível de rua (*subcategoria*);
- ✓ Perfil dos burocratas de nível de rua entrevistados que atuam nas UCIS (*subcategoria*);
- ✓ A implementação da PNPIC nos UCIS: Visão dos burocratas de nível de rua (*subcategoria*);
- ✓ PNPIC: verificando os conhecimentos e compreensões dos burocratas de nível de rua (*subcategoria*);
- ✓ Debatendo os desafios e potencialidades na implementação da PNPIC na perspectiva dos burocratas de nível de rua (*subcategoria*);
- O processo de implementação da PNPIC nas UCIS do Recife: uma análise geral das perspectivas dos burocratas de nível de rua (*categoria*).

As subcategorias foram frutos das primeiras aproximações com os conteúdos latentes das entrevistas e deram sustentação para a categoria geral que está diretamente vinculada aos objetivos da pesquisa em questão.

Para garantia do sigilo, os sujeitos dessa pesquisa foram identificados pelos nomes de “Entrevistado” seguidos por número que indicam a ordem das entrevistas realizadas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para avaliação, sendo aprovado em 06/09/2018 e registrado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 94114018.8.0000.5208.

Este estudo foi realizado em conformidade com os itens da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/12, do MS, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os riscos para os profissionais de saúde envolvidos neste estudo podem ser caracterizados como algum desconforto ou constrangimento no caso de os resultados obtidos demonstrarem resultados insatisfatórios relacionados diretamente aos seus processos de trabalho. No entanto, com o intuito de minimizá-los, o sigilo sobre qualquer tipo de identificação pessoal dos participantes foi garantido e os benefícios gerados estarão relacionados às possíveis contribuições ao processo de implementação da PNPIC na rede de atenção à saúde do Recife.

Além disso, todos os entrevistados assinaram o TCLE. Os dados coletados, serão armazenados, em local seguro, pelo período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por fim, aqui serão apresentados os resultados, bem como, as discussões e possíveis contribuições desse trabalho.

5.1 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNIPIC NAS UCIS DO RECIFE: EM FOCO OS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

Nesta primeira categoria foram sistematizadas as reflexões desenvolvidas a partir das considerações apresentadas pelos burocratas de nível de rua entrevistados e organizadas nas seguintes subcategorias da análise conteúdo realizada.

5.1.1 Características dos serviços especializados em práticas integrativas e complementares de Recife

Existem vários modelos de inserção das PICs de acordo com cada contexto e as histórias de implantação. Em Recife, temos evidências que grande parte das experiências em PICs foram produzidas através do protagonismo dos profissionais e usuários. Contudo, enquanto serviço formal da Rede de Atenção à Saúde do município, as PICs foram implantadas através de dois serviços especializados: a UCIS SIS e a UCIS Guilherme Abath.

Para além destes serviços, mas induzidos através deles, a oferta de PICs têm expandido através da inserção das PICs na Atenção Básica, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A UCIS Guilherme Abath, primeiro serviço de referência em PICs no SUS Recife, foi inaugurada em 2004. Esta unidade é referência preferencial em PICs para a rede de saúde dos Distritos Sanitários I, II, III e VII. Segundo Santos (2010), a Secretaria de Saúde do Recife iniciou, com a implantação deste serviço a construção da Política de Cuidados Integrados no município.

No dia 17 de setembro de 2012, quando comemorado o aniversário de 8 anos da UCIS Guilherme Abath foi assinada uma Portaria, 122, que autoriza a implantação e implementação da segunda UCIS em Recife (RECIFE, 2012). Este serviço possui a particularidade de, além de ser Unidade de Referência em Práticas Integrativas, atuar como Programa de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e como Núcleo Comunitário de Cultura, Comunicação e Saúde, uma parceria entre a UFPE e a Secretaria Municipal de Saúde do

Recife. Esta unidade é referência preferencial em práticas integrativas para a rede de saúde dos Distritos Sanitários IV, V, VI e VIII.

As unidades funcionam de segunda a sexta-feira e em ambas a forma de acesso dos usuários ao serviço pode ocorrer de duas maneiras: para o atendimento individual, ocorre através do encaminhamento de uma unidade básica de saúde e para os atendimentos coletivos (em grupos) pode ocorrer por demanda espontânea ou encaminhamento dos profissionais de saúde.

O acolhimento das unidades funciona diariamente, no qual, após escuta qualificada, cada usuário tem construído um projeto terapêutico e é encaminhado, a partir deste projeto, às práticas ofertadas pela unidade.

[...] eles têm acesso a unidade através do acolhimento...Então esse usuário vai chegar com alguma demanda ou encaminhado para o serviço de práticas integrativas e vai ser avaliado por um profissional, que tem habilitação para fazer essa avaliação, com questionário de qualidade de vida, avaliação do desejo do usuário que procura um serviço e avalia também porque que ele foi encaminhado. A partir de um projeto que foi feito na unidade, de linhas de cuidado, esses usuários eles vão ser encaminhados para as práticas corporais, psicoemocionais e a acupuntura (*Entrevistado 10*).

O usuário procede pra ter meu atendimento por duas vias, né. A via mais comum é o acolhimento. A pessoa ela chega de manhã pra ser acolhida e depois do acolhimento e da entrevista, a pessoa ela é encaminhada para as práticas que melhor combinam com as suas necessidades, prazeres e querer, vamos se dizer. Existe outro meio, que serve principalmente pra atendimentos em grupos, que a pessoa pode simplesmente se auto encaminhar, né. Atendimento espontâneo, como a gente fala, atendimento espontâneo porque a meditação ela tem essa característica de ser aberta (*Entrevistado 5*).

5.1.2 As PICs ofertadas pelos burocratas de nível de rua entrevistados

A partir da análise dos dados, foi possível identificar que os serviços oferecem uma diversidade de PICs, sendo que a UCIS SIS oferta 17 tipos de práticas e a UCIS Guilherme Abath 23 tipos de práticas.

Contudo, tendo em vista a amplitude das PICs ofertadas, vamos detalhar brevemente as PICs que são desenvolvidas pelos burocratas de nível de rua entrevistados. Na UCIS SIS os entrevistados atuam realizando as seguintes práticas: acupuntura, auriculoterapia, bioenergética, dança circular, meditação, reiki e yoga. Enquanto que na UCIS Guilherme Abath, os entrevistados desenvolvem auriculoterapia, fitoterapia, meditação e yoga.

As práticas de acupuntura, auriculoterapia e reiki acontecem em atendimentos individuais, já a dança circular, fitoterapia, meditação e yoga são práticas coletivas, realizadas

em grupos. A bioenergética pode ser realizada através de atendimentos individuais, porém predominam os atendimentos de caráter coletivo desta prática.

De modo geral na acupuntura, auriculoterapia e reiki, inicialmente o burocrata realiza uma escuta, com avaliação geral e também das queixas e características do indivíduo, como parte do processo atendimento que orienta essas práticas.

No caso da acupuntura e auriculoterapia, no primeiro atendimento, ocorrem ainda orientações sobre as sessões com uso de agulhas ou sementes. A continuidade do acompanhamento envolve sessões, em média, de periodicidade semanal.

Quanto aos atendimentos grupais verifica-se que, basicamente, ocorrem atividades nos UCIS e atividades no território, demonstrando assim a capilaridade da atuação dos burocratas, conforme exemplificado:

Eu trabalho muito no território. O território faz contato com a casa ou a gestão entra em contato com os dispositivos de território, que podem ser da área de saúde ou centro comunitário, como, por exemplo, o COMPAZ ou uma escola vinculada ao PSE, que é o programa de integração da Secretaria da Saúde com a Secretaria da Educação. Então, eles fazem contato com a equipe de práticas integrativas e aí os profissionais que são destinados a ir pro território são chamados pra fazer o planejamento de uma atividade para o território (*Entrevistado 4*).

Os atendimentos grupais variam entre trinta minutos a duas horas de duração e de 20 a 40 participantes, em média. Entretanto, os burocratas destacam a heterogeneidade das características dos grupos, que devem considerar algumas dimensões das PICs e dos usuários que compõe aquele grupo, como podemos denotar da fala:

[...] eu tenho uns 20 usuários no grupo. A gente já limita mais porque é um grupo que tem uma escuta, né, porque é de saúde mental. E de crianças, em torno de 15 crianças (*Entrevistado 6*).

A oferta de homeopatia ocorre ainda na forma de oficinas, realizadas no serviço. A duração destas oficinas é em média de três horas e alguns fatores estruturais, como espaço físico e recursos áudios visuais, definem o número de participantes em torno de 12 pessoas por turma.

Na dança circular, a dança é realizada em grupo e com os participantes em círculo, ora sentados, ora em pé. As atividades são iniciadas através de um diálogo com os participantes, no qual são discutidos temas relacionados à experiência de vida, relacionamentos, informações sobre saúde e, geralmente, são incluídos temas evocados pelos participantes. A partir deste, são introduzidas coreografias lúdicas e espontâneas, de modo a permitir a expressão dos sentimentos dos participantes.

5.1.3 Perfil dos burocratas de nível de rua entrevistados que atuam nas UCIS

Com a premissa que uma série de elementos constroem diferentes cenários de implementação, Lotta (2010) aponta que aspectos individuais, concernentes ao perfil dos burocratas, podem alterar as escolhas que fazem e, portanto, a forma como implementam as políticas públicas.

A partir deste entendimento, nesta sessão voltaremos nosso olhar para algumas características dos burocratas de nível de rua que podem interferir no modo como eles atuam. Para tanto, buscou-se descrever o perfil do implementador de nível de rua, que atua no desenvolvimento das PICs, nas UCIS do município de Recife, particularmente no que diz respeito a formação, experiência profissional e tempo de atuação no âmbito da Política.

O quadro 2, a seguir, apresenta as características do perfil dos burocratas de nível de rua de cada UCIS.

Quadro 2 – Perfil dos burocratas de Nível de Rua entrevistados distribuídos por UCIS

VARIÁVEL		UCIS		TOTAL
		SIS	GUILHERME ABTH	N (%)
Formação superior	Educação física	02	01	03 (27,3%)
	Farmácia	0	01	01 (9,1%)
	Fisioterapia	01	01	02 (18,2%)
	Medicina	01	0	01 (9,1%)
	Psicologia	02	01	03 (27,3%)
	Serviço social	01	0	01 (9,1%)
Especialização	Na área das PICs	03	01	04 (36%)
	Na área de saúde	01	02	03 (27,3%)
Tempo que atua desenvolvendo as PICs	Menos de 01 ano	0	0	0 (0)
	De 01 a 05 anos	0	01	01 (9,1%)
	De 06 a 10 anos	04	04	08 (72,7%)
	Mais de 10 anos	02	0	02 (18,2%)
Tempo de atuação naquela UCIS	Menos de 01 ano	0	0	0 (0)
	De 01 a 05 anos	05	01	06 (54,5%)

	De 06 a 10 anos	02	03	05 (45,5%)
	Mais de 10 anos	0	0	0 (0)

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quanto à formação dos burocratas, todos (100%) possuem formação superior, sendo mais comuns na área de educação física e psicologia, que representam juntos 55% dos entrevistados.

Todavia, observa-se o caráter multiprofissional do conjunto de entrevistados que atuam nas UCISs. Esta característica está em consonância com uma diretriz da PNPIC que preconiza para o desenvolvimento das práticas o caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção (BRASIL, 2006, 2017).

Com o mesmo entendimento, Campos & Domitti (2007), apontam que as práticas integrativas e complementares têm sido um campo de trabalho interdisciplinar, na acepção de "núcleo e campo de práticas profissionais em saúde".

Pode-se afirmar que os burocratas de nível de rua vêm investindo na sua qualificação, sendo que 07 (63,3%) referem ter ao menos uma especialização e todos possuem cursos de capacitação e ou formação na área da PICs em que atuam. No que diz respeito a área da especialização, percebe-se que, dentre os que possuem especialização, a maioria investiu em especializações voltadas a área das PICs, tendo em vista que estamos analisando a formação de profissionais para atuação no âmbito da PNPIC, este resultado apresenta-se como positivo.

Tal fato indica ainda disposição e interesse por parte dos burocratas de nível de rua, o que pode representar compreensão ampliada da importância das PICs como estratégias efetivas de cuidado em saúde.

Segundo Fiúza et al. (2012), a literatura especializada sinaliza que as Instituições de Ensino tendem a manter uma formação em saúde conservadora, centrada no modelo flexneriano, que não respondem às necessidades do SUS.

A formação profissional para o SUS tem desafiado tanto as instituições de formação, com seus programas de graduação e pós-graduação, quanto as instituições prestadoras de serviços de saúde em seus projetos de significar os espaços do trabalho como espaços de aprendizagem (ENGSTROM et al., 2016).

A partir das assertivas apresentadas, cabe refletir que o processo de implementação da PNPIC, traz elementos de complexidade. Para contextualizar essa afirmativa, basta

analisarmos algumas das diretrizes da PNPIC (Brasil, 2006, 2017), que pautam que as PICs devem estar numa lógica voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; e promover o estímulo ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Nesta direção, as PICs, ao ultrapassarem o modelo de saúde centrado na doença e ampliar a perspectiva para uma visão holística sobre o cidadão, sujeito com autonomia sobre seu cuidado; as instituições formadoras e os atores sociais envolvidos na implementação de políticas de saúde, aqui representados pelos burocratas de nível de rua, são desafiados a (re)significar suas próprias escolhas e processos pedagógicos, de modo a possibilitar a produção de conhecimentos para a qualificação profissional e também para a articulação de respostas às demandas colocadas pela PNPIC.

No que se refere ao tempo que os burocratas de nível de rua atuam desenvolvendo as PICs, os resultados indicam que a maior parte dos entrevistados, 08 (72,7%), possuem de seis a dez anos de atuação. Já quando questionados sobre o tempo de atuação naquela UCIS, predominou o tempo de atuação na unidade de um a cinco anos, apontado por 06 (54,5%) dos entrevistados. Diante do apresentado, considera-se que os entrevistados possuem experiência profissional e tempo de atuação no serviço favorável a análise de implementação da Política.

Ainda quanto ao tempo de atuação, cabe destacar que o campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que envolvem abordagens com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (PNPIC, 2006). Deste modo, o maior tempo de atuação do profissional naquele serviço, representa uma potencialidade na formação do vínculo terapêutico citado.

5.1.4 A implementação da PNPIC nos UCIS: Visão dos burocratas de nível de rua

Considerou-se nesta seção que o entendimento do processo de implementação de uma política pública passa também pelo entendimento do papel e da atuação dos burocratas diretamente envolvidos no processo, na medida em que a atuação dos agentes de rua estrutura o contexto de interação e a forma como as políticas serão implementadas (LIPSKY, 1980).

Ainda, alicerçados nos argumentos apresentados por Lipsky (1980) ao destacar que, muitas vezes, os burocratas de nível de rua não compartilham as mesmas perspectivas e preferências dos formuladores das políticas, de modo a exercer possíveis resistências as

“ordens vindas de cima” e agirem de forma discricionária, remodelando, ajustando ou, não executando as ações previstas nos planos operativos das políticas públicas. Assumimos, com isso, em consonância com outros (Oliveira, 2012; Lotta, 2012b; Lipsky, 2010), que as decisões e ações dos atores de linha de frente mudam a trajetória da política, influenciando seus resultados.

Deste modo, a análise dos discursos dos burocratas de nível de rua pode revelar diferentes visões, práticas ou entendimentos a respeito da implementação de uma política, mesmo entre aqueles lotados no mesmo serviço de saúde, o que poderá contribuir para resultados diferentes dos almejados. Logo, esta subcategoria busca analisar a visão dos entrevistados sobre a implementação da PNPIC.

A análise dos discursos revelou que existe um alinhamento comum, quase que uma unanimidade, entre os entrevistados, no que diz respeito ao indicativo da relevância e potência da PNPIC enquanto mecanismo de formalização das PICs como legítimas formas de cuidado à saúde, no contexto da política pública de saúde, ou seja, na oferta destas práticas no SUS. Nenhum entrevistado expressou-se de forma desfavorável a esta Política. Todavia, percebeu-se uma heterogeneidade de visões sobre o efetivo papel PNPIC e suas dimensões.

Os discursos abaixo reforçam o reconhecimento da relevância da PNPIC:

A PNPIC eu conheço e eu acho assim: ela é muito útil no quesito do reconhecimento e da afirmação enquanto política pública. Inclusive é por isso que as PICs elas se uniram né, é uma afirmação como política pública (*Entrevistado 5*).

Olhe, com a política a gente avançou com a divulgação, preservação e a documentação de que é essas práticas, ela tem sabe um rumo certo para um futuro melhor. Assim dá mais segurança para fazermos nosso trabalho. Garante o que a gente faz como sendo cuidado de saúde de verdade, agora a gente é mais reconhecido no sistema de saúde (*Entrevistado 1*).

A Política ela foi fundamental para nossa prática. Veja, eu conheço pouco, eu li pouco, eu participei dos congressos, né, a minha visão é, pelo que eu já li, ela tem crescido e tem se fortalecido dentro do SUS (*Entrevistado 6*).

Alguns entrevistados se expressaram revelando convergências com as mesmas perspectivas e preferências dos seus formuladores:

Tudo é estruturado a partir desse alicerce, né? É dado uma forma de trabalho que tem uma correspondência muito grande com o trabalho que a gente faz. Existe um casamento perfeito do que, vamos dizer, que essa política de saúde traz com o objetivo do nosso trabalho. Então seguimos o que diz lá na política, tudo como foi colocado pelo ministério (*Entrevistado 2*).

Eu conheço a Política Nacional de Práticas Integrativas de forma geral, eu acho que é importante haver essa política. Ela estimula a ampliação das práticas integrativas no nosso país e fortalece e amplia o acesso, para que a gente possa oferecer tipo de serviço cada vez para mais pessoas, estimular essa, essa visão do autocuidado, da promoção à saúde, da prevenção, mudar um pouco a forma dos usuários acessarem a saúde. Ela é uma das formas legais que o ministério tem de fazer a gente a tratar as

peças tirar o foco do modelo biomédico, de ser a única forma de acesso o modelo biomédico, né. Então acho que é importante sim, se fortalecer a política, para que a gente possa ampliar esse acesso da população (*Entrevistado 10*).

Contudo, alguns dos burocratas apontaram que a Política possui lacunas, quanto ao seu conteúdo propositivo, e necessidades de ampliação para garantir que a população tenha maior acesso as práticas, como pode ser registrado abaixo:

Essa parte de legislação é legal, porque, como é que eu posso dizer, ela fundamenta, ela fortalece as nossas práticas. Mas, muitas vezes a teoria tá muito distante da prática. É o que acontece, né? Principalmente quando a gente, por exemplo, no mestrado, num doutorado, onde a gente trabalha coisas muito específicas e de repente a gente desenvolve algumas coisas na academia que a gente não consegue aplicar na prática, as vezes isso é um ponto negativo, né verdade? (*Entrevistado 5*).

Eu acho que ainda falta ampliar bastante, porque ela é bastante restrita a alguns conceitos e algumas terapias mesmo. Não contemplam o que poderia ser um instrumento, pensando nesse como algo estratégico da política, que possibilitasse uma articulação em um nível maior ao que somos. Porque em termos de embasamento a política, eu acredito que ficou muito superficial, inclusive quanto as práticas que desenvolvemos (*Entrevistado 11*).

Então assim, eu já estava trabalhando com as PICs quando lançou a proposta da Política Nacional, e eu vejo que, como todo e qualquer, quando ela é muita teoria, é uma coisa, mas quando a gente vem pra prática hoje, é outra coisa. E a gente vê o quanto que a gente perde, né? Porque se tudo fosse a risca, se fosse uma coisa aberta pra todos, né, teria uma unidade em cada distrito, em cada município (*Entrevistado 01*).

Eu conheço a Política de Nacional de Práticas Integrativas de forma geral. Eu acho que é importante que a Política estimule a ampliação das práticas integrativas no nosso país. Ela tem que fortalecer e ampliar o acesso, investir em pesquisa para que a gente possa oferecer o melhor serviço para mais pessoas. Tem também que estimular essa visão do autocuidado, da promoção à saúde, da prevenção, mudar um pouco a forma dos usuários acessarem a saúde (*Entrevistado 10*).

Ela ainda precisa de um outro olhar dos nossos, vamos dizer, governantes, né? Precisa se expandir. Precisa aparecer e que possa visualizar melhor. Então assim, a gente é uma unidade, uma potência gigante aqui, e com tanta coisa pra oferecer. E a gente é tão bom profissional e já faz tanto, quantos mil usuários nós já atendemos, claro nem todos ficam, mas em quesito de ter transformado a saúde. Isso precisaria ser visto (*Entrevistado 6*).

Quanto às lacunas sobre as proposições da Política, cabe lembrar que nem todas as PICs existentes estão contempladas e regulamentadas pela PNIPIC. Logo, percebe-se que os burocratas, com suas experiências acumuladas, sentem a necessidade de abranger, ainda mais, para o interior do SUS outros saberes e racionalidades de base tradicional, de maneira integrada a lógica de funcionamento dos serviços de saúde já existentes, contudo preservando suas características de cuidado holístico de saúde.

Nesta direção, para dois entrevistados a PNIPIC assume inclusive papel no enfretamento ao paradigma médico hegemônico, como pode-se perceber nos discursos:

A última expansão foi realizada no congresso internacional que a gente tava lá e foi quase um escândalo para os conselhos de saúde da área da medicina, né. Porque enfim, eles se sentem ameaçados de perder um espaço. Como se tivessem um

monopólio em relação à saúde...eles ficam ouriçados e começaram a guerrear, né. Assim, eles passaram pelo menos alguns meses tentando difamar as PICSs e tudo mais. Agora, isso também porque a Política foi uma forma de reconhecimento, né. Porque agora a gente, aparentemente, tomou uma proporção que nos fez serem cada vez mais vistos e ganhar mais visibilidade, o que é necessário (*Entrevistado 07*).

É tirar um pouco do foco do modelo biomédico, de ser a única forma de acesso o modelo biomédico, né. Então acho que é importante sim, se fortalecer a política, para que a gente possa ampliar esse acesso da população (*Entrevistado 10*).

5.1.5 PNPIC: verificando os conhecimentos e compreensões dos burocratas de nível de rua

A partir de Lipsky (2010), podemos apontar alguns elementos dos quais a discricionariedade seria decorrente. Primeiro, ela derivaria do conhecimento profissional. Pois espera-se que profissionais julguem e decidam em seu campo, ou seja, que exerçam discricionariedade.

Logo, nesta seção buscou-se analisar os conhecimentos e compreensões da política por parte dos executores, no que tange aos seus objetivos, diretrizes e perspectivas apresentadas no escopo da PNPIC. Esta etapa cumpre um papel importante, pois defende-se que a apropriação de conhecimentos sobre a política em que se atua é condição indispensável para uma participação bem-sucedida da burocracia de nível de rua no processo de implementação de qualquer política pública.

Considerou-se conhecer a política desde “ter ideia” até “conhecer os objetivos e as diretrizes”. Nessa abrangência, todos os entrevistados relataram conhecer a PNPIC, porém percebeu-se uma heterogeneidade de compreensões que revelam uma apropriação das diretrizes da Política. Vale ressaltar que, pela análise dos discursos, esta dita apropriação parece emergir da atuação prática dos burocratas, ou seja, das experiências e vivências desenvolvidas ao longo dos anos atuando com as PICS.

Os Entrevistados 2, 4 e 10 apontam para incorporação e implementação da PNPIC na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado integral em saúde. Deste modo, os depoimentos revelaram proximidades com diretriz da Políticas, como pode-se verificar abaixo:

Na nossa unidade, a Política ela é sempre fortalecida na nossa metodologia de trabalho. O trabalho é que promove a integração entre vários grupos e várias formações específicas de práticas integrativas. Então, têm práticas psicoemocionais, práticas corporais, atendimentos individuais e que conversam entre si, sempre com a visão de práticas integrativas e também essa ponte com o modelo biomédico. A gente faz essa interação com as outras clínicas e em relação aos serviços primários, né, de atenção básica. A interação com as unidades básicas de saúde através de referência contra referência. Enfim, eu acho bem importante a gente levar isso em

consideração e com certeza a gente faz (*Entrevistado 2*).

É um dispositivo pra, de fato, olhar a saúde de um ponto de vista mais amplo. Não só pensar na doença. Na verdade, a gente não pensa na doença. A doença é um evento, não é o foco do trabalho. O trabalho das PICs é observar o ser como um todo e ver como a gente pode intervir ou estimular uma mudança de hábito naquela pessoa que, talvez, não esteja enxergando uma outra possibilidade, então é mais uma mudança de perspectiva de vida, do que uma intervenção de saúde. [...] trabalhamos muito mais na promoção e prevenção (*Entrevistado 4*).

Temos que respeitar os princípios que norteiam o SUS e a Política ela se baseia nisso também, como toda prática de saúde tem que respeitar e se basear nisso. Então, observando os princípios do SUS, temos que pensar na integração com a rede também, porque a gente tá na atenção básica. A prática já é como uma intervenção, mas meu foco é de gerar promoção de saúde por ser atenção básica. As práticas integrativas visam tratar a saúde de forma integral, no conceito mais amplo da saúde e do bem-estar físico, psíquico. E também são práticas que estimulam o autocuidado, a prevenção de doenças, a promoção à saúde, né (*Entrevistado 10*).

As PICs são afirmadas, pelo Entrevistado 5, como políticas públicas efetivamente cuidadoras e resolutivas. Este depoimento permitiu um alinhamento entre o discurso do burocrata entrevistado e a diretriz da Política, que indica que as PICs devem contribuir com o aumento da resolubilidade do Sistema:

Veja só as práticas integrativas elas têm algo de muito especial, melhor de tudo, ela traz, ela conquista os corações das pessoas que se envolvem, tá. O que é muito importante. E elas conquistam por um motivo simples, primeiro que elas são resolutivas, as pessoas trazem consigo problemas que são muito comuns, no caso elas trazem problemas com dores, suas dores crônicas, que os perseguem durante anos. Problemas emocionais, como sua crise de ansiedade, depressão, etc. E elas não encontram resolutividade nessas formas de cuidado hegemônico que a saúde se encontra, portanto elas não se sentem verdadeiramente cuidadas, muitas vezes quando elas estão imersas a saúde hegemônica [...] a gente traz resolução e a gente traz inclusive formas de maior possibilidade de se viver a vida. Uma coisa que eu sempre digo, que eu acredito que é felicidade também faz parte da saúde, entende. Felicidade é sinônimo de saúde, que as pessoas elas chegam no UCIS, por exemplo, para cuidar de uma dor crônica, para cuidar de uma depressão, de angústia e ela vem contando resolução nisso (*Entrevistado 5*).

Na perspectiva de promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, diretriz da PNPIC, o Entrevistado 2 indica que a aplicação das PICs, como estratégias de cuidado à saúde pública, resulta em economia para o Estado:

[...] então eu acho que isso vai ampliando, inclusive, o nível de consciência dessa autonomia que traz para o Estado, uma economia muito grande que as PICs trazem, na minha visão (*Entrevistado 2*)

Os Entrevistados 4, 8 e 11, valorizam e percebem as práticas como formas de cuidado que visam à autonomia, o autocuidado, o empoderamento e o protagonismo dos usuários. Neste sentido, pode-se inferir entendimentos que são também próximos da diretriz da PNPIC, cujo texto indica a necessidade de estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e

trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

[...] dentro de uma abordagem, de uma visão, buscando uma autonomia no autocuidado...um indivíduo, um cidadão, ele compreender ou ele ser um agente participativo da própria cura, porque nós somos um espaço de unidade de saúde, mas uma das coisas mais importantes dentro de uma visão de saúde é o indivíduo, vamos dizer amadurecer psicologicamente, para ele poder assumir a responsabilidade com seu bem-estar, com a sua saúde (Entrevistado 4).

[...] E a gente conseguiu com a questão das linhas de cuidado fortalecer a ideia de que o paciente ele vem pra se cuidar na unidade, através de uma forma de saúde um pouco diferente do modelo convencional biomédico, e o paciente ele vem para aprender também a se cuidar, promover sua própria saúde, ser um agente ativo nesse processo, e não apenas vim para receber um tratamento como no modelo biomédico é mais tradicional [...] Com equipe inteira foi desenvolvido esse projeto, essa nova proposta, que o paciente ele não é um paciente meu, ele é usuário do serviço, então nós somos corresponsáveis, temos essa troca, né, discutindo os casos dos usuários, como é que a gente pode beneficia-los através das práticas integrativas(*Entrevistado 8*).

[...] inclusive eu trabalho nessa perspectiva, né, de você ser mais ativo, de você trabalhar numa perspectiva de uma saúde mais ativa, onde as pessoas elas tenham não somente acesso a técnicas, não somente a vivências de atividades pontuais, que eles vêm pra uma unidade, e enfim. Mas que esse aprendizado ele seja pra um autocuidado, pra autonomia (*Entrevistado 11*).

Observou-se ainda o entendimento dos burocratas de que mudanças na PNPIC precisam ser operadas na perspectiva de ampliação, a fim de se incluírem e regulamentarem práticas que ainda não estão no seu texto, como pode ser observado nos depoimentos abaixo:

Veja, a política é tão restrita, é muito pouco para o que a gente faz, ainda privilegiaria a minoria das práticas que a gente faz. Tem que ampliar mais para contemplar tudo o que a gente faz (*Entrevistado 9*).

A gente procura estar fazendo as atividades não fugindo dos parâmetros que nós temos em relação ao nível nacional, né. Embora a gente veja que algumas outras coisas precisam de uma maior regulação, a gente veja que é necessário acrescentar outras coisas. É necessário a gente delimitar (*Entrevistado 5*).

Tais depoimentos somam-se aos de outros burocratas entrevistados e sugerem que, apesar de ter sido instituída pelo MS há doze anos, a PNPIC ainda não foi amplamente divulgada nos serviços de saúde e nem incorporada aos processos de formação dos agentes implementadores investigados, conforme observado nos depoimentos dos entrevistados 10 e 11:

Quando eu estava na faculdade de medicina, eu apenas tive um único momento que juntava práticas integrativas com tudo mais que você puder imaginar, então assim, não era uma coisa muito estimulante para o aluno que está na universidade querer ter o interesse de fazer (*Entrevistado 10*).

[...] também é fundamental falar mais sobre práticas integrativas nas universidades, nas formações de base, para que as pessoas tenham vontade e desejo a partir do conhecimento de práticas integrativas, né. Eu acho que a gente tem que promover essa integração nas escolas, aumentar essa participação de quem faz práticas integrativas [...] A gente precisa falar sobre as PICs para quem não conhece, para quem não aceita, para quem tem alguma dificuldade, para quem tem um pezinho

atrás. Então ali é que a gente tem que chegar para poder a gente conseguir ampliar essa coisa da participação das práticas integrativas, dos próprios profissionais encaminharem, mesmo os que não trabalham terem esse olhar da possibilidade das PICs como uma metodologia de trabalho ou de tratamento para os seus usuários, os seus serviços (*Entrevistado 10*).

Assim não é uma divulgação tão grande, ainda existem pessoas que moram por aqui pelos arredores e não sabem desse serviço. E não sabem que elas contam com isso pelo SUS (*Entrevistado 11*).

A dança circular tem uma portaria que inclui, né, ela como prática integrativa, porém não há aquela disseminação, não há uma contextualização do que é essa dança circular, né. Então isso é um dos materiais que a gente tem tentado abranger em quanto fortalecimento dessa estratégia política, mostrar pra que a gente tá vindo, o que é que a gente tá fazendo, isso dentro da política, início, mas cobrindo também um pouco essa falta, essa insuficiência (*Entrevistado 11*).

Alguns discursos permitiram observar certas adaptações e mudanças promovidas pelos burocratas de nível de rua no desenvolvimento da PNPIC, revelando que é uma política pública flexível que pode ser adaptada, a partir do contexto e da ação dos burocratas de nível de rua, como pode-se observar nos depoimentos:

A gente se baseia na Política na maioria das vezes. Porque assim, tem algumas coisas que a gente até, mas não é nem coisa nossa, porque a gente termina tendo que fazer uma adaptação pra melhor atender (*Entrevistado 1*).

Eu acho que o ponto positivo da parte legislativa é resguardar a gente, mas muitas vezes na prática a gente não consegue trazer tudo que tá lá, porque ali é o ideal. Quando você vem e principalmente quando você vem pro SUS é difícil aplicar. A gente tenta seguir as diretrizes e entende que é importante utilizar as diretrizes de cada política. Mas assim, aplicar ao pé da letra aí é mais difícil...a gente vai melhorando um pouco também de acordo com o caso ou com o recurso que a gente tem, né (*Entrevistado 4*)

5.1.6 Debatendo os desafios e potencialidades na implementação da PNPIC na perspectiva dos burocratas de nível de rua

Nesta seção, serão apresentados desafios e potencialidades na implementação da PNPIC nos serviços analisados, segundo os burocratas de nível de rua entrevistados. Parte-se da perspectiva que a implementação envolve processos dinâmicos, não lineares, no qual as políticas formuladas podem ser materializadas ou não, posto que são submetidas a influência de diversos atores e a um amplo conjunto de variáveis que podem contribuir tanto para o seu sucesso quanto o seu fracasso, ou limite do alcance dos objetivos almejados (LOTTA, G. 2010; WU et al., 2014; CORREIA, A. 2017; LIPSKY, 1980).

Considerando que estas questões, busca-se descrevê-las em duas subseções: desafios e potencialidades.

5.1.6.1 Desafios na implementação da PNPIC

Os burocratas foram estimulados a refletir e opinar sobre as dificuldades para implementação da PNPIC no serviço em que atuam. Nesta direção, pode-se inferir dos discursos uma heterogeneidade de fatores que foram indicados pelos burocratas.

A concepção do predomínio do “modelo biomédico” caracterizou uma das dificuldades na implementação da PNPIC. Nesse aspecto, os burocratas entrevistados (7 e 10) relatam um certo distanciamento ou “marginalização” das PICs dos demais serviços da RAS e por vezes dos próprios usuários do SUS, que pode ser relacionado ao contraponto que a Política impõe ao modelo citado:

A existência da Política Nacional de Práticas Integrativas possibilita que esse lugar aqui exista. Mas, para além disso, é tudo muito difícil porque, a gente quase que não existe no papel, ou nas trocas com a universidade, nas trocas com a prefeitura. A gente fica muito relegado mesmo a nossa vontade, ao o que que a gente quer fazer nessa unidade (*Entrevistado 7*).

Às vezes, eu acho que um pouco do pensamento do modelo mais tradicional, que é modelo biomédico ocidental de ver a saúde, ele está arraigado não só nos profissionais, como também nos usuários que procuram serviços. Muitas vezes então, é uma mudança que precisa para você mudar a forma do pensar de como você vai receber aquele cuidado. É todo um trabalho de educação e saúde, que isso leva tempo, né. Eu acho assim, eu acho que é o desafio, entendeu? (*Entrevistado 10*).

A falta de conhecimento dos sobre a PNPIC também foi citada como dificuldade a ser vencida, e isto foi expresso na fala do Entrevistado 4:

Primeiro, talvez o que mais atrapalhe seja a falta de conhecimento das pessoas sobre a PNPIC, é o que mais atrapalha. Realmente porque talvez precisasse que mais equipamentos sociais, soubessem levar a existência disso, assim haveria uma cobrança para o poder público de ter mais profissionais capacitados nas PICS, porque por exemplo, o NASF é mais legitimado, as pessoas conhecem mais (*Entrevistado 4*).

Fragilidades na gestão das PICs, nos serviços analisados, foram apontadas como impedimentos para a implementação de ações previstas na PNPIC. Nesta direção os entrevistados destacaram aspectos como falta de conhecimento dos gestores sobre as PICs e a falta de apoio para o desenvolvimento das práticas, expondo suas impressões sobre tais dificuldades da seguinte maneira:

Eu acho que está atrelado a gestão, né. Nesse caso, que é municipal, de pessoas que realmente tenham o conhecimento do que é as PIC. Porque não adianta ter na gestão quem não tem conhecimento do que é as PICS (*Entrevistado 1*).

Os fatores que dificultam são os apoios, que mesmo sendo irrisórios, mínimos, mas tem que dar uma base para que nós tenhamos uma esperança e a fé de que isso vai dar [...] que vai continuar dando certo nesses procedimentos, né? Polêmico e politicamente falando (*Entrevistado 2*).

A gente precisa muito do apoio da gestão, que a gente não tá tendo nesse momento, tá no momento bem difícil (*Entrevistado 3*).

Ainda no âmbito dos desafios, entre os burocratas entrevistados sobressaem depoimentos sobre a dimensão estrutural. Esta, foi apontada sobre duas perspectivas principais que envolvem a questão do financiamento e aspectos estruturais relacionados a estrutura física, insumos, materiais, etc.

O principal elemento da dimensão “estrutural” identificado na narrativa dos sujeitos da pesquisa foi referente ao financiamento insuficiente, ou mesmo ausência deste. Apresentado pelos entrevistados 1, 2, 3 4, 5 e 11, prevaleceu como o fator dificultador mais referido pelos burocratas de nível de rua. Alguns depoimentos a seguir exemplificam o citado:

Vê só, aqui, pelo menos assim, falando da minha prática, eu vejo que uma coisa que interfere muito é a falta de suplemento, né, pra realização do meu trabalho, né. O que é que eu vou de encontro, né, é essa de ter que solicitar que os usuários tragam os materiais para fazermos as oficinas. E assim, dentro da realidade de cada um, né...um pode, outro não. Não é uma coisa que é, como é que se diz, “ah se não trazer, não vai fazer” não, não é isso. Nós terminamos sobrecarregando até mesmo o próprio profissional, que pra não deixar de fazer, termina arcando com as consequências, né? (*Entrevistado 1*)

Então eu não tenho nenhuma ligação com essa parte político-administrativa, mas o que a gente sente é que a gente faz um pedido das necessidades e “não pode, não chegou, não veio verba, não tem, amanhã, é depois”. E a oito anos eu escuto isso (*Entrevistado 2*).

Então, muitas vezes, assim, a gente tem realmente sentido dificuldade nesse sentido, de fazer um serviço melhor, porque falta recurso, falta muito. A gente precisa de material também pra desenvolver as aulas práticas, então as vezes os usuários trazem material (*Entrevistado 3*).

A PNPIC ela não tem poder executivo genuíno, assim, de execução porque as práticas integrativas é uma política sem financiamento, tá? (*Entrevistado 5*).

A gente também não tem investimento no sentido dos nossos próprios recursos materiais, nossos insumos, é uma dificuldade muito grande pra que a gente tenha acesso aos materiais. Isso aí, eu tô dizendo assim, para as práticas que precisam de materiais, que têm os insumos (*Entrevistado 11*).

Quanto aos aspectos estruturais relacionados a estrutura física, materiais e insumos, os burocratas apontam a precarização ou insuficiência do espaço físico e escassez de materiais como fatores dificultadores e que, inclusive, limitam o número de pessoas que serão atendidas e tem acesso as PICs.

Veja, muitas vezes a gente tá dando aula, quebra um ventilador. Ou mesmo as telhas estão separadas, durante a chuva [...] choveu a gente corre para cá, foge pra dentro da sala, entende?

A estrutura atrapalha. São banheiros as vezes quebrados, é material que as vezes a gente precisa, não vem, entende? Então existe uma carência muito grande. A gente não deixa de trabalhar por conta disso, vai quebrando o galho, como a gente diz. Agora sentimos sim, durante esse trabalho que a gente faz, você pode observar como a gente trabalha. A gente trabalha por amor, porque a gente acredita nessa causa, porque a gente luta por ela, porque não importa a gente ter condições ou não, já atendi embaixo de mangueira, já atendi com a formiga passando pelo pé e a gente indo pra outro lugar e isso de uma forma natural, sem estar reclamando para o

usuário. E é o que a gente vem lutando pra gente ter, vamos dizer assim, uma condição de trabalho mais facilitadora pra gente desenvolver isso (*Entrevistado 2*).

O que limita o número de usuários das turmas é o espaço físico. A minha última turma extrapolou o que eu tinha pensado e realmente é desconfortável pros usuários, pras pessoas que estão assistindo. O recurso visual que a gente utiliza é um computador, então a tela é pequena, né. Que eu trago de casa, então nem todo mundo visualiza. Então geralmente, por turma, a gente tenta fechar entre dez a doze pessoas pra ficar confortável pra todo mundo (*Entrevistado 3*).

As dificuldades de valorização profissional e número insuficiente de profissionais para atenderem a demanda dos serviços também foram fatores descritos pelos burocratas entrevistados, como obstáculos a implementação da PNPIC nos serviços analisados, segundo Entrevistado 4 e Entrevistado 6.

Nós das PICS não somos regulamentados nesse ponto dos direitos da carreira pública. Os profissionais que atuam aqui não têm segurança que os outros profissionais possuem, somos todos terceirizados. (*Entrevistado 4*).

Vê, todas as salas tão ocupadas, são muitas pessoas pra serem atendidas, são poucos profissionais e os poucos não dão pra ficar na casa também, então a estrutura não suporta, e ainda se suportasse teriam poucos profissionais porque a demanda é muito grande (*Entrevistado 4*).

A valorização, isso daí dificulta muito, né, porque a gente tá anônimo, e aí isso daí a gente não tem, é, não tem crescimento, nem esperança de desenvolvimento, só se for a esperança de dentro da gente, mas falta mais essa questão deles verem a gente como uma potência, no meu ponto de vista. (*Entrevistado 6*)

O Entrevistado 9 chama a atenção para falta unidade ou padronização das PICs como dificultador da implementação PNPIC nos serviços:

Falta unidade pras práticas integrativas. Isso é uma coisa que eu acho que é bem importante pras políticas, elas são muito diversas e aí não existe uma unidade entre os diferentes centros de práticas integrativas. E mesmo que as práticas integrativas elas não sejam padronizadas nas unidades, eu não sei se isso é possível que elas sejam padronizadas, eu acredito que de alguma forma essas unidades de saúde elas precisavam ter algo que fizesse delas um coletivo mais coeso, entendeu? Eu acho que a política de práticas integrativas ainda deixa isso meio solto (*Entrevistado 9*).

Reconhecidas aqui, as questões e fatores desafiadores na implementação da PNPIC, segue-se com a apresentação das potencialidades na implementação da Política, na perspectiva dos burocratas de nível de rua.

5.1.6.2 Potencialidades na implementação da PNPIC

Foram relatadas, pelos burocratas entrevistados, duas características ou dimensões que permeiam a implementação da Política e contribuem positivamente para este processo, a saber: o trabalho em equipe e multiprofissional e o estímulo a autonomia do usuário.

Desta maneira, alguns burocratas destacaram a integração e cooperação entre os distintos profissionais envolvidos no trabalho com as práticas. Emerge então o trabalho em equipe e multiprofissional como uma estratégia para fortalecer a Política:

O que ajuda muito eu acho que é a equipe, é muito boa, o pessoal é muito comprometido. Isso faz toda diferença no resultado das práticas, cada um fazendo a sua, mas todo mundo ajudando e encaminhando para o outro. Aí, claro que é o melhor para nosso paciente, né (*Entrevistado 9*).

Eu acho que o que favorece o desenvolvimento da Política é que a unidade ela é toda formada por profissionais que trabalham em práticas integrativas, estudam práticas integrativas e as discutem. Tem as oportunidades de formação promovidas pela prefeitura, e, aí, isso eu acho que é uma coisa que está sempre em construção, para ampliar esse serviço, melhorar a forma do atendimento. Então isso é uma coisa para tentar realmente promover a ampliação desse serviço e da política (*Entrevistado 10*).

Além de ser uma diretriz da PNPIC, o estímulo a autonomia e co-responsabilização do sujeito pela sua própria saúde é apontada também como uma característica que facilita e dá sustentabilidade a Política. Os depoimentos a seguir exemplificam o indicado:

Dentro de uma abordagem, de uma visão, buscando uma autonomia no autocuidado. O indivíduo, o cidadão, ele compreender ou ele ser um agente participativo da própria cura, porque nós somos um espaço de unidade de saúde. Mas, uma das coisas mais importantes dentro de uma visão de saúde é o indivíduo, vamos dizer amadurecer psicologicamente para ele poder assumir a responsabilidade com seu bem-estar, com a sua saúde e isso nós fazemos com as práticas. Isso estimula né, fortalece ela procurar o serviço, logo fortalece a própria política...essa autonomia de assumir a responsabilidade com o seu próprio bem-estar e sua própria saúde (*Entrevistado 2*).

[...] a gente conseguiu com a questão das linhas de cuidado fortalecer a ideia de que o paciente ele vem pra se cuidar na unidade, através de uma forma de saúde um pouco diferente do modelo convencional biomédico, isso ajudar sustentar nosso trabalho com as práticas. Porque assim, o paciente ele vem para aprender também a se cuidar, promover sua própria saúde, ser um agente ativo nesse processo e não apenas vim para receber um tratamento como no modelo biomédico é mais tradicional. A equipe inteira foi desenvolvendo esse projeto, essa nova proposta, que o paciente ele não é um paciente meu, ele é usuário do serviço, então nós somos corresponsáveis, temos essa troca, né. Discutindo os casos dos usuários, como é que a gente pode beneficiá-los através das práticas integrativas (*Entrevistado 10*).

5.2 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNPIC NAS UCIS DO RECIFE: UMA ANÁLISE GERAL DAS PERSPECTIVAS DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

Considerando a amplitude do tema e a necessidade de responder aos objetivos deste estudo, nesta seção será realizada uma síntese dos resultados, apresentados anteriormente em tópicos principais, bem como será tecida a análise geral destes buscando discutir as perspectivas dos burocratas de nível de rua entrevistados sobre a implementação da PNPIC.

Quanto ao perfil dos burocratas de nível de rua participantes das entrevistas, identificou-se que todos possuem formação superior e predomina o caráter multiprofissional

na implementação da PNPIC. Estes burocratas, têm em média de um a cinco anos de atuação nos serviços pesquisados e ao menos uma especialização, sendo que a maioria é na área das PICs.

Entre os burocratas de nível de rua entrevistados, existe quase que uma unanimidade sobre a relevância e potência da PNPIC, enquanto mecanismo de formalização das PICs como legítimas formas de cuidado à saúde, no contexto da política pública de saúde. Nenhum entrevistado expressou-se de forma desfavorável a esta Política. Todavia, percebeu-se uma heterogeneidade de visões sobre o efetivo papel PNPIC e suas dimensões.

Nessa abrangência, todos os entrevistados relataram conhecer a PNPIC, porém percebeu-se uma diversidade de compreensões que dão indícios de certa apropriação das diretrizes da Política. Vale ressaltar que esta apropriação parece emergir, prioritariamente, da atuação prática dos burocratas, ou seja, mais pelas experiências e vivências desenvolvidas ao longo dos anos atuando com as PICs, do que pela discussão ou reflexão do conteúdo do texto formulado para Política.

As dificuldades, no processo de implementação da Política em tela, citadas nas narrativas produzidas pelos burocratas de nível rua, podem ser agrupadas em três dimensões inter-relacionadas: as referentes ao modelo de atenção à saúde (prioritariamente biomédico), as relacionadas aos processos gerais ou, como anteriormente denominada, questões estruturais na implementação das políticas, ações e serviços que constituem o SUS (falta de financiamento suficiente, precarização ou insuficiência do espaço físico e escassez de materiais), e aquelas ligadas a gestão e organização institucional (falta de apoio e gestão frágil, falta de conhecimento dos diversos atores sobre a Política, necessidade de valorização profissional e número insuficiente de profissionais para atenderem a demanda dos serviços).

As potencialidades na implementação da PNPIC, identificadas nos discursos dos burocratas, e conformam duas dimensões principais: relacionadas ao trabalho em equipe e multiprofissional e as relacionadas ao estímulo a autonomia protagonismo do sujeito no cuidado à sua própria saúde.

Pode-se afirmar, de uma forma geral, que, a partir deste estudo, se observa a compreensão da questão das PICs como uma forma de cuidado eficaz em saúde que precisa de respaldo, por meio de uma política pública voltada para necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários, entre a maioria dos burocratas de nível de rua entrevistados. Ou seja, eles reconhecem a importância da implementação da PNPIC. Contudo, apontam que existem lacunas e necessidades de reformulações na Política, seja pela demanda por

ampliação do escopo de práticas na Política ou por ampliação de acesso à população aos serviços de PICs.

Um olhar mais aprofundado sobre as dinâmicas de funcionamento dos serviços executores, nesse caso as UCIS, leva a outras reflexões. De fato, pode-se afirmar que a PNPIC está implementada. No entanto, as ações desenvolvidas pelos burocratas de nível de rua são permeadas pelo contexto desta instituição e em alguns aspectos não correspondem às intenções contidas no texto da Política, apesar de influenciados por ela.

Tal cenário revela a existência de processos de ressignificação, a partir da amplitude, abrangência e subjetividade que envolvem as PICs. Estas, permitem diversos entendimentos, que interferem na atuação dos burocratas de nível de rua. Em outras palavras, a política pública funciona de base, mas existem diferentes processos de apropriação e interpretação desta. Esses processos, estão permeados pelos entendimentos anteriores dos burocratas de nível de rua entrevistados, construídos principalmente nas suas práticas e experiências profissionais.

De modo a reforçar a assertiva acima citada, cabe ainda ponderar que, no contexto das dificuldades para implementação da PNPIC, revela-se uma dinâmica de fatores, “macro” ou “micro” políticos que interferem negativamente no processo de implementação desta Política. Todavia, sobressaem os discursos de um contexto de implementação impregnado pela percepção de que os recursos seriam insuficientes. Nessa conjuntura, a necessidade de atender a população e desenvolver os processos de trabalho faz emergir possíveis reformulações, ou, minimamente, alterações contextuais da política.

Outro aspecto a ser destacado no presente estudo, diz respeito a fragilidade quanto a disseminação de informações sobre essas práticas e seu potencial em diferentes contextos de cuidado. Deste modo, limitando a efetiva amplitude e alcance da potencialidade desta Política pública de saúde na superação do paradigma biomédico.

Ademais, o trabalho em equipe e multiprofissional, bem como o estímulo a autonomia do sujeito no cuidado à sua própria saúde, são fatores que os burocratas de nível de rua reforçam como propulsores positivos no processo de implementação desta Política

Todos os burocratas de nível de rua entrevistados consideraram a Política positiva, embora tenham uma visão da necessidade de reformulação, com redefinição dos objetivos, conteúdo de práticas e atividades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo dedicou atenção nas práticas desenvolvidas pelos burocratas de nível de rua que atuam nas UCIS do município de Recife, objetivando analisar o processo de implementação da PNPIC, buscando as perspectivas destes atores, aqui considerados atores-chave no processo.

Este estudo foi capaz de alcançar seus objetivos. Com isso, foram identificados elementos que podem orientar a resposta para a pergunta condutora desta dissertação: Como os burocratas de nível de rua, lotados nas Unidades de Cuidados Integrados em Saúde do município de Recife, atuam na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares? Foram analisados e verificados fatores e aspectos que sinalizam o potencial cenário de implementação da PNPIC na perspectiva dos burocratas de nível de rua, com indicativos das dificuldades e potencialidades vivenciados nesse processo.

Cabe considerar que a análise de políticas de saúde em âmbito local, como no Recife, ainda é pouco explorada, e quando se fala em Política de práticas integrativas fica ainda mais complexo, devido ao escasso número de referências.

A análise geral, realizada neste estudo, revelou que os entrevistados conhecem a PNPIC e têm uma visão favorável à sua implementação. Foi nítido nas falas a convergência da atuação dos burocratas de nível de rua entrevistados com as diretrizes propostas pela PNPIC. Isto é, foram observadas referências sobre o papel das PICs na: prevenção de agravos, ênfase na atenção básica, forma cuidado integral em saúde, resolutividade, racionalidade e sustentabilidade, autonomia/autocuidado e protagonismo dos sujeitos.

Todavia, emergem as críticas dos burocratas implementadores ao conteúdo propositivo e indicativos da necessidade de ampliação, ou seja, reformulações, o que sugere a identificação de lacunas institucionais entre o trajeto da formulação da PNPIC e sua implementação a nível local. Estas, são ainda reforçadas pelos contextos e fatores dificultadores, que colocam ao burocrata de nível de rua, respaldados nas suas vivências profissionais, o exercício de alterações na implementação da Política, nem sempre convergentes com as perspectivas de seus formuladores.

Neste sentido, a não redução ou a não resolução das dificuldades no processo de implementação da PNPIC, sobretudo no que diz respeito a questão do financiamento, abre precedentes e contrapõe-se ao acesso integral e cuidado holístico almejados pela Política, que pode contribuir para o fracasso do poder público em ampliar e alcançar níveis de saúde com qualidade à população. Bem como, de garantir esse direito constitucionalmente estabelecido.

Vale ainda registrar a necessidade de investimentos em processos de divulgação e de educação permanente visando qualificar não apenas a burocracia implementadora, mas outros profissionais da rede de saúde. Além de, instrumentalizar, fortalecendo o empoderamento, os usuários dos serviços acerca dos efeitos positivos das PICs para saúde.

A PNPIC, como Política de saúde pública, está intimamente interligada aos limites da implementação do próprio SUS. e forma mais ampla, foi verificado a necessidade de fortalecermos estratégias que, num aspecto macro-institucional e social, permitam a superação do modelo médico hegemônico e possibilitem, ao usuário do SUS, o acesso a todas as formas de cuidado necessárias, contudo, que estas sejam efetivamente promotoras de saúde, como é o caso das PICs.

Com base nas reflexões evidenciadas por este estudo, é possível indicar que as PICs emergem como pauta a ser incluída nas agendas institucionais e que deve se apresentar visível aos burocratas de nível de rua, que atuam em todos os níveis de atenção à saúde, como estratégia de cuidado necessária, resolutiva e complementar por estes e pelos demais atores envolvidos nos processos de implementação das políticas de saúde pública. Só assim, a PNPIC transcenderá o campo das intencionalidades políticas para o campo promoção à saúde disponível e reconhecida pelos usuários do SUS.

Conseqüentemente, pode-se inferir que a Política em estudo foi implantada nos serviços analisados, sendo estabelecido um processo dinâmico de implementação, com diversificados contextos e níveis de discricionariedades exercidos pelos burocratas de nível de rua. Reforça-se assim, os pressupostos apresentados por Lipsky (1980) que asseguram estreita relação entre as práticas dos burocratas de nível de rua e a forma como as agências desenvolvem as políticas públicas.

A publicação da PNPIC é apenas um passo no caminho para mudança no paradigma da saúde e formalização das PICs como estratégias de atenção à saúde ofertadas pelo SUS. Deste modo, a partir destas evidências, é possível que sejam propostos, como formas de contribuição a área, alguns encaminhamentos.

No sentido acima apresentado e a partir da compreensão de que as mudanças no modelo assistencial e na organização dos serviços de saúde, requerem a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, burocratas de nível de rua aqui analisados; bem como considerando que as ações relacionadas as PICs necessitam da articulação entre gestores, burocratas de nível de rua, instituições formadoras e controle social, torna-se fundamental investir em estratégias que busquem ampliar os conhecimentos e o acesso as práticas. Sendo indicado como propostas aos serviços analisados:

- a) Maior aproximação com a Coordenação Estadual de PICs e Gerência Municipal de Atenção Básica na perspectiva de construção e pactuação de uma agenda positiva que fortalecer a implementação da PNPIC.
- b) Criação de um grupo de trabalho que promova a discussão do financiamento das UCIS, divulgação da PNPIC e do funcionamento das UCIS na Rede de Atenção à Saúde do Recife.
- c) Promover ações de educação em saúde visando ampliar os conhecimentos dos gestores e dos burocratas de nível de rua sobre a PNPIC.
- d) Ofertar processos de educação permanente em saúde (capacitações e qualificações) aos burocratas de nível de rua das UCIS.
- e) Implantar boletins informativos com regularidade periódica, divulgação em meio impresso e eletrônico, sobre o funcionamento das UCIS
- f) Fortalecer e estimular a participação popular e controle social viabilizando a discussão da PNPIC nos conselhos e conferências de saúde;
inclusão de representantes do movimento negro no conselho consultivo da instituição.

No que tange a formação para área de saúde, cabe reforçar a necessidade de que os cursos de graduação, bem como outros processos de formação para saúde, invistam na formação contextualizada à realidade da saúde pública, em particular aqui à PICs. Neste sentido, a integração ensino serviço deve ser indicada como potente ferramenta de interlocução e fortalecimento da qualificação dos envolvidos.

A complexidade e dinâmica do processo de implementação da PNPIC, bem como da proposição de políticas públicas para área de saúde, em Recife precisam ser consideradas a partir das situações comuns apresentadas pelos burocratas de nível de rua e demais atores envolvidos no processo de implementação. Logo, cabe ainda destacar a necessidade da realização de novos estudos que contemplem outros atores, serviços, fatores e contextos não contemplados no objeto deste estudo.

A PNPIC se insere em contexto diverso e dinâmico, marcado por características objetivas e subjetivas. Ampliar o entendimento as questões relacionadas a esta Política de saúde, que retrate os burocratas de nível de rua, trabalhadores de saúde, atores chave na implementação das políticas, em muito pode com o fortalecimento da PNPIC.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Bocatú, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BATISTA, M. V. F. **Implementação de políticas públicas com a perspectiva da ação intersectorial**: uma análise comparada do Programa Travessia e do Programa Cultivar, Nutrir e Educar. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF, p. 56, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília, DF, 2 ed., 96 p., 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Histórico**. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 496 p., 1988.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUITO, G. **Dicionário de Política**. Brasília, DF: UnB, 11 ed., 1998.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- CARVALHO, Y.M; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS et al., **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- CORREIA, M. S. **Análise da implantação da Política de Saúde da População Negra no Estado de Sergipe**. 2015. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/6343/1/MIRACI_SANTOS_CORREIA.pdf.
- CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, p. 483 - 494, 2016.
- DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, 2015.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

GIL, A. C. O que é estudo de caso. In: GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing public policy**. Londres: Sage, 2014.

JÚNIOR, E. T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**. Russell Sage Foundation, New York, 1980.

LOTTA, G. S. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família**. São Paulo, p. 295, 2010.

LOTTA, G. S. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 65, 2014.

LYRA, T. M.; ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Ciência saúde coletiva** [online], vol. 19, n. 9, p.3819-3828, 2014.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec. 2003.

MARTINS, M. I. C. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, Rio de Janeiro, 2004.

MAY, P. J. & WINTER, S. C. Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v.19, n. 3, p. 453-476, 2009.

MAHONEY, J. **Beyond Correlation Analysis: recent innovations in theory and method**. Sociological Forum, vol.16 (3), 2001.

MELAZZO, S. E. Problematizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. **TÓPOS**, v. 4, n. 2, p. 9 - 32, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 361-372.

MUSHENO, P. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2003.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 272-281, 2016.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor da Regionalização**. Pernambuco, 2012. Disponível em:
<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

RAEDER, S. CICLO DE POLÍTICAS: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13, p. 121-146, 2014.

RECIFE. Decreto 21.083, de 09 de maio de 2005. **Diário Oficial**, Recife, PE, 10 maio de 2005.

RECIFE. Portaria nº 122, de 06 de julho de 2012. Dispõe sobre a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial**, Recife, PE, 2012.

RIBEIRO, R. A.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SABATIER, P. A. Top-down and botton-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, Cambridge, v. 6, n. 1, 1986.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências - Legislação da Medicina Tradicional e Complementar nos sistemas de saúde municipais, inclusão em planos plurianuais e fonte de dados dos municípios. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 63, p. 237- 280, 2015.

SANTOS, F. A. S. **Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife**. Recife, p. 133, 2010.

SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. **Cengage Learning**, São Paulo: 2. ed., 2013.

SARAIVA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas Públicas: Coletâneas**. Brasília: ENAP, 2006, p. 21-42.

SEGATTO, C., L. **Análise da implementação de políticas públicas: o Programa de Alfabetização na Idade Certa em dois municípios cearenses**. 2012.

SERAFIM, M., DIAS, R. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, maio 2012.

SILVA, R. M.; JORGE, H. M. F.; MATSUE, R. Y.; JUNIOR, A. R. F.; BARROS, N. F. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.25, n.1, p.108-120, 2016.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP. 2000.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

SOUSA, L. A.; BARROS, N. F.; PIGARI, J. O.; BRAGHETTO, G. T. KARPIUCK, L. B.; PEREIRA, M. J. B. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 301-310, 2017.

SPADACIO, C.; Castellanos, M. E. P.; Barros, N. F.; Alegre, S. M.; Tovey, P.; Broom, A. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p.7-13, 2010.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 65-105, 2009.

YIN, R.K. Introdução: quando usar os estudos de caso como método de pesquisa. In: _____. **Estudo de caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com Burocratas de Nível de Rua:

Identificação da entrevista

Data: _____ ID áudio: _____

Local: _____

Duração: _____

Perfil do Entrevistado:

Escolaridade:

Formação acadêmica: _____

Especialização: _____

Formação/capacitação na área das PICs: _____

PIC que desenvolve na UCIS: _____

Tempo de atuação com as PICs: _____

Tempo de atuação com as PICs na atual instituição: _____

Caracterização das PICs desenvolvidas pelo burocrata de rua:

- Você pode descrever as atividades desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho (organização geral da sua rotina, se os atendimentos são individuais ou coletivos, o número de atendimentos diários, média de duração do atendimento)?

- Como o usuário procede para ter seu atendimento no serviço?

Perspectivas do burocrata de rua sobre a PNPIC no SUS Recife:

- Para você, o que são ou representam as PICs?

- Você conhece a PNPIC? Qual sua visão sobre a implementação desta Política?

- No seu trabalho, você leva em consideração o que foi estabelecido pela PNPIC? Comente como.

- Você poderia aprofundar esta questão em função dos fatores que favorecem e/ou dificultam a implementação da PNPIC nesta unidade de saúde?

- Há algo que não foi perguntado que você poderia acrescentar?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (**Implementação de políticas públicas: uma análise da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares a partir da atuação dos burocratas de nível de rua nas Unidades de Cuidados Integrals em Saúde do município de Recife**), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Silvana Patrícia Figuerêdo Silva Monteiro, residente na Rua Laura Campelo,131, aptº301, Torre- Recife PE, CEP 50710-270 –Fone : (81)9 99931108- E-mail: silvanacbn@gmail.com . Esta pesquisa está sob a orientação da Profª Drª Mariana Batista da Silva. Telefone: (81)21268261 E-mail: mariana.bsilva@gmail.com

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- 1. Descrição da pesquisa:** o presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar o processo de implementação da PNPIC no município de Recife, e assim, identificar potencialidades e dificuldades na efetivação desta política pública essencial à garantia do direito e integralidade à saúde. Será realizado um estudo de caso, com base na abordagem quantitativa e qualitativa, delineado pelo modelo de análise de implementação Bottom-up. Os dados serão coletados através de entrevistas semi-estruturadas (dados primários) e dados secundários colhidos nos bancos de dados do Ministério da Saúde, além da pesquisa documental em diversas fontes.
- 2. Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa:** Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.
- 3. RISCOS:** Os riscos para os envolvidos neste estudo podem ser caracterizados como algum desconforto ou constrangimento no caso dos resultados obtidos demonstrarem resultados insatisfatórios relacionados diretamente aos seus processos de trabalho. No entanto, com o intuito de minimizá-los, o sigilo sobre qualquer tipo de identificação pessoal dos participantes será garantido.
- 4. BENEFÍCIOS:** Os benefícios estão relacionados às possíveis contribuições ao processo de implementação da PNPIC na rede de atenção à saúde do Recife e ao processo de trabalho dos entrevistados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através das gravações de entrevistas, ficarão armazenados em

computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Implementação de políticas públicas: uma análise da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares a partir da atuação dos burocratas de nível de rua nas Unidades de Cuidados Integrals em Saúde do município de Recife, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A – Divisão territorial do município do Recife, por bairros e microrregiões

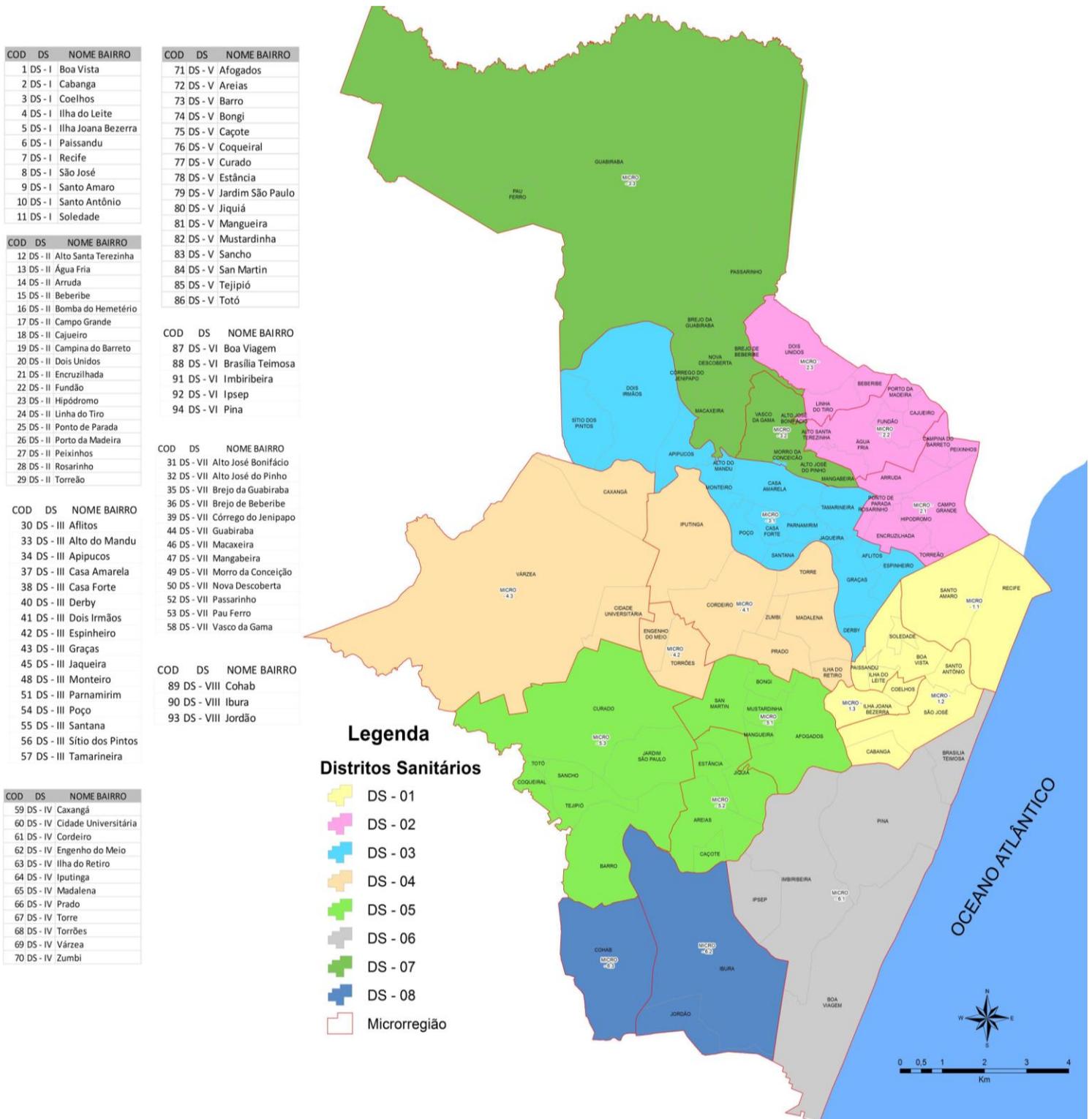


Figura 1. Divisão territorial do município do Recife, por bairros e microrregiões.
 Fonte: Recife, Secretaria de Saúde, 2