

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

SANDRA VIRGÍNIA CAVALCANTI GUERRA FERNANDES

**SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE, ENSINO E EXTENSÃO:
Humanização através das Práticas Integrativas e Complementares**

RECIFE

2021

SANDRA VIRGÍNIA CAVALCANTI GUERRA FERNANDES

**SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE, ENSINO E EXTENSÃO:
Humanização através das Práticas Integrativas e Complementares**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito à obtenção do título de mestra.

Área de concentração: Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Borges Gama Neto

RECIFE

2021

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

F363s Fernandes, Sandra Virgínia Cavalcanti Guerra.
 Serviço integrado de saúde, ensino e extensão : humanização através das práticas
integrativas e complementares / Sandra Virgínia Cavalcanti Guerra Fernandes. –
2021.
 79 f. : il. ; 30 cm.

 Orientador: Prof. Dr. Ricardo Borges Gama Neto.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Recife, 2021.
 Inclui referências e apêndice.

 1. Política pública. 2. Saúde. 3. Política de saúde. 4. Universidade Federal de
Pernambuco. I. Gama Neto, Ricardo Borges (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)UFPE (BCFCH2021-036)

SANDRA VIRGÍNIA CAVALCANTI GUERRA FERNANDES

SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE, ENSINO E EXTENSÃO:

Humanização através das Práticas Integrativas e Complementares

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre(a) Profissional em Políticas Públicas.

Aprovada em: 01/03/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Ricardo Borges Gama Neto (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

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

Prof^a. Dr.^a Sonia Aguiar Cruz Ríascos (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido sonhar e vivenciar cada momento desse mestrado, por cada pessoa que colocou em meu caminho, fazendo toda diferença em cada um dos resultados almejados até aqui.

Agradecimento especial ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Borges Gama Neto, por toda compreensão e apoio que me dedicou desde o início de minhas pesquisas até nos momentos de dificuldades surgidos após o início da quarentena devido à pandemia que se instalou ao redor do mundo nos últimos meses.

Agradeço aos meus pais pela inspiração de buscar meu desenvolvimento e por todo amor que sempre pude contar nesta vida. Ao meu esposo Erivan por toda compreensão, força e por estar sempre ao meu lado; aos meus filhos Rafael e Gabriel pelo imenso amor que me inspiram a tentar ser uma pessoa melhor a cada dia, dedico a eles todo o esforço.

Agradecimento especial à amiga Cecília pelo seu apoio, auxílio e suporte desde os primeiros desafios surgidos no meu caminho de retorno aos estudos acadêmicos e a Verônica por me ajudar a nortear minhas pesquisas.

Estou certa de que fui muito abençoada com as pessoas que se aproximaram de mim nesses momentos de pesquisas e estudos, destaco para tanto toda a turma do MPPP que, com o forte lema: “ninguém solta a mão de ninguém”, conseguiu levar o incentivo necessário para que todos alcancem seus resultados. Destaco amigas que estiveram apertando mais fortemente minha mão e não me deixaram desistir, como Cynara, Jamine e Marcela.

Anjos que chegaram em minha vida no formato de irmãos e amigos a quem dedico também este trabalho: Aélcio Jr, Simone, Regina, Arthur e Wagner por me surpreenderem em todas as ocasiões que precisei e, especialmente, a Daniella, por tanto que me ensinou, pelas horas de dedicação e pela disposição de estar sempre ao meu lado me inspirando, fortalecendo e me posicionando na melhor direção para alcançar os resultados necessários.

Quero agradecer também em especial a todas/os entrevistados do SIS, pela disponibilidade e atenção com que pude contar para o desenvolvimento dessa pesquisa, assim como às diversas pessoas que conheci e reforçaram o meu interesse de estudar o referido equipamento devido a importância dos trabalhos ali desenvolvidos. Aos membros da banca examinadora, por toda atenção e por aceitarem participar deste momento.

Agradeço a todos e todas que, de alguma forma, estiveram presentes na minha vida e me fizeram acreditar e lutar para que esse momento fosse possível, a (os) chefes e colegas da

UFPE por todo apoio e compreensão durante as rotinas de trabalho por vezes adaptadas às aulas e aos estudos.

Agradeço ainda e de forma muito especial à UFPE pela oportunidade de desenvolvimento e pelo incentivo disponibilizado aos seus servidores, o que fortalece nosso compromisso e empenho na missão de contribuir para que a Universidade cumpra da melhor maneira seu papel dentro da sociedade.

Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem tratar sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível. (FREIRE, 2007, p. 58).

RESUMO

Este estudo trata do Serviço Integrado de Saúde e objetiva analisar a atuação contemporânea e perspectivas do mesmo no contexto das políticas públicas, tendo em vista as Práticas Integrativas e Complementares. Tem a finalidade de apresentar a trajetória, experiências, dificuldades e perspectivas do referido Serviço para conhecer seu papel na articulação ensino-serviço-comunidade considerando os cursos da Universidade Federal de Pernambuco que mantêm atividades ou podem vir a atuar conjuntamente. A pesquisa é descritiva, com abordagem qualitativa. Serão analisados os documentos disponibilizados pela coordenação do Serviço e realizadas entrevistas com o intuito de conhecer a percepção de seus gestores, além de elencar as atividades e projetos desenvolvidos e os cursos e área do conhecimento que interagem nessa parceria de extensão, ensino e pesquisa. A relevância consiste no entendimento da necessidade de fomentar uma formação universitária mais humanizada de profissionais em consonância com as Políticas de Saúde e Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: Serviço Integrado de Saúde. Práticas Integrativas e Complementares. Políticas de Saúde. UFPE.

ABSTRACT

This study deals with the Integrated Health Service and aims to analyze its contemporary performance and perspectives in the context of public policies, considering Integrative and Complementary Practices. It has the purpose of presenting the trajectory, experiences, difficulties and perspectives of the referred Service to know its role in the teaching-service-community articulation considering the courses of the Federal University of Pernambuco that maintain activities or may come to act together. The research is descriptive, with a qualitative approach. The documents made available by the Service's coordination will be analyzed and interviews will be carried out in order to get to know the perception of its managers, in addition to listing the activities and projects developed and the courses and area of knowledge that interact in this extension, teaching and research partnership. The relevance consists in understanding the need to foster a more humanized university education of professionals in line with the Health Policies and National Curriculum Guidelines.

Keywords: Integrated Health Service. Integrative and Complementary Practices. Health policies. UFPE.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos revisados para compreensão das práticas integrativas. 29

Quadro 2 - Os 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS). 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAC	Centro de Artes e Comunicação
CCSA	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CE	Centro de Educação
CF	Constituição Federal
CFCH	Centro de Filosofia e Ciências Humanas
COFIES	Comissão de Fortalecimento da Integração Ensino Serviço
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNEPS	Política de Educação Popular em Saúde no SUS
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROACAD	Pró-reitora de Assuntos Acadêmicos
PROEXC	Pró-reitoria de Extensão e Cultura
PROEXT	Pró-reitoria de Extensão Universitária
SPE	Faculdade da Sociedade Paranaense de Ensino e Informática SIS – Serviço Intergado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrativos em Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.2	JUSTIFICATIVA	13
1.3	OBJETIVO GERAL	15
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2	POLÍTICAS PÚBLICAS	16
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	23
2.1.1	Restrospectiva da Saúde Pública no País	24
3	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PNPIC NO SUS	28
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	37
4.1	POLÍTICAS DE ENSINO E EXTENSÃO NA UFPE	37
4.1.1	O Serviço Integrado de Saúde da UFPE	38
5	METODOLOGIA	53
5.1	DESENHO DE PESQUISA	53
5.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	55
5.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	55
5.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	55
6	RESULTADOS E ANÁLISES	56
6.1	CONTRIBUIÇÕES DA PERCEPÇÃO DO (A) GESTOR (A)	56
6.2	CONTRIBUIÇÕES DA PERCEPÇÃO DO (A) GESTOR (B)	62
6.3	CONTRIBUIÇÕES DA PERCEPÇÃO DO (A) GESTOR (C)	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	
	APENDICE A – Participação da autora no SIS	

1 INTRODUÇÃO

No Brasil encontra-se um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), sua atuação abrange desde a atenção básica de seus usuários a atendimentos mais complexos. Tem como proposta oferecer à população do país, sem discriminação, o acesso integral, universal e gratuito ao sistema público de saúde, atendendo sua demanda com vistas na prevenção e promoção da saúde.

O Sistema de Saúde brasileiro foi estruturado de forma fragmentada, no final da década de oitenta e nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o aspecto da integralidade foi considerado necessário à qualidade de um sistema de saúde.

A proposta para os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SIS) se pautaram em uma reforma no modelo sanitário através de uma oferta integrada de serviços em vários pontos de atenção à saúde, para uma determinada população. A integração dos serviços, norteadas pela atenção básica, acontece por meio de tecnologias de gestão da clínica facilitando a continuidade do cuidado em saúde.

De tal modo, os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde consideram uma organização estrutural que proporcione a interligação dos diversos pontos de atenção à saúde através de inovadores circuitos de integração. Pode-se dizer que são uma maneira determinada de organização em rede onde a atenção básica à saúde exerce a função de centro coordenador. É essencial conceber o SIS como um importante instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica ou na perspectiva de políticas a serem formuladas e implementada. O Sistema deve ser concebido pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade. Um SIS deve assegurar a avaliação constante da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde implementadas, oferecendo elementos para, continuamente, adaptar essas ações aos objetivos do SUS.

O Ministério da Saúde, no ano de 2003, criou a Política Nacional de Humanização - PNH, regulamentada pela Lei n 8.080, de 1990¹, em resposta à necessidade de avanço e qualificação do SUS, no que se refere às relações e processos de atenção aos seus usuários, assim como no trabalho dos gestores e trabalhadores da área. Foi apresentada uma nova forma de entender a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido. Esta

¹ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

política atua de forma transversal às demais políticas de saúde existentes, com o propósito de impactá-las e interferir na qualidade da atenção e gestão desenvolvidas no SUS.

A Política Nacional de Humanização está em processo de atualização contínua para alcançar a conformidade dos princípios do SUS, sendo construída coletivamente com a participação do Governo Federal e as instâncias estaduais e municipais. Todos os sujeitos envolvidos nos processos em saúde devem entender o seu papel de protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, de forma que garanta a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde².

Em 2006, foi implementada no SUS a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), formalizada pela Portaria nº 971 de 03/05/2006, com uma abordagem de cuidado integral à população por meio de práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos, contemplando a Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa que se baseia em conhecimentos de teorias, crenças e experiências de diversas culturas, com ou sem respaldo científico, visando a manutenção, preservação da saúde e tratamentos de doenças físicas e mentais (BRASIL, 2006).

Em 2012, inicia-se o processo de implementação de uma Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS), o Centro Integrado de Saúde (CIS) com atividades comunitárias, apoio a atividades de saúde do território e local de práticas para atividades acadêmicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O CIS, atualmente denominado Serviço Integrado de Saúde (SIS), tem relevada importância na localidade onde é instalado seja pelas ofertadas práticas integrativas de saúde à comunidade, pelo espaço de desenvolvimento de políticas de extensão da Universidade ou pelos projetos desenvolvidos.

Conforme Nascimento *et al* (2019)³, é crucial a reflexão de que apesar de treze anos sob a administração da UFPE, não há, até o momento, um projeto pedagógico para o SIS, o que acarreta vulnerabilidades e perda de força diante de seu potencial. A importância de tal instrumento, já discutida em reuniões do Conselho Diretor, conforme ENEGI (2019)⁴, conta com o apoio restrito dos docentes com atividades no SIS, precisando ganhar peso institucional junto ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), Pró-Reitorias e Gabinete do Reitor. No âmbito da Comissão de Fortalecimento da Integração Ensino Serviço (COFIES) da UFPE, foi criada, no segundo semestre de 2019, uma comissão para encaminhar essa

²Fontes: Glossário da Rede Humaniza SUS. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

³ NASCIMENTO, Angela Maria de Lima; MONTEIRO, Jailma; CASTRO, Ana Emília e ALVES, Ivo. Relatório Situacional sobre o Serviço Integrado de Saúde da UFPE. 23 dez.2019.

⁴ <https://sites.ufpe.br/dagi/wp-content/uploads/sites/71/2020/07/ENEGI-2019.pdf>

tarefa a ser, ainda, realizada. A referida inquietação movimenta e fomenta a presente pesquisa, questionando: Qual é a percepção dos gestores acerca do Serviço Integrado de Saúde (SIS) dentro do sistema de ensino, pesquisa e extensão da UPFE?

O SIS é um serviço-escola, mas também é um equipamento social e um lugar de reconhecimento. É vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), mas voltado a todos os centros, contando atualmente com ações dos Centros de Artes e Comunicação (CAC), de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), de Educação (CE) e de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA).

Diante do exposto, pretende-se, com este estudo, sistematizar algumas bases teórico-conceituais sobre a integralidade em saúde na perspectiva da gestão e organização de uma rede integrada que promova a coordenação do cuidado em saúde; descrever o processo de construção e implantação do SIS na UFPE, e colaborar com seu compromisso social junto à comunidade em geral, através de análise documental e da percepção dos gestores envolvidos.

1.1 Problema de Pesquisa

Em uma perspectiva voltada para o cuidado integral do ser humano que envolve aspectos físicos e mentais, a UFPE implementou, juntamente com a Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) e a comunidade de seu entorno, o SIS. O Serviço foi criado para atender a demanda da população em geral no que se refere à oferta das Práticas Integrativas de Saúde, mas também de extensão e cultura. Apesar de toda a estrutura disponibilizada para os alunos em formação, nota-se que ainda é insuficiente o reconhecimento do SIS enquanto potencial laboratório para o desenvolvimento de saberes e práticas importantes no processo de aprendizagem do futuro profissional.

De tal modo, esta pesquisa pretende investigar “Qual é a percepção dos gestores acerca do SIS dentro do sistema de ensino, pesquisa e extensão no âmbito da saúde na UPFE?” Para não somente compreender as experiências e as trajetórias, mas também trazê-las neste trabalho como elementos de força e (re) conhecimento ao público a respeito do SIS.

1.2 Justificativa

Embora tenham sido previstas parcerias com universidades para a formação e interação com os diferentes programas ministeriais, como o Humaniza SUS, entre outras ações, verifica-se que poucas universidades brasileiras ajustaram seus projetos político-

pedagógicos para a oferta de disciplinas relacionadas às PICS em suas matrizes curriculares dos cursos na área de saúde, conforme observam Elaine de Azevedo e Maria Cecília Focesi Pelicioni (2011, p.366)⁵:

Poucas iniciativas educacionais têm tido o objetivo de romper com o distanciamento entre as PICs e o SUS e dialogar com as diretrizes do sistema público brasileiro via convênios com secretaria e Ministério da Saúde, e mesmo não se configurando em curso de graduação e pós-graduação.⁶

As autoras afirmam ainda que a oferta dessas disciplinas é mais comum de forma isolada, por especialidade, e que ocorrem, principalmente, em cursos livres e de curta duração, abertos ao público em geral pela Associação Brasileira de Ayurveda (ABRA). Instituições brasileiras que, de alguma forma, já estão alinhadas com as práticas em seus currículos são a Faculdade da Sociedade Paranaense de Ensino e Informática (SPE) com apoio da Universidade Holística Internacional (Unipaz) e o Instituto de Cultura Hindu Naradeva Shala; Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás (UFG); Universidade Federal do Piauí; Universidade Federal Fluminense e Universidade Federal do Amazonas entre outras (AZEVEDO; PELICIONI, 2011, p. 22).⁷

O Ministério da Saúde disponibiliza aos profissionais da área de saúde, com o objetivo de qualificação permanente, os cursos de Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa, Antroposofia Aplicada à Saúde, Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde, Gestão de PICS e de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica. Todos disponíveis na plataforma da Comunidade Práticas e na UMA-SUS (Sistema Universidade Aberta do SUS) (AZEVEDO; PELICIONI, 2011, p. 27).⁸

A Universidade Federal do Paraná (UFPR), lançou a disciplina no curso de Medicina em 2010 e, com o objetivo de aprofundar o conhecimento e compartilhar no âmbito da Instituição e da comunidade em geral, formou a Liga Acadêmica de Práticas Integrativas Em Saúde (LAPIS), com o engajamento dos alunos, profissionais da saúde graduados e docentes. Esse modelo de Liga foi também implementado, no ano de 2019, no Centro de Saúde da Universidade de Pernambuco (UPE) (AZEVEDO; PELICIONI, 2011).⁹

⁵ AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersetorial. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 715-729, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out.. 2020.

⁶ AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

⁷ *Id.*

⁸ *Id.*

⁹ *Id.*

A Universidade Federal de São Paulo oferece o curso de extensão para profissionais da saúde e estudantes com apoio da ABMA e da Fundação Mahle e da Associação Sofia com o conteúdo para conhecimentos específicos na área de medicina antroposófica (AZEVEDO; PELICIONI, 2011).¹⁰

No Centro Acadêmico de Vitória (CAV – UFPE) existe a oferta de duas disciplinas eletivas na área das PICS e o desenvolvimento de projetos nos cursos de Enfermagem e Nutrição, assim como no curso de bacharelado em Saúde Coletiva que já foi implementado com a oferta da disciplina em seu componente curricular obrigatório.

Nessa perspectiva, o SIS já se apresenta hoje como equipamento em funcionamento, com atendimentos diários e com o oferecimento de práticas que se renovam e atualizam-se com frequência. O quadro funcional do SIS compreende servidores da PCR e da Universidade, entre técnicos e docentes, além de profissionais terceirizados, estagiários e prestadores de serviço.

Sendo assim, observa-se que, todavia, as PICs na UFPE não contemplam a potencialidade de integração do SIS com os pilares da universidade que são ensino, pesquisa, extensão e cultura. Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento do referido Sistema como nos exemplos supracitados.

1.3 Objetivo Geral

O objetivo geral desta dissertação é analisar a percepção dos gestores sobre o Serviço Integrado de Saúde, no contexto das políticas públicas de saúde, considerando as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na formação acadêmica da UFPE.

1.4 Objetivos Específicos:

Levantar atividades realizadas pelo SIS; Identificar os recursos humanos do SIS; Debater experiências, trajetórias, dificuldades e perspectivas do SIS a partir das perspectivas dos gestores atuantes no SIS; Problematicar sobre o alinhamento das diretrizes de extensão e estágio da UFPE com a Política das PICS.

A próxima parte apresenta a fundamentação da pesquisa abordando os seguintes temas: Políticas Públicas, as especificadamente voltadas à saúde e no contexto brasileiro, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, bem como a UFPE e as Políticas de Ensino e Extensão.

¹⁰ Id.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Laswell (1936) lançou o conceito de *policy analysis* (análise de política pública) para conectar o conhecimento científico e acadêmico às práticas empíricas dos governos, aproximando, dessa forma, diversos atores como cientistas sociais, grupos de interesse e governos. Simon (1957) ao adotar o conceito de *policy makers* (formuladores de políticas) conferiu racionalidade ao ato da tomada de decisão, por meio da formação de estruturas e regras, demarcando as autoridades decisórias na busca de interesses próprios. Lindblom (1959), além das questões da racionalidade, propôs a inserção de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como: as relações de poder, a exemplo do papel dos partidos nas eleições, das burocracias e dos diversos grupos de interesses e a integração entre as diferentes fases do processo decisório. A contribuição de Easton (1965) se situou na descrição das políticas públicas enquanto um sistema, resultante da atividade política, os *outputs*, em que as mesmas são influenciadas em seus resultados e efeitos por *inputs* recebidos dos partidos políticos, da mídia e dos grupos de interesses, instituindo uma relação entre formulação, resultados e o contexto (SOUZA, 2006).¹¹

O termo política pública é definido por Secchi (2013, p.2)¹² como “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público”. Outra definição sucinta para o termo é que políticas públicas “são uma resultante da atividade política (*politics*) e compreendem o conjunto de decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo os bens públicos” (RUA, 2009, p.10)¹³.

Desde 1950 já existiam pesquisas com a utilização de enquetes e da análise estatística, numa visão multidisciplinar, abrangendo as Ciências Sociais, mas foi no ano de 1960 que os Estados Unidos iniciaram os estudos sobre análise de políticas com a consolidação de programas de combate à pobreza (PEREZ, 2006)¹⁴.

As políticas públicas nascem como resposta às mais diversas demandas sociais, políticas, econômicas ou culturais, quando o Estado intervém com a reprodução da força de trabalho, como uma forma também de “regulação ou intervenção na sociedade” (SILVA, 2001, p.37), para a obtenção de bens e serviços.

¹¹ SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias. 16: 20-45, 2006.

¹² SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2º Edição. São Paulo. Cengage Learning, 2014.

¹³ RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009.

Araújo e Rodrigues (2017)¹⁴, ainda sobre o conceito de políticas públicas, complementam:

As políticas públicas, enquanto objeto de estudo, configuram, em primeiro lugar, processos complexos e multidimensionais que se desenvolvem em múltiplos níveis de ação e de decisão—local, regional, nacional e transnacional. Em segundo lugar, envolvem diferentes atores — governantes, legisladores, eleitores, administração pública, grupos de interesse, públicos-alvo e organismos transnacionais —, que agem em quadros institucionais e em contextos geográficos e políticos específicos, visando a resolução de problemas públicos, mas também a distribuição de poder e de recursos (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 12).¹⁵

Bucci (2008, p.251)¹⁶ afirma que as “políticas públicas são arranjos institucionais complexos, expressos em estratégias ou programas de ação governamental, que resultam de processos juridicamente regulados, visando adequar meio e fins” são caracterizados pela amplitude da escala.

Viana (1996)¹⁷ tem por definição de política pública “como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado” e delimitam as ações do Governo que correspondem às atividades de interesse público, produzindo e motivando as realidades econômica, social e ambiental, que se alteram dependendo do grau de diversificação da economia, com a estrutura do regime social, com a compreensão que tem os governantes sobre o papel do Estado dentro da sociedade e o nível de participação dos grupos sociais distintos.

O ciclo da política é visto como um processo de visualização e interpretação que organiza a política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2017)¹⁷. Nesse sentido, as fases que formam uma política pública são: “agenda, formulação (estudo das possibilidades, análise e seleção das opções), tomada de decisão, implementação e avaliação.” Esta tipologia vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado (SOUZA, 2006, p.29)¹⁸. A citação abaixo detalha essas fases:

1. Agenda: em que se dá a inclusão de determinada demanda ou necessidade social no elenco de prioridades do poder público;
2. Elaboração: momento no qual se identifica e delimita o problema, as alternativas de solução, custos e definição de prioridades;
3. Formulação: em que se elege a melhor alternativa, e se define os objetivos, o marco jurídico, administrativo e financeiro;

¹⁴ ARAÚJO, Luísa e RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas públicas. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, n.83, p.11-35, 2017.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ BUCCI, Maria Paula Dallari. **Notas para uma metodologia jurídica de análise de políticas públicas**, Belo Horizonte: p. 200-255, 2008.

¹⁷ SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo. Cengage Learning, 2014.

¹⁸ SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias. 16: 20-45, 2006.

4. Implementação: fase em que ocorre o planejamento e organização administrativa dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos para a execução da política; é nesta fase, preparatória à execução, em que se traduz na prática o conjunto de decisões para se operacionalizar a política pública, consubstanciada em planos, programas e projetos;
5. Execução: é a operacionalização, propriamente dita, do conjunto de decisões destinadas ao atingimento dos objetivos definidos pela política;
6. Acompanhamento: traduz-se no processo sistemático de supervisão da execução das atividades, e de seus diversos componentes, com vistas a assegurar o alcance dos objetivos;
7. Avaliação: a última etapa do processo consiste na mensuração e análise dos resultados e efeitos produzidos pela política pública. (SOUZA, 2006, p.29).¹⁹

Ou seja, uma questão ou demanda que despertem o interesse de uma política são os pontos necessários para a sua formulação, sendo seu conteúdo determinado pelas forças sociais. Para alcançar o status de agenda é necessário observar a mobilização de tendências e influências e passar pelos decisores-chave.

Para formação de agenda é necessário elencar um conjunto de prioridades que são delimitadas a partir do interesse da sociedade, seja por pressões sociais econômicas ou culturais.

Os grupos de interesse têm poder distinto na definição da agenda, ao mesmo tempo em que os pesquisadores têm peso reduzido, influenciando quando convocados pelas agências administrativas em determinados encontros, em seguida destacam-se os consultores com mais perspicácia política.

A mídia tem importante poder na definição da agenda e na opinião pública, sendo, portanto, mais influente seu caráter temporal com foco no fim do processo de elaboração. A mídia de massa provoca menos impacto que a mídia especializada nesse momento.

Outros atores que influenciam na agenda são os participantes das eleições, incluindo campanhas e partidos e a opinião pública, impactando as agendas dos funcionários públicos, porém em esferas limitadas.

Na administração de políticas públicas é considerável a distinção entre os objetivos e seu desenho, tal como planejado pelos formuladores originais e a transformação dessas concepções em intervenções públicas, por motivo, na maioria das vezes, pela cadeia de implementadores no contexto econômico, político e institucional.

Arretche (2001)²⁰ afirma que para obter avaliações menos ingênuas é necessário entender que sujeitos/agentes estão inseridos em cada fase da política, quais suas concepções ideológicas, compromissos e habilidades técnicas.

¹⁹ *Id.*

²⁰ ARRETCHÉ, Marta Tereza da Silva. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas**. São Paulo: Iee/PUCSP, 2001.

É na fase da implementação que as políticas são efetivamente realizadas, quando há o contato direto com o público-alvo, sendo antecedida pela fase da formulação, entendida como o período de maior centralização de autoridade.

Saravia (2007)²¹, por sua vez, relaciona quatro componentes que caracterizam uma política pública. O primeiro componente é o institucional, visto que toda política pública é objeto de decisão e elaboração por parte de uma autoridade formal e legalmente constituída. O segundo, decisório, diz respeito ao fluxo sequencial de decisões que envolvem a formulação da política pública. O terceiro componente, o comportamental, define que uma política implica não somente no ato decisório, mas na atitude de fazer ou não fazer a ação. O quarto e último, o causal, o autor atribui aos resultados e efeitos das ações no sistema político-social.

Para o autor, toda política pública se integra ao conjunto de políticas governamentais, com ênfase em prioridades específicas em função de urgências e relevâncias estabelecidas com base em critérios predominantemente dotados de racionalidade técnica, sendo o critério econômico dominante, na maior parte das vezes. No entanto, o sistema político e a capacidade de mobilização dos diversos grupos de interesse integrantes desse sistema são os elementos que determinam as prioridades da política pública (SARAVIA, 2007)²².

Conforme discorrido, as políticas públicas estão relacionadas com demandas públicas e isso ocorre nas mais diversas áreas do interesse social. O enfoque desta pesquisa está direcionado para as políticas públicas em saúde que passam a ser tratadas.

Desenvolvendo mais o conceito de política pública, encontramos considerações a respeito das 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. Lipsky (1980), na corrente *bottom-up*, mostrou que os burocratas de nível de rua (*street-level bureaucrats*) têm discricionariedade na implementação da política. De acordo com ele, na interação entre burocrata e cidadão, a política é modificada. May e Winter (2007)²³ dizem que o debate sobre a ação dos burocratas de nível de rua levanta as seguintes variáveis como

²¹ SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: **Políticas Públicas Coletânea** Vol.1, ENAP, 2007.

²² *Id.*

²³ MAY, P. J. & WINTER, S. C. **Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation.** *Journal of Public Administration Research and Theory*, volume 19, nº 3, 2009, p. 453-476.

influência a eles: os sinais dos superiores, os arranjos organizacionais, a ênfase administrativa dos objetivos políticos e da supervisão gerencial.

Os apoiadores da visão *top-down* destacam, em suas análises, a visão dos formuladores e, assim, procuram estruturar um processo de implementação que alcance os objetivos da legislação e minimize os pontos de veto (WINTER, 2007)²⁴. Para os seus autores, na implementação, as ações dos implementadores e do público-alvo da política coincidem com os objetivos do decisor (MATLAND, 1995)²⁵. A partir disso, os autores da corrente *top-down* desenvolveram processos de implementação que reduzissem possíveis desvios dos objetivos fixados na implementação.

Van Meter e Van Horn (1975) defendem que a atuação dos implementadores no momento da formulação eleva a evidência da política e limita as resistências, visto que, de acordo com eles, a medida de mudança desenvolvida influencia os graus de consenso ou divergência em torno de metas e objetivos (VIANA, 1996)²⁶.

As críticas aos *top-downers* surgem por que dão centralidade à formulação e por desprezar os aspectos políticos da implementação (MATLAND, 1995)²⁷. Eles entendem que a formulação da política é organizada por políticos e a implementação, por burocratas. Modelo esse considerado hierárquico ou linear. Concebendo a implementação como uma fase meramente de execução do que foi formulado, o modelo hierárquico defende que as metas, os recursos e o horizonte temporal são definidos apenas na formulação. Já o modelo linear não considera os efeitos retroalimentares da implementação sobre a formulação e, dessa forma, despreza o ciclo de construção da política como um processo (GRINDLE, 1991²²; SILVA; MELO, 2000).

Por outro lado, na busca de uma análise mais realista, os *bottom-uppers* entendem a importância de se observar o público-alvo de determinada política e os profissionais que a entregam. No instante em que o setor público encontra com os cidadãos, fatores contextuais, por exemplo, podem dominar as regras formadas no topo da pirâmide e os formuladores serão incapazes de controlar o processo (MATLAND, 1995)²⁷.

²⁴ MAY, P. J. & WINTER, S. C. **Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation.** Journal of Public Administration Research and Theory, volume 19, nº 3, 2009, p. 453-476.

²⁵ MATLAND, R. E. **Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation.** Journal of Public Administration Research and Theory, vol. 5, nº 2, 1995, p. 145-174.

²⁶ VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista da Administração Pública**, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

²⁷ MATLAND, R. E. **Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation.** Journal of Public Administration Research and Theory, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.

Elmore (1979-1980)²⁸ e Matland (1995)²⁹ procuram excluir a dicotomia gerada entre *topdowners* e *bottom-uppers* e enfatizam que os níveis de autonomia e de controle se transformam no processo de implementação segundo a política pública analisada. Sendo assim, Elmore (1979-80) divide os tipos de implementação em dois: *forward mapping* e *backward mapping*. A diferença relevante entre as duas estratégias é norteada pelo controle e pela autoridade, no tempo que uma centraliza a autoridade, a outra instaura dispositivos informais de delegação e discrição que dispersa a autoridade. Elmore (1979-80) classifica as duas correntes vigentes nos estudos de implementação – *top-down* e *bottom up*.

No primeiro, *forward mapping*, a tática inicia no topo do processo com metas claras definidas pelo formulador, acompanhados de passos específicos formulando o que é esperado dos implementadores em cada nível. A dificuldade encontrada, nessa estratégia, atribui-se ao controle pelos formuladores dos processos organizacionais, políticos e tecnológicos que afetam a implementação (ELMORE, 1989-1990)³⁰.

Os formuladores, no segundo, *backward mapping*, interessam-se em acometer o processo de implementação, mas sua abrangência é refutada. A análise é centrada no estágio final da política, no tempo em que as ações administrativas interrompem as decisões privadas.

O autor levanta umas soluções para o problema do controle e da discricionariedade nesse estágio da política, que são: o conhecimento e a habilidade de resolução de problemas pelos implementadores e as estruturas de incentivos, barganhas e recursos (ELMORE, 1989-1990)³¹.

Porém, como a literatura específica de políticas públicas determina os divergentes tipos de políticas? Avançando sobre esse questionamento, será apresentado um modelo de classificação proposto por Theodor Lowi (*apud* SOUZA³², 2006, p. 28; SECCHI, 2012, p. 17-18):

A política regulatória “estabelece padrões de comportamento, serviço ou produto para atores públicos e privados” (SECCHI, 2012, p. 17)³³ por exemplo: “uma lei que obrigue os

²⁸ ELMORE, R. F. *Backward mappings*: implementation research and policy decisions. **Political Science Quarterly**, v. 94, n. 4, p. 601-616, 1980.

²⁹ MATLAND, R. E. *Synthesizing the implementation literature*: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, 1995, p. 145-174. ([alterei](#))

³⁰ ELMORE, R. F. *Backward mappings*: implementation research and policy decisions. **Political Science Quarterly**, v. 94, n. 4, p. 601-616, 1980.

³¹ Id.

³² SOUZA, Celine. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez, p. 20-45, 2006.

³³ SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

motociclistas a usar capacetes e roupa adequada [...], tem por problema, altos níveis de acidentes com motociclistas em centros urbanos” (adaptado de SECCHI, 2012, p. 08)³⁴, ora, logo depois do incrementos no código de trânsito, advindos da necessidade de regulamentos para questões recentes pertinentes à vida em sociedade, pode-se elencar assuntos relativos ao: aborto, eutanásia, proibição de fumo em locais fechados, regras para publicar determinados produtos, dentre outras, como políticas regulatórias.

Por sua vez, a política distributiva corresponde às decisões tomadas pelo Governo “distribuídas” para determinados grupos, sem desconsiderar o todo, em virtude da limitação dos recursos, privilegiando assim alguns grupos sociais ou regiões. Tem-se o seguinte exemplo para ilustrar: “um programa de crédito a baixo custo oferecido a pequenos empreendedores que queiram montar seu negócio [...], tem por problema a necessidade de geração de emprego e renda” (adaptado de SECCHI, 2012, p. 08)³⁵. Neste caso, é possível citar a gratuidade de taxas para usuários escolhidos, incentivos fiscais, emendas parlamentares ao orçamento para a implementação de obras públicas como outros exemplos de políticas distributivas.

A política redistributiva abrange um número maior de pessoas e podem ser vistas como políticas sociais “universais”, a exemplo do sistema tributário, o sistema previdenciário e a reforma agrária. Um bom exemplo seria “a instituição de um novo imposto sobre grandes fortunas, que transfira renda de classes abastadas para um programa de distribuição de renda para famílias carentes [...], buscando sanar o problema da concentração de renda” (adaptado de SECCHI, 2012, p. 08)³⁶.

E, as políticas constitutivas reconhecem os procedimentos, delimitam competências, regras de disputa política e da elaboração de políticas públicas. “São chamadas *meta-polícies*, porque se encontram acima dos outros três tipos de políticas e comumente moldam a dinâmica política nessas outras arenas” (SECCHI, 2012, p. 18. grifo do autor)³⁷. As regras de distribuição de competência entre os três poderes e do sistema político eleitoral, de relações intergovernamentais e da participação da sociedade civil nas decisões políticas exemplificam as políticas constitutivas como, por exemplo: “uma lei que obrigue partidos políticos a escolher seus candidatos em processos internos de seleção e posteriormente apresentar listas fechadas aos eleitores [...], para o problema da debilidade dos partidos

³⁴ Id.

³⁵ Id.

³⁶ Id.

³⁷ Id.

políticos brasileiros, infidelidade partidária por parte dos políticos” (adaptado de SECCHI, 2012, p. 08)³⁸.

Temos resumidamente, então, que as políticas públicas distributivas são as financiadas pelo orçamento público. Elas se fortaleceram a partir de 1988, quando foi criada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que dá legitimidade aos serviços de assistência social. Já as políticas públicas constitutivas ditam as “regras do jogo”, isto é, definem competências, normas e formas de a sociedade participar dessas ações. As leis que pactuam a responsabilidade de cada um dos três poderes no preenchimento desses direitos são exemplos de políticas públicas constitutivas. E, as políticas públicas regulatórias referem-se à criação e à fiscalização de leis e normas que garantam o bem comum. Elas instituem modelos comportamentais, princípios de conduta para a comercialização de produtos, entre outras regulamentações, com o propósito de assegurar o bem-estar da coletividade. Ainda existem as políticas redistributivas que, por seu modo, têm como objetivo alocar bens ou serviços a segmentos específicos dos cidadãos com recursos retirados de outros grupos, também determinados.

Com a fundamentação teórica trazida até o momento, torna-se possível seguir com a tessitura da dissertação a partir da rede complexa que são as políticas públicas e discorrer agora, especificadamente, sobre as políticas públicas direcionadas ao campo da saúde no país.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para adentrar no campo das políticas públicas de saúde no país, torna-se necessário introduzir a grande mudança de paradigma ocorrida neste campo e, em seguida, fazer uma retrospectiva histórica para lograr uma visão evolutiva.

A princípio, a preocupação social com a doença das populações apontava para as pestes e guerras (epidemias) que dizimaram a Europa no início da idade moderna, durante os séculos XIV e XVII, e seguidamente dos indivíduos, nos séculos XVIII e XIX, anuncia a relação da modernidade com a vida humana e política, que Michel Foucault (2008b)³⁹ indicou como biopoder (LUZ, 2009)⁴⁰. Dessa forma, a partir de políticas de saúde, ou seja, de medidas

³⁸ SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

³⁹ FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

⁴⁰ LUZ, M. T. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009.

para combater as doenças individuais e coletivas, as instituições médicas que contavam com poder de Estado definiram o estatuto do viver e suas respectivas normas.

Distinto do poder disciplinar, o biopoder considera as populações e não os corpos individualizados, sendo assim, além dos vários mecanismos reguladores descritos por Foucault, como o controle dos meios geográfico e hidrográfico, o controle da natalidade e de fecundidade, o controle das cidades e da higiene e saúde pública, dentre outros, existe também, a partir do século XX, a administração das instituições médicas e dos tratamentos de doenças coletivas (FOUCAULT, 2008b).⁴¹

Emerge daí a necessidade de trazer outros olhares para saúde pública com uma missão dupla de combate e prevenção das doenças coletivas ou individuais consequentes de contágio ou transmissão que acometem a sociedade e a ordem pública (LUZ, 2009).⁴²

Para Faleiros *et al.* (2006, p. 18):⁴³

A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei. Ora, a saúde pública emerge como uma forma de combate e prevenção, quer dizer, deixa de ser um negócio da doença (...). Portanto, a necessidade da saúde pública passa a residir na questão da orientação, controle e instrumentalização da doença.

Os autores referidos entendem a saúde como uma forma de prevenção e combate. A saúde pública passa a se inserir no contexto da orientação, controle e instrumentalização da doença. No século XX, a ciência conquista vitórias e forma a visão de saúde como ausência relativa ou total de doença, em coletividades e indivíduos. Dessa forma, ter saúde, ser sadio, significa não estar doente, não ser portador de patologia ou estar em conformidade com os parâmetros de normalidade sintomática definida institucionalmente como estado de saúde (LUZ, 2009).⁴⁴

2.1.1 Retrospectiva da Saúde Pública no país

Os registros na cronologia histórica da saúde pública remontam ao ano de 1521, no entanto, para o foco da pesquisa foi realizado presente recorte.

Durante a época do Brasil Colonial o tema da saúde era pouco abordado, já que o modelo de exploração não contemplava o assunto. As ervas e cantos, os boticários que viajavam pelo Brasil daquela época simbolizavam as únicas maneiras de assistência à saúde.

⁴¹ FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

⁴² LUZ, M. T. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009.

⁴³ FALEIROS, V. P. *et al.* **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

⁴⁴ LUZ, M. T. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009.

No ano de 1789, apenas quatro médicos prestavam assistência no Estado do Rio de Janeiro (VARGAS, 2008).⁴⁵ Os brancos que chegaram com a colonização contaminaram nossos indígenas com a varíola e o sarampo e o negro, em seguida, foi ponte para a inserção também da filariose e da febre amarela. Situação que se agravou com a deficiência de medicamentos e de profissionais de saúde, além da técnica precária disponibilizada nos hospitais que eram definidos como verdadeiros depósitos de doentes (POLIGNANO, 2011).⁴⁶

Até a chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, poucos médicos, membros da elite, atendiam nas cidades maiores, mas somente as camadas mais altas da população, situação essa que só começa a modificar a partir da entrada da família real no Brasil, quando foram organizadas as primeiras instâncias de saúde pública, praticamente só para habilitar e fiscalizar o registro dos indivíduos que implementavam a arte da cura (médicos, farmacêuticos, parteiras, sangradores, etc.) e fiscalizavam os navios para barrar a possibilidade de chegarem novas doenças nas cidades costeiras (VARGAS, 2008).⁴⁷

Essa ênfase em obter um estado com melhores condições de salubridade ocorreu após a epidemia de cólera, iniciada no país em 1885, trazida pelos portugueses que chegaram ao Porto do Pará. O segundo Porto afetado foi o de Manaus, seguido pelos de Salvador, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, avançando posteriormente para além do litoral. A alta velocidade da contaminação pela doença atingiu o número de cinco mil mortes em pouco tempo e logo foi decretado estado de epidemia (MARQUES, 1991).⁴⁸

Em 1918, a epidemia de gripe espanhola também assolou o país, destacando a precariedade dos serviços de saúde disponíveis e a importante necessidade de reformá-los. O grande número de operários nas cidades e o aumento das atividades dos sindicatos, inspirados nas agitações sociais vivenciadas na Europa, promoveram o surgimento da Liga Pró-Saneamento do Brasil que defendeu a reforma dos serviços de saúde e o saneamento dos sertões (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).⁴⁹

⁴⁵ VARGAS, J. D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Rio de Janeiro, 2008.

⁴⁶ POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural, Belo Horizonte, 2001.

⁴⁷ VARGAS, J. D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Rio de Janeiro, 2008.

⁴⁸ MARQUES, R.J. **Algumas Epidemias e seus heróis em Terras Pernambucanas**. Recife: Editora Universitária-UFPE, 1991.

⁴⁹ ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

Anos depois, em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS) com os objetivos de legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios (visando a redução da mortalidade infantil pelas infecções gastrintestinais), a normatização das construções rurais (para combater a doença de chagas), a regulamentação das condições de trabalho das mulheres e crianças, a fiscalização de produtos farmacêuticos, a inspeção de saúde dos imigrantes na chegada aos portos brasileiros e, por fim, a elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias nacionais e produção de soros, vacina e medicamentos utilizados no combate das epidemias que se alastravam no país (BRASIL, 2003).⁵⁰

Ainda a partir da leitura do documento supramencionado, após a Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas assume o poder, é formado o Ministério da Educação e Saúde e implementados órgãos de combate a endemias seguido de normativos para ações sanitárias. Na vinculação de saúde com educação, a educação foi priorizada e os investimentos com a saúde foram bem reduzidos. Somente em 1953, o Ministério da Saúde (MS), com recursos reduzidos, ficou apartado da área de educação e, até 1964, caracterizou-se pela inconstância de seus líderes, deixando clara a intenção relevante e frequente de barganha política (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).⁵¹

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, visto que indicou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O SUS foi elaborado gradualmente até ser finalmente fundado, no ano de 1990, pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (FALEIROS *et al.*, 2006).⁵² O referido documento legal transpassou as atribuições relativas à saúde para os municípios e estados que cuidavam das epidemias e das medidas ordenadoras da vida urbana que ensejavam a manutenção de um estado geral de salubridade, como a fiscalização da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas e das habitações populares (VARGAS, 2008).⁵³

Alguns meses depois foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que forneceu ao SUS uma de suas principais características: o controle social que representava a participação dos indivíduos (usuários) na gestão do serviço (BRASIL, 1990).⁵⁴ A Saúde

⁵⁰ Agência Nacional de Saúde Suplementar.

⁵¹ SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

⁵² FALEIROS, V. P. *et al.* **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

⁵³ VARGAS, J. D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão da literatura**. Rio de Janeiro, 2008.

⁵⁴ Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS.

passa a compor a Seguridade Social juntamente com a Previdência e a Assistência Social e o SUS preconiza o direito à saúde de forma universal, equânime e integral (SOUZA, 2003).⁵⁵

A Lei nº 8080, em seu artigo 3º traz que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990 p.1).⁵⁶

No cenário da saúde pública do Brasil o tema das PIS vem trilhando uma trajetória que nos aproxima da construção dos ideários da reforma sanitária e do SUS. A orientação de sua incorporação na rede pública consta em diversos relatórios finais de conferências nacionais de saúde desde a VIII Conferência, na ocasião que foram lançadas as bases para o movimento da Reforma Sanitária, e consequentemente, a criação do SUS. Os idealizadores da Saúde Pública marcados pela reivindicação de uma maior equidade na assistência à Saúde afirmam que a saúde não poderia seguir determinada pela lógica de benefícios visando poucos beneficiários, numa atenção mercantilizada, dispendiosa, na qual a tecnologia se superpõe aos sujeitos e cada vez mais se afasta das reais necessidades de saúde dos indivíduos e das populações.

Nessa lógica, o que integraliza o movimento da inserção das PIS na rede pública aos ideários da Saúde Pública é fundamentalmente o exercício do contraponto, da oposição a uma situação estabelecida, com a clareza da necessidade de trazer os sujeitos e as comunidades para o centro da atenção à saúde.

As políticas públicas, comumente, abrangem uma visão holística do tema saúde, salientado que o todo é mais importante que o somatório das partes e que os indivíduos, instituições, ideologias, interações e interesses importam, mesmo que entendidas as divergências sobre a relevância de cada fator (SOUZA, 2006).⁵⁷

O MS publicou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares⁵⁸, PNPIC, justificando as razões de ordem política, técnica, econômica, social e cultural, destacando a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de uma série de municípios e estados. O que será mais explorado no tópico a posteriori.

⁵⁵ SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo, 2003.

⁵⁶ Dispõe sobre a organização do SUS.

⁵⁷ SOUZA, Celina. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, 16: 20-45, 2006.

⁵⁸ Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em: 16 de out. de 2020.

3 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PNPIC NO SUS

Com a descentralização e a participação popular, consequências da implantação do SUS, os estados e os municípios conquistaram mais autonomia na estruturação de suas políticas e ações em saúde, resultando na implantação de experiências pioneiras.

De acordo com o Ministério da Saúde⁵⁹, a PNPIC surgiu para atender as diretrizes e recomendações de conferências nacionais de saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS). No ano de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica se reuniram com o Ministro da Saúde e criaram um Grupo de Trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), contando ainda com o apoio e participação de representantes de outras Secretarias e Associações. A partir daí, iniciaram as discussões e foram implementadas ações que suscitaram a Política Nacional, sendo concluída em 2006 com a consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma de Portarias Ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006 e nº 1600, de 17 de julho de 2006.

No Brasil, Luz (2000)⁶⁰ examinou formas de cuidado à saúde definindo como um conjunto articulado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (elucidada pelos adoecimentos, sua origem e cura). A visão do cuidado nessas dimensões permitiu averiguar os sistemas médicos complexos (racionalidades médicas), como a biomedicina, a medicina ayurvédica ou a medicina tradicional chinesa, de terapias ou métodos diagnósticos, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki, entre outros (TESSER, 2009).⁶¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve as Medicinas Alternativas e Complementares como sistemas médicos distintos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não fazem parte da medicina convencional (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2010).⁶²

⁵⁹ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/procedimentos_normalizacao_publicacoes_ministerio_saude.pdf

⁶⁰ LUZ, M. T. **Medicina e Racionalidades Médicas**: Estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica, 2000.

⁶¹ TESSER, C. D. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde**: contribuições poucos exploradas. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p 1732-1742, 2009.

⁶² NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. (USA). **Acupuncture**. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/> Acesso em: 09 fev. 2020.

O termo “práticas alternativas, complementares ou integrativas” é aplicado para distinguir as práticas que não são habitualmente utilizadas pela medicina ocidental tradicional e por existir uma variedade de terapias que integram as Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

Elucidar as PIC's é um desafio por se tratar de um campo de saberes e cuidados expressados, primeiramente, com diferentes denominações, como: práticas tradicionais, populares, complementares, holísticas, brandas, alternativas e integrativas; segundo, por apresentarem uma multiplicidade de cosmologias, métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, vivências corporais, práticas religiosas e de autoconhecimento, etc.

Importa ressaltar que a multiplicidade conceitual das PIC's, representa a amplitude desse movimento, capaz de abarcar um pluralismo diagnóstico-terapêutico, favorecendo a averiguação de saberes distintos, cuidados e práticas sanitárias não biomédicas, como as rodas de conversa, terapias comunitárias, grupos de autoestima, fitoterapia, arte terapia dentre outras. A maior parte destas práticas carregam o fato de estarem semelhantemente norteadas pelas seguintes bases: escuta acolhedora; construção do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; visão amplificada do processo saúde-doença, a partir da concepção de saúde integrada ao bem estar físico, mental, social e espiritual; promoção global do cuidado humano e autocuidado; fomento para que o sujeito assuma a responsabilidade em seu processo saúde-doença, ocasionando ações de autonomia; e identificação dos profissionais com as pessoas em suas atitudes, crenças, hábitos e valorização de fatores emocionais, espirituais, sociais. Tais atitudes promovem, portanto, práticas que favorecem técnicas naturais, medicamentos ou procedimentos harmonizadores e estimulantes do potencial de reequilíbrio dos próprios sujeitos (TESSER; BARROS, 2008)⁶³.

O Quadro abaixo retrata alguns estudos pesquisados considerados primordiais para a compreensão do que são as práticas integrativas. *A posteriori*, as falas dos entrevistados fortalecem o que até então vem sendo estudado e debatido até mesmo por outros autores.

Quadro 1. Artigos revisados para compreensão das práticas integrativas.

Autores (ano)	Abordagem do Estudo	Objetivo do estudo	Principais resultados	Conclusão
Fontanella	Quantitativo	Avaliar o	A maioria das PICs	Existe baixo conhecimento e

⁶³ TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

<i>et al.</i> (2007)		conhecimento, o acesso e a aceitação referente às PIC de uma comunidade usuária do SUS da região Sul Brasileira.	não era conhecida pela população. Foi comum o uso de terapias sem o acompanhamento de um especialista, o que, junto ao baixo acesso da população, demonstra a carência de profissionais capacitados para esse atendimento.	acesso às PIC, apesar do interesse e de sua aceitação pela população. Além disso, o uso das terapias ocorre sem a consulta de profissionais especializados.
Monteiro e Iriart (2007)	Estudo de Caso	Compreender as motivações dos usuários para procurar a homeopatia, como eles representam e explicam a ação dos medicamentos e dos tratamentos homeopáticos.	A motivação principal para procurar a homeopatia foi o insucesso do tratamento alopático. A perspectiva holística, o uso de medicamentos naturais, o tempo longo da consulta e a escuta atenta foram trazidos como características diferenciais positivas na comparação com o tratamento alopático.	O potencial da contribuição de alternativas terapêuticas como a homeopatia no serviço público de saúde é pouco explorado.
Tesser e Barros (2008)	Análise Reflexiva	Analisar potencialidades e dificuldades de práticas e Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) a partir de experiências clínico-institucionais e da literatura especializada	Existe a oferta das MAC pelo SUS. É unânime as manifestações favoráveis de políticas da sociedade civil e dos representantes dos usuários quanto ao oferecimento das MAC pelo SUS.	A MAC tem limitado potencial "desmedicalizante". Devem ser observadas a hegemonia políticoepistemológica da biociência e a disputa mercadológica atual no campo da saúde, cuja tendência é transformar qualquer saber ou prática do processo saúde-doença em mercadorias ou procedimentos a serem consumidos.
Ceolin <i>et al.</i> (2009)	Análise Reflexiva	Discutir o uso das terapias complementares no Brasil, visando um atendimento integral do indivíduo e a inserção do profissional enfermeiro nestas práticas.	O uso de plantas medicinais tem aumentado para suprir as necessidades dos usuários. É necessário que o enfermeiro amplie seu conhecimento e conquiste espaço para o uso das terapias complementares.	O modelo biomédico é falho na assistência integral ao usuário. Com isso, este tem buscado outros tratamentos. As plantas medicinais vêm ao encontro desta lacuna.
Salles e Schraiber (2009)	Análise Reflexiva	Investigar as características presentes na relação que se estabelece nos dias atuais entre a Homeopatia e a	O apoio de gestores à presença da Homeopatia no SUS relaciona-se à percepção da demanda social, à	Predomina a noção de Homeopatia como uma "medicina suave", que lentamente poderia promover melhora dos sintomas. Existe a falta de estrutura dos

		Biomedicina, segundo o ponto de vista dos médicos não homeopatas.	defesa do direito de escolha dos usuários e à constatação de tratar-se de uma prática médica que resgata a dimensão humanista da medicina.	serviços para atendimentos de casos agudos. A formação dos homeopatas é falha, pois os cursos de especialização não oferecem treinamento para atendimento de casos agudos.
Andrade e Costa (2010)	Análise Reflexiva	Contemplar os aspectos da institucionalização das PIC, refletir sobre os fundamentos paradigmáticos de sua ação terapêutica e analisar o caráter integral e complexo de sua aplicação, tendo por interlocução determinados ângulos antropológicos.	O sistema público de saúde transporta para seu interior outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina.	É necessário aprofundamento do conceito de integralidade, bem como para o enfrentamento dos desafios práticos que a implantação das PIC requer.
Marques <i>et al.</i> (2011)	Qualitativo	Investigar o conhecimento e aceitação das terapias integrativas e complementares e atenção farmacêutica por usuários de unidades básicas de saúde do SUS.	100% dos participantes não sabiam do que se tratavam as terapias integrativas e complementares. O conhecimento dos médicos sobre acupuntura e homeopatia é quase inexistente.	A maioria dos pesquisados aceitaria o uso das terapias se estas fossem oferecidas pela unidade de saúde, além de acharem importante uma maior atenção do farmacêutico. Há pouca divulgação e programas sociais que buscam apresentar os benefícios de tais terapias.
Nagai e Queiroz (2011)	Qualitativo	Focalizar a implementação de práticas complementares e alternativas com o propósito de avaliar as condições de sua ocorrência a partir das representações sociais dos profissionais que participam deste processo.	Quatro razões foram encontradas para o sucesso da inclusão das PIC: a disposição da clientela; a visão de saúde dos médicos sanitistas; o amplo apoio proveniente de profissionais de saúde não médicos; e a própria perspectiva das medicinas alternativas e complementares que condizem com a proposta do SUS.	Apesar do sucesso na implantação dessas práticas na rede básica, o planejamento dessas ações é insuficiente e a visão é simplificada, o que converte as racionalidades alternativas em meras técnicas que seguem os mesmos princípios mecanicistas da medicina alopática e o mesmo entendimento reificado de doença.
Santos <i>et al.</i> (2011)	Qualitativo	Fazer um levantamento bibliográfico, a respeito dos temas como importância da fitoterapia; como ela está sendo usada; benefícios que a mesma oferece ao Sistema Público de Saúde; capacitação	O governo tem demonstrado interesse no desenvolvimento de políticas em prol de procedimentos assistenciais em saúde que apresentem eficácia, abrangência, humanização e menor dependência com	Os estudos acerca da fitoterapia ainda são precários no Brasil, sendo necessárias pesquisas nesta área, de modo a ampliar o conhecimento dos profissionais e estudantes da saúde, auxiliando e tornando mais sólidas as bases de segurança e eficácia para implementação das práticas fitoterápicas no SUS.

		dos profissionais nesta área e programas e leis para a implementação no SUS.	relação à indústria farmacêutica. Municípios brasileiros têm realizado a implantação de Programas de Fitoterapia na atenção primária.	
Thiago e Tesser (2011)	Quantitativo	Analisar a percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre práticas integrativas e complementares.	17 centros de saúde ofereciam práticas integrativas e complementares; 12,4% dos profissionais eram especialistas em homeopatia ou acupuntura. 88,7% dos participantes desconheciam as diretrizes nacionais para a área, embora 81,4% concordassem com sua inclusão no SUS.	Existe aceitação das PIC pelos profissionais, associada ao seu contato prévio e possivelmente relacionada à residência/especialização em medicina de família e comunidade/saúde da família.
Ischkanian e Pelicioni (2012)	Qualitativo	Investigar os conhecimentos, opiniões e representações sociais dos gestores e profissionais de saúde sobre as PIC no SUS e identificar as dificuldades e os desafios que se apresentaram em sua implantação, utilização e divulgação nos Serviços de Saúde.	Os gestores não estavam preparados para a implantação da PNPIC no SUS. O modelo biomédico é prevalente e o fornecimento de material de insumos utilizados para aplicação das PIC tem se constituído um problema. A divulgação das PIC não tem sido suficiente para que profissionais e usuários as conheçam.	É essencial que o município incentive e crie condições para o oferecimento das PIC, melhorando sua divulgação e apoiando a inserção de profissionais não médicos com formação adequada. As PIC integradas ao SUS, certamente poderão contribuir para a promoção da saúde.
Oliveira <i>et al.</i> (2012)	Quantitativo	Entrevistar profissionais que trabalham no SUS, bem como pacientes que utilizam a ABS, em relação à sua experiência com a etnomedicina.	91,6% dos participantes fizeram uso de plantas medicinais pelo menos uma vez para tratar certas doenças. Dos profissionais, 65% usaram plantas medicinais e 10% prescreveram fitoterápicos aos pacientes. Pacientes e profissionais relataram conhecer as plantas medicinais devido aos pais ou	Uma alta proporção de usuários e profissionais fez uso de plantas medicinais e de plantas. Malva foi a mais comumente usada. A principal fonte de transmissão de conhecimentos sobre Fitoterapia foi de pais ou avós.

			avós.	
Fontenele <i>et al.</i> (2013)	Quali-quantitativo	Conhecer como gestores e profissionais de nível superior da ESF de Teresina (PI) enxergam a inserção da fitoterapia na Atenção Básica (AB) no município, relacionando estes dados com os conhecimentos desses profissionais sobre esta prática terapêutica, seu uso e as políticas públicas envolvidas.	O fortalecimento da fitoterapia na AB e a incorporação desta no cotidiano do exercício profissional das ESF são necessários para a discussão sobre a fitoterapia na AB entre os atores e as instâncias envolvidas, e a capacitação dos profissionais de saúde.	O conhecimento dos profissionais sobre práticas em saúde é relevante para o reconhecimento da conjuntura, planejamento e otimização da aplicação das ações em saúde, principalmente as que envolvem a fitoterapia e outras PIC, por possuírem políticas específicas.
Galhardi <i>et al.</i> (2013)	Quanti-qualitativo	Analisar o conhecimento dos gestores de saúde dos municípios de São Paulo sobre a Política e sua importância para a implementação da homeopatia nos serviços locais de saúde.	Dos 645 municípios analisados, 47 ofertaram homeopatia. 42 municípios foram entrevistados. 26% conheciam a PNPIC, 31% a conheciam pouco e 41% a desconheciam.	PNPIC é desconhecida pelos gestores de saúde e os que a conhecem utilizam-na para tornar conhecida a racionalidade médica homeopática e justificar sua indicação no SUS.
Silva e Tesser (2013)	Qualitativo	Investigar a experiência de usuários de acupuntura do SUS de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, sobre seu tratamento, incluindo sua percepção sobre eficácia, redução do uso de medicamentos, orientações recebidas, mudanças no autocuidado e nos modelos explicativos dos usuários, do ponto de vista da medicalização no foco supramencionado. Investigar essa experiência em diferentes ambientes de cuidado testando a hipótese de que a atenção primária à saúde pode, por hipótese, ser um ambiente mais favorável à racionalidade da	A acupuntura pouco tem contribuído para a autonomia e desmedicalização, salvo pela sua efetividade. A atitude do profissional é importante para estimular uma postura mais ativa e integrante.	A maioria dos pacientes chegou à acupuntura na atenção secundária quando outros tratamentos falharam. A prática foi percebida com eficácia e favorecia a redução de medicamentos. Apesar da dificuldade de acesso, foi observado que profissionais da Atenção Primária possuem maior autonomia para atender aos pacientes, podendo tratar por mais tempo casos mais graves.

		Medicina Tradicional Chinesa e à acupuntura.		
Lima <i>et al.</i> (2014)	Qualitativo	Apresentar e discutir resultados de uma pesquisa que analisou a organização das PIC desenvolvidas em um serviço de referência em PIC, na região metropolitana de Belo Horizonte tendo como foco analítico sua relação com a promoção da saúde e sua inserção no SUS.	As práticas podem ser um recurso útil na promoção da saúde, especialmente por estabelecerem uma nova compreensão do processo saúde-doença.	Para potencializar as PIC no campo da promoção e do cuidado no SUS é necessário superar os desafios da sua organização e sua expansão, como aproximar os profissionais dos serviços de referência e de apoio especializados em PIC da Atenção Primária a Saúde (APS).
Sousa e Tesser (2017)	Qualitativo	Analisar a inserção da medicina tradicional e complementar (MTC) no SUS, tendo como foco subsidiar a discussão sobre sua integração na atenção primária à saúde, via ESF.	Tipos de inserção e integração da MTC: Tipo 1 - Integrada; Tipo 2 - Justaposta; Tipo 3 - Matriciada; Tipo 4 - Sem integração. A combinação dos tipos 1 e 3 é considerada um potencial para a expansão da MTC no SUS, influenciando no crescimento e na sua integração na APS.	A crescente presença da MTC no SUS demanda pensar estratégias para sua expansão, para além da PNPIC, considerando as experiências prévias.

Fonte: elaboração da autora.

Barros (2000)⁶⁴ aponta que o movimento de procura pelas práticas alternativas foi motivado por fatores, como: mudança do perfil de morbimortalidade, com a redução das doenças infectocontagiosas e elevação das doenças crônico-degenerativas em alguns países; acréscimo da expectativa de vida; crítica à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes, em que o profissional não oferece com clareza os dados sobre o tratamento e cura do paciente; consciência de que a medicina convencional era insuficiente para tratar determinadas doenças, especialmente as crônicas; insatisfação com o desempenho do sistema de saúde moderno, que compõe grandes listas de espera e restrições financeiras e informação sobre o perigo dos efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas.

Os elementos apresentados contribuíram para o nascimento das práticas alternativas, orientadas por uma concepção da dimensão variada entre o modelo biomédico e o modelo alternativo, cujas orientações estão em polos muito diferentes. No passo em que o primeiro

⁶⁴ BARROS, Nelson F. Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 850, 2006.

implementa a dimensão diagnóstica e aprofunda a explicação biológica, especialmente por meio de dados objetivos, a medicina alternativa visa uma dimensão terapêutica que faz a leitura dos problemas e planeja estratégias de cuidado com apoio nas teorias do estilo de vida e ambiental (BARROS, 2000)⁶⁵.

O Brasil se destaca como referência no mundo com a oferta PICs na atenção básica, na implementação de ações que possibilitam a prevenção e promoção da saúde, evitando assim que os usuários necessitem de serviços mais complexos, obtendo respostas satisfatórias e de curto prazo, sem custos elevados que colaboram com a economia do país, de acordo com o Ministério da Saúde.⁶⁶

As PICs são também utilizadas no alívio de sintomas e tratamentos de diversas enfermidades, o que auxilia na redução ou desmame de medicações dispensadas pelo serviço de saúde, destacando que alguns pacientes são dependentes de remédios de uso contínuo ou prolongado, o que pode significar uma redução considerável nos gastos públicos, conforme apresentado pelo *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (2010).⁶⁷

O treinamento dos profissionais é realizado principalmente dentro dos próprios serviços de Saúde, mas também em outros centros de formação. As experiências na rede pública estadual e municipal ainda são insuficientes, bem como diretrizes específicas, o que proporciona um modelo desigual, descontinuado e, por vezes, sem os registros necessários para garantir o fornecimento preciso de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2006, p. 40).⁶⁸

O reconhecimento da PNPIC pela OMS e por vários países se dá como uma importante experiência na implementação das medicinas tradicionais e complementares dentro de um sistema nacional de saúde e não simplesmente como uma estrutura alternativa ao sistema, exatamente o que ocorre no SUS que engloba suas práticas ao contexto do cuidado à saúde (BRASIL, 2006, p.10).⁶⁹

As abordagens da saúde e da doença, da diagnose, dos tratamentos terapêuticos e das doutrinas que lhes apoiam compreendem o ser humano como um ser integral, sem separar corpo, mente e espírito, contrariando o que defende a medicina convencional. (TESSER;

⁶⁵ *Id.*

⁶⁶ Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares> Acesso em: 20 fev. 2021.

⁶⁷ *Id.*

⁶⁸ Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

⁶⁹ *Id.*

BARROS, 2008).⁷⁰ Encontra-se aí uma visão sistêmica e integrativa que carece de uma terapia que vise as várias dimensões do ser humano, com a necessidade de agregar tarefas multidisciplinares no processo saúde/doença/cura. Paradigma esse denominado de bioenergético, concentrado na “visão do todo”, para o que se destaca a integração dos cuidados (ANDRADE, 2006).⁷¹

A OMS declara as Medicinas Alternativas e Complementares como distintos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos diferentes da medicina convencional (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2010).⁷²

Atualmente, vinte e nove práticas são reconhecidas e oferecidas pelo SUS de forma integral e gratuita, entre elas podem ser destacadas: Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Constelação Familiar, Dança Circular, Homeopatia, Medicina Antroposófica/Antroposofia aplicada à saúde, Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Meditação, Fitoterapia, Reiki, Terapia de Florais e Yoga.

Destarte, defende um SIS enquanto um componente de um determinado SUS, ele deve no entanto, ser coerente com as características (princípios e diretrizes) desse modelo maior de atenção à saúde. Defende-se por algumas interfaces entre SUS e SIS, visando a integralidade da assistência prestada, englobando atividades assistenciais curativas, atividades preventivas e de promoção da saúde (SUS), além de diretriz para subsidiar os processos de planejamento, tomada de decisões, controle da execução e avaliação das ações, levando em conta a integralidade da assistência. Busca-se, portanto, desenvolver informações relacionadas à eficiência e eficácia das respostas, e da sua efetividade ou impacto sobre a situação de saúde (SIS); a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços e a equidade da assistência prestada (SUS) com a diretriz do SIS de descentralizar o processo de implantação do SIS abrangendo as especificidades locais, entendendo as desigualdades, contribuindo para a operacionalização do princípio da equidade da assistência prestada. Importante

⁷⁰ TESSER, C. D.; BARROS, N. F. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

⁷¹ ANDRADE, J. T. **Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação.** Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.

⁷² NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. (USA). **Acupuncture.** Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/> Acesso em: 09 fev. 2020.

observar, também, a compatibilidade das informações produzidas, necessária para garantir a unicidade e a interpenetração entre os distintos níveis de gestão do SUS.

Continuando, ressalta-se a questão da divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, e o controle social, isto é, a participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde (SUS) com o apoio das equipes locais na definição das bases a serem produzidas e, portanto, dos dados a serem coletados; tanto pela sua relevância para a tomada de decisões, quanto pela sua indispensabilidade para a prestação de contas, com o colaborar para o desenvolvimento e compromisso dos profissionais de saúde com a qualidade e confiabilidade dos dados coletados, capacitar os diferentes usuários para utilização adequada das informações, contribuindo para a descentralização e aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões e para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base para amplificar o exercício do controle social e da cidadania (SIS). Assim como a garantia trazida pelo SUS do direito à informação às pessoas assistidas e a preservação da autonomia de cada cidadão, importando sua integridade física e moral interligada ao SIS no que concerne à contribuição para resgatar uma relação mais humanizada entre a instituição e o cidadão, com vistas na preservação de sua autonomia (Costa e Silva, 2004, p.28).

Antes de abordar especificamente as PICs na UFPE, considera-se importante trazer conteúdos sobre as Políticas de Ensino, Pesquisa e Extensão desta Instituição, uma vez que tais práticas estão sendo realizadas no ambiente acadêmico implicando em relação direta com os pilares da Academia, apresentar o SIS na estrutura da UFPE e as PICs. Nesse viés, foi construído o próximo item.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

4.1 AS POLÍTICAS DE ENSINO E EXTENSÃO NA UFPE

De acordo com o art. 3º de seu Estatuto (Portaria de Pessoal nº 2237/2004), a UFPE tem como compromisso obedecer a vários princípios e dentre eles vale destacar: a democratização da educação; cultura de paz, direitos humanos e democracia, como elementos pedagógicos e organizativos da Universidade; valorização da cultura e das manifestações artísticas e populares; responsabilidade socioambiental e de desenvolvimento sustentável e indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (PORTARIA DE PESSOAL nº 2237, 2004, p.03).

Através de ações de extensão e cultura, a Universidade promove atividades acadêmicas articuladas com o ensino e a pesquisa proporcionando o surgimento de uma relação transformadora e integradora entre a Universidade e a Sociedade, de acordo com a Resolução 09/2007 do Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão (CCEPE), em consonância com as novas diretrizes para a Extensão na educação Superior Brasileira, estabelecidas na Resolução N°7, de 18 de dezembro de 2018 do Ministério da Educação (MEC), do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES) (PORTARIA DE PESSOAL n° 2237, 2004, p.04).

A Política de Extensão da Universidade é desenvolvida pela comunidade acadêmica que dispõe de Coordenações Setoriais de Extensão em cada Centro Acadêmico com as funções de: apoiar, coordenar, divulgar e avaliar as ações extensionistas desenvolvidas, com a missão de promover a relação transformadora entre a universidade e a sociedade para promover socialização, memória e difusão de conhecimentos. Seus principais objetivos são: incentivar e contribuir para a formação acadêmica, profissional e cidadã do estudante de graduação da UFPE sintonizado na transformação da sociedade; promover e apoiar ações que facilitem a integração entre a Universidade e a sociedade e apoiar programas e projetos de desenvolvimento humano, social, cultural, científico, ambiental e tecnológico; ampliar e estabelecer parcerias para realização das ações; sistematizar e publicizar a oferta de programas e projetos de extensão com perfil Ação Curricular de Extensão (ACEs) para facilitar aos estudantes a integralização da extensão nos cursos de graduação da UFPE (PORTARIA DE PESSOAL n° 2237, 2004, p.04).

Todas essas ações de extensão e cultura representam um relevante e eficaz instrumento institucional que provocam a troca de saberes e a integração com a sociedade e, ao tempo que beneficiam a população no que se refere a melhoria na qualidade de vida, inclusão socioproductiva e defesa do meio ambiente, também oferecem ao estudante a oportunidade do aprendizado teórico-prático contextualizado, desenvolvimento cultural, responsabilidade social e formação da cidadania, com o desenvolvimento de atividades técnicas, científicas, culturais e artísticas (ARIMATÉIA, 2016).⁷³

4.1.1 O Serviço Integrado de Saúde da UFPE

Nesse contexto, o Centro Integrado de Saúde (CIS) teve sua existência reconhecida juridicamente nos idos de 2012. Anteriormente, em m prédio da UFPE que possui

⁷³Disponível em: < <https://www.ufpe.br/proexc/acoes-de-extensao> > Acesso em: 07 mar. 2021.

aproximadamente vinte e seis salas de diferentes dimensões, espaço este que anteriormente era utilizado com um Centro de Treinamento de Pessoal. Posteriormente, o local era utilizado para realização de várias atividades como oficinas em educação audiovisual para crianças, um projeto de práticas circenses da cidade e ações voltadas a saúde da comunidade que, posteriormente, originou uma Unidade de Cuidados Integrativos em Saúde (UCIS), relacionada à Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) da Secretaria Municipal de Saúde (ARIMATEIA, 2016).⁷⁴

Além dessas ações, projetos comunitários e de extensão participavam da divisão do local. Surge daí a evidência da importância da interação entre Ensino e Serviço, com as políticas de redirecionamento da formação superior em saúde de todo o Brasil. Dentro do contexto de saúde destaca-se a atenção básica do SUS relacionado, de início, ao curso de Medicina da UFPE, sendo acolhido, posteriormente, pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS) que compartilha esses saberes com os demais cursos ministrados no Centro (ARIMATEIA, 2016).⁷⁵

Em 2012, algumas atividades eram realizadas no antigo prédio da SUDENE e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife já articulava a implementação de uma Unidade de Cuidados Integrativos em Saúde (UCIS) em conjunto com a UFPE. Os documentos criados pela gestão das Práticas Integrativas, gestores das Unidades e da PICS na Secretaria de Saúde apontavam o Centro Integrado de Saúde (CIS) como Unidade de Referência em Práticas Integrativas, como Programa de Extensão da Integrado e como Núcleo Comunitário de Cultura, Comunicação e Saúde, uma parceria entre a Universidade e a SMS do Recife (ARIMATEIA, 2016).⁷⁶

O CIS se situa em diferentes contextos, assim como uma UCIS, Unidade de Saúde vinculada à Secretaria de Saúde do Recife quando da oferta de diferentes serviços em PICS à comunidade em geral. Por outro lado, o Centro se insere nas atividades ligadas à Universidade, inscritas na instituição como projeto de Extensão. Existem, ainda, as atividades que não possuem vínculo institucional formal nem com a Secretaria de Saúde e nem com a UFPE, que são as iniciativas comunitárias.

Em julho de 2019, finalmente foi celebrado o Termo de Cooperação Técnica entre a Universidade e a Prefeitura da Cidade do Recife – PCR que tem por objeto:

⁷⁴ ARIMATEIA, Ênio de Lima. Dissertação de Mestrado. **O Centro Integrado de Saúde (CIS) em Recife: experiência de práticas integrativas**, 2016.

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ *Id.*

Oferecer os serviços da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS, de acordo com a Portaria Municipal nº 122, de 6 de julho de 2012, por meio da instalação de uma Unidade de Cuidados Integrativos em Saúde – UCIS, como parte das ações oferecidas no Serviço Integrado de Saúde – SIS, criado pela Universidade Federal de Pernambuco, conforme Resolução nº 11/2016 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – CCEPE/UFPE (NASCIMENTO *et al.*, 2019, p.1).⁷⁷

Em 2004, Recife implantou política pautada na necessidade de adotar outra forma de atendimento terapêutico, tendo como base diversas práticas integrativas, visando melhorar a qualidade de vida e o acolhimento aos pacientes. Com esse intuito, uma Unidade de Cuidados Integrais à Saúde (UCIS) foi implantada. A Unidade foi incorporada à Rede Municipal para atuar como referência na Rede de Atenção à Saúde, particularmente para atender usuários encaminhados pela Estratégia Saúde da Família. A UCIS disponibilizava práticas terapêuticas, depois formalizadas pela PNPIC, como homeopatia, fitoterapia e acupuntura, mas também outras atividades, a exemplo do programa de alimentação saudável, por meio de orientações nutricionais e de oficinas voltadas para grupos de idosos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2011)⁷⁸.

Ainda de acordo com o Termo de Cooperação Técnica, é de competência da UFPE (NASCIMENTO *et al.*, 2019, 2019, p.3)⁷⁹:

a) Fazer do SIS um espaço de atividades de ensino, pesquisa e extensão, por meio da integração e da articulação ensino-serviço-comunidade entre os diversos cursos da Universidade, em consonância com suas Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS; b) Consolidar o SIS como campo de ensino e serviço para estudantes de graduação e pós-graduação, mediante plano de trabalho que será estabelecido em comum acordo com a UFPE e Secretaria de Saúde de Recife até que haja a publicação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES); c) Implementar um Projeto Político-Pedagógico – PPP como norteador das ações de ensino, pesquisa e extensão, baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais; d) Disponibilizar as instalações prediais, assim como sua manutenção; e) Garantir um quadro funcional e gerencial formado o por servidores técnicos e docentes, com carga horária de trabalho no SIS; f) Promover ações de comunicação sobre as ações realizadas no SIS, visando seu fortalecimento institucional.

Ainda por esse documento compete à Secretaria Municipal de Saúde:

g) Disponibilizar profissionais de saúde das PICS (terapeutas) como facilitadores das PICS, bem como em serviços administrativos; h) Coordenação do processo de trabalho da UCIS no que se refere aos aspectos administrativos, técnicos e gerenciais; i) Assegurar os insumos necessários para a realização das práticas terapêuticas oferecidas no SIS; j) Dotar a UCIS de equipamentos (material permanente) necessários aos serviços e material de expediente (cópias e instrumentais da Prefeitura); k) Compartilhar com a UFPE o fornecimento de água para consumo de forma permanente; l) Participar, juntamente com a UFPE, da aprovação dos planos de estágio dos estudantes; m) Colaborar junto à UFPE na organização das ações assistenciais ofertadas pelo SIS; n) Participar do Conselho Gestor do SIS.⁸⁰

Ressalta-se também a configuração ética, comunicativa, solidária e tecnológica na qual algumas dessas práticas e racionalidades se inserem, que pode apoiar a discussão sobre a

⁷⁷ NASCIMENTO, Angela Maria de Lima; MONTEIRO, Jailma; CASTRO, Ana Emília e ALVES, Ivo. **Relatório Situacional sobre o Serviço Integrado de Saúde da UFPE**. 23 jul. 2019.

⁷⁸ SANTOS, Francisco Assis da Silva *et al.* Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 Mar. 2021.

⁷⁹ *Id.*

⁸⁰ *Id.*

humanização dos serviços de saúde, a excessiva normatividade ante os usuários e pacientes, o alto custo dos atendimentos e procedimentos, a medicalização abusiva e a sua consequente iatrogenia. Uma grande dificuldade para efetivação da PNPIC é que no Brasil existem poucas instituições estabelecidas que formem profissionais praticantes de outras formas de racionalidades médicas ou tradições de cura em sintonia com os princípios do SUS e da Saúde Coletiva (TESSER; BARROS, 2008)⁸¹.

Para Barros (2006, p. 850)⁸², o impacto da política alcança diversos campos: econômico, técnico e sociopolítico, uma vez que “promove a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica”. Após dois anos da implantação da PNPIC, o I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde promoveu o intercâmbio de experiências exitosas de modelos instituídos em outros países nos sistemas oficiais de atenção à saúde (BRASIL, 2009a)⁸³. Desde então, a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem acontecido e de forma gradual, vem surgindo pesquisas na área devido ao pouco conhecimento sobre elas, e todavia, há necessidade de mais investimentos na formação e qualificação de profissionais para realizá-las.

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na UFPE:

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) à população.

Assim, a tabela a seguir foi desenvolvida como um dos passos metodológicos para conhecer as PICs, e também convidar o (a) leitor (a) para ter acesso a esses conteúdos de forma clara e concisa.

No SIS são oferecidas 28 dessas práticas, de segunda a sexta-feira. O atendimento pode ser por encaminhamento de uma unidade de saúde ou por demanda espontânea e o ingresso ao serviço é feito através de acolhimento por um profissional do SIS que avalia a necessidade e seleciona as atividades que atendem a demanda do usuário.

⁸¹ TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

⁸² BARROS, Nelson F. Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 850, 2006.

⁸³ Relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.

Quadro 2. Os 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

Prática Integrativa	Considerações para auxiliar à compreensão do (a) leitor (a)
Apiterapia 	Prática terapêutica utilizada desde a antiguidade, conforme mencionado por Hipócrates, em alguns textos, e em textos chineses e egípcios que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos.
Aromaterapia 	Prática terapêutica secular que utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais, para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental, ao bem-estar e à higiene. Com amplo uso individual e/ou coletivo, pode ser associada a outras práticas – como terapia de florais, cromoterapia, entre outras – e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.
Arteterapia 	Uma atividade milenar, a arteterapia é prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental. Arte livre conectada a um processo terapêutico, transformando-se numa técnica especial, não meramente artística, que pode ser explorada com fim em si mesma (foco no processo criativo, no fazer) ou na análise/investigação de sua simbologia (arte como recurso terapêutico). Utiliza instrumentos como pintura, colagem, modelagem, poesia, dança, fotografia, tecelagem, expressão corporal, teatro, sons, músicas ou criação de personagens, usando a arte como uma forma de comunicação entre profissional e paciente, em processo terapêutico individual ou de grupo, numa produção artística a favor da saúde.

Ayurveda



De origem indiana, é considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo e significa Ciência ou Conhecimento da Vida. Nascida da observação, experiência e o uso de recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado, este conhecimento estruturado 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. A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver. No Ayurveda, o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças. A investigação diagnóstica a partir de suas teorias fundamentais, como a avaliação dos doshas, leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Os tratamentos ayurvédicos consideram a singularidade de cada pessoa, e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e cuidados dietéticos. Para o ayurveda, indivíduo saudável é aquele que tem os doshas (humores) em equilíbrio, os dhatus (tecidos) com nutrição adequada, os malas (excreções) eliminados adequadamente, e apresenta uma alegria e satisfação na mente e espírito.

Biodança



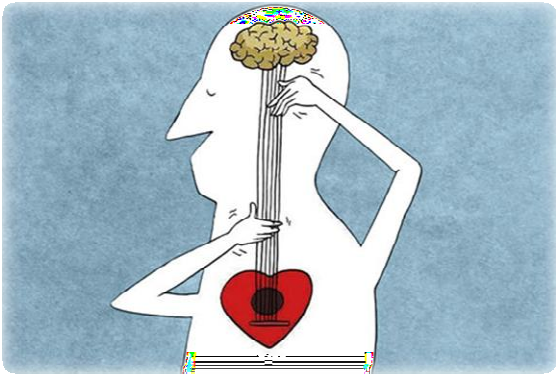
Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Utiliza exercícios e músicas organizados que trabalha a coordenação e o equilíbrio físico e emocional por meio dos movimentos da dança, a fim de induzir experiências de integração, aumentar a resistência ao estresse, promover a renovação orgânica e melhorar a comunicação e o relacionamento interpessoal.

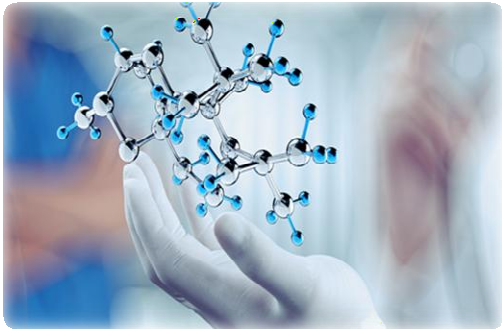
Bioenergética 	Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração. A bioenergética, também conhecido como análise bioenergética, trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.
Constelação familiar 	Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento. A constelação familiar foi desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar – além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo – atuando em cada membro de uma família. Denomina “ordens do amor” às leis básicas do relacionamento humano – a do pertencimento ou vínculo, a da ordem de chegada ou hierarquia, e a do equilíbrio – que atuam ao mesmo tempo, onde houver pessoas convivendo. Segundo Hellinger, as ações realizadas em consonância com essas leis favorecem que a vida flua de modo equilibrado e harmônico; quando transgredidas, ocasionam perda da saúde, da vitalidade, da realização, dos bons relacionamentos, com decorrente fracasso nos objetivos de vida. A constelação familiar é uma terapia breve que pode ser feita em grupo, durante workshops, ou em atendimentos individuais, abordando um tema a cada encontro.

Cromoterapia 	Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar – vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta – para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo. Na cromoterapia, as cores são classificadas em quentes (luminosas, com vibrações que causam sensações mais físicas e estimulantes – vermelho, laranja e amarelo) e frias (mais escuras, com vibrações mais sutis e calmantes – verde, azul, anil e violeta). A cor violeta é a de vibração mais alta no espectro de luz, com sua frequência atingindo as camadas mais sutis e elevadas do ser (campo astral).
Dança circular 	Prática expressiva corporal, ancestral e profunda, geralmente realizada em grupos, que utiliza a dança de roda – tradicional e contemporânea –, o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem e a interconexão harmoniosa e promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando o bem-estar físico, mental, emocional e social. As pessoas dançam juntas, em círculos, acompanhando com cantos e movimentos de mãos e braços, aos poucos internalizando os movimentos, liberando mente e coração, corpo e espírito. Inspirada em culturas tradicionais de várias partes do mundo, foram coletadas e sistematizadas inicialmente pelo bailarino polonês/alemão Bernard Wosien (1976), ressignificadas com o acréscimo de novas coreografias e ritmos, melodia e movimentos delicados e profundos, estimula os integrantes da roda a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.
Geoterapia 	Terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos. A geoterapia, por meio de pedras e cristais como ferramentas de equilíbrio dos centros energéticos e meridianos do corpo, facilita o contato com o Eu Interior e trabalha terapeuticamente as zonas reflexológicas, amenizando e cuidando de desequilíbrios físicos e emocionais. A energia dos raios solares ativa os cristais e os elementos, desencadeando um processo dinâmico e vitalizador capaz de beneficiar o corpo humano.

Hipnoterapia 	Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas.
Homeopatia 	Homeopatia é uma abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos. Envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo. Os medicamentos homeopáticos da farmacopeia homeopática brasileira estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
 Imposição de mãos	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.

Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde 	Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia que integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos específicos antroposóficos, os quais avaliam o ser humano a partir da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética. Fundamenta-se em um entendimento espiritual-científico do ser humano que considera bem-estar e doença como eventos ligados ao corpo, mente e espírito do indivíduo, realizando abordagem holística (“salutogenesis”) com foco em fatores que sustentam a saúde por meio de reforço da fisiologia do paciente e da individualidade, ao invés de apenas tratar os fatores que causam a doença.
Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura 	A medicina tradicional chinesa (MTC) é uma abordagem terapêutica milenar, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A MTC utiliza como procedimentos diagnósticos, na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e, como procedimentos terapêuticos, acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa. Para a MTC, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece, aos estados-membros, orientações para formação por meio do Benchmarks for Training in Traditional Chinese Medicine. A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos e doenças. Criada há mais de dois milênios, é um dos tratamentos mais antigos do mundo e pode ser de uso isolado ou integrado com outros recursos terapêuticos da MTC ou com outras formas de cuidado. A auriculoterapia é uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do

	indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – onde todo o organismo encontra-se representado como um microssistema – por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim. A auriculoterapia chinesa faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas que tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas. Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica (corpo) que é, atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde.
Meditação 	Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as interrelações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência.
Musicoterapia 	Prática expressiva integrativa conduzida em grupo ou de forma individualizada, 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 	Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde.
Osteopatia 	Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações), do stretching, dos tratamentos para a disfunção da articulação temporomandibular (ATM), e da mobilidade para vísceras.
Ozonioterapia 	Prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, e promove melhoria de diversas doenças. O ozônio medicinal, nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal. Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.
Plantas medicinais – fitoterapia 	As plantas medicinais contemplam espécies vegetais, cultivadas ou não, administradas por qualquer via ou forma, que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional, pela possibilidade de apresentar interações, efeitos adversos, contraindicações. A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A fitoterapia é uma terapia integrativa que vem crescendo notadamente neste começo do século XXI, voltada para a promoção, proteção e

	recuperação da saúde, tendo sido institucionalizada no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).
Quiropraxia 	Prática terapêutica que atua no diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. Enfatiza o tratamento manual, como a terapia de tecidos moles e a manipulação articular ou “ajustamento”, que conduz ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando a correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de auto cura.
Reflexoterapia 	Prática terapêutica que utiliza estímulos em áreas reflexas – os microssistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas – para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões, as quais têm o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos, e permitem, quando massageados, a reativação da homeostase e do equilíbrio nas regiões com algum tipo de bloqueio. Também recebe as denominações de reflexologia ou terapia reflexa por trabalhar com os microssistemas, áreas específicas do corpo (pés, mãos, orelhas) que se conectam energeticamente e representam o organismo em sua totalidade.
Reiki 	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, e restabelecendo o fluxo de energia vital – Qi. A prática do Reiki responde perfeitamente aos novos paradigmas de atenção em saúde, que incluem dimensões da consciência, do corpo e das emoções.

Shantala 	Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) para bebês e crianças pelos pais, composta por uma série de movimentos que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam uma série de benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, promove a saúde integral; harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático; estimula as articulações e a musculatura; auxilia significativamente o desenvolvimento motor; facilita movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar; reforça vínculos afetivos, cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.
Terapia Comunitária Integrativa 	Prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Nela, o saber produzido pela experiência de vida de cada um e o conhecimento tradicional são elementos fundamentais na construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e diminuição do isolamento social. Atua como instrumento de promoção da saúde e autonomia do cidadão.
Terapia de florais 	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais. A terapia de florais de Bach, criada pelo inglês Dr. Edward Bach (1886-1936), é o sistema precursor desta prática. Exemplos de outros sistemas de florais: australianos, californianos, de Minas, de Saint Germain, do cerrado, Joel Aleixo, Mystica, do Alaska, do Hawai.

Termalismo social/crenoterapia 	Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna etc.) e à sua temperatura. O recurso à água como agente terapêutico remonta aos povos que habitavam nas cavernas, que o adotavam depois de observarem o que faziam os animais feridos.
Yoga 	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas, como hatha-yoga, mantra-yoga, laya-yoga, que se referem a tradições especializadas, e trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante com vistas à unificação do ser humano em si e por si mesmo. Entre os principais benefícios obtidos por meio da prática do yoga estão 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 consequente melhoria dos quadros de humor, o que reverbera na qualidade de vida dos praticantes.

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria n.º 702, de 21 de março de 2018⁸⁴.

Na UFPE, as PICs foram inseridas a partir da participação da equipe de trabalho do Município de Recife, por meio da prestação de serviços de profissionais das áreas de Saúde e Educação. O modelo implantado para funcionamento da Unidade de Saúde baseou-se no modelo de co-gestão que abrange a gestão compartilhada entre gerentes, trabalhadores e usuários.

Diante do contexto da pesquisa, esta dissertação pretende mostrar as germinais e potenciais considerações a respeito do SIS atravessando as perspectivas, trajetórias e experiências de gestores atuantes no referido Sistema e, para explorar essa temática, utilizar-se-á da metodologia apresentada a seguir.

⁸⁴ Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html Acesso em: 17 de out. de 2020.

5. METODOLOGIA

Este item da pesquisa engloba o desenho da pesquisa com sua classificação, o universo e a amostra, além dos procedimentos metodológicos.

5.1 Desenho da pesquisa

A pesquisa será desenvolvida por meio de revisão bibliográfica para verificar as proposições e procedimentos que evidenciem a credibilidade do trabalho desenvolvido com a utilização da análise operacionalizada por meio de entrevistas aos gestores do SIS, com roteiros semiestruturados inspirados nos tópicos centrais estudados, visando identificar nas respostas dos participantes a finalidade da pesquisa, aplicação, motivação, confiabilidade, conveniência e desarmonia na utilização do método, com questões anteriormente definidas, de acordo com o indicado por Yin (2010)⁸⁵.

Antes de avançar um pouco mais, torna-se necessário discorrer sobre o elemento percepção. O conhecimento sensível é também entendido como conhecimento empírico ou experiência sensível e suas principais formas são a sensação e a percepção. Segundo Chauí (2005)⁸⁶, a sensação é o que nos permite acessar as qualidades exteriores dos objetos, assim como os efeitos internos dessas qualidades sobre nós. Por intermédio da sensação nós percebemos, tocamos, sentimos e ouvimos as qualidades puras e diretas dos objetos, como cores, odores, sabores, texturas, sons, temperaturas. Sentimos também qualidades internas desenvolvidas em nosso corpo ou em nossa mente pelo contato direto com as coisas sensíveis, tais como prazer, desprazer, dor, agrado, desagrado. A experiência sensível é, ao mesmo tempo, a qualidade presente no objeto externo e o sentimento interno que nosso corpo entende como qualidades sentidas. A sensação é assimilada como uma reação corporal imediata em resposta a um estímulo externo sem que seja possível diferenciar, no ato mesmo da sensação, o estímulo externo e o sentimento interior. Essa distinção só seria possível num laboratório, através de análise da fisiologia e sistema nervoso. Ao analisarmos a sensação, podemos notar que ninguém afirma que sente o quente, vê o azul e engole o amargo. Pelo contrário, afirmamos que a água está quente, que o céu é azul e que o alimento está amargo. Além disso, não percebemos apenas uma característica do objeto. Quando, por exemplo, sentimos a água, percebemos sua temperatura, mas também, sua transparência, sua fluidez, ou seja, várias de suas características.

⁸⁵ YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

⁸⁶ CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2005.

O mesmo ocorre com um alimento: além de seu sabor, sentimos ao mesmo tempo sua temperatura, consistência, sua cor, isto é, muitos de seus atributos. Percebemos diversas qualidades e as sentimos de modo integral. Em outras palavras, ainda que façamos referência à apenas uma característica – água quente, céu azul, alimento amargo – concomitante a essa sensação temos outras. É quando se diz, na realidade, que não obtemos uma sensação isolada de outras, mas apenas temos sensações na forma de percepções, ou seja, como um conjunto de várias sensações. A percepção seria, no entanto, uma síntese automática de sensações simultâneas (CHAYU, 2005)⁸⁷. Com este entendimento do conceito de percepção, prossegue-se.

Na análise da percepção dos gestores sobre o equipamento é possível medir as esferas da amplitude social dentro de um determinado contexto o que se caracteriza como perspectiva descritiva, exploratória. Estudo exploratório por englobar um tema raro na literatura. O autor Gil (2007)⁸⁸ defende a intenção de oferecer mais proximidade com o tema, no intuito de torná-lo mais evidenciado. Assim como é também uma perspectiva descritiva por oferecer informações sobre o que se almeja pesquisar, compondo a explicação do porquê, quando, como, onde os fatos ou acontecimentos sucedem.

Tem-se, portanto, a classificação desta pesquisa como sendo do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. Será feito um estudo de caso na Universidade Federal de Pernambuco, que Yin (2010)⁸⁹ define como uma investigação empírica realizada para entender profundamente um fenômeno contemporâneo na conjuntura de mundo real, principalmente quando não são evidentes os limites entre o fenômeno e a realidade em que está inserido.

Para Eisenhardt (1989, p. 534)⁹⁰, estudo de caso “é uma estratégia de pesquisa que se concentra na compreensão da dinâmica presente dentro de configurações únicas” e Gerring (2007)⁹¹ o defende como um método qualitativo, holístico, que avalia uma demonstração particular ou combinada, que coleta dados do cenário real e que busca as propriedades de um fenômeno único, instância ou exemplo.

⁸⁷ CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2005.

⁸⁸ GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

⁸⁹ YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

⁹⁰ EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**. v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

⁹¹ GERRING, John. **Case study research: principles and practices**. New York: Cambridge University Press, Los Angeles, v. 98, n. 2, p. 341-354, 2007.

Bauer e Gaskell (2008)⁹² defendem a pesquisa qualitativa como suporte para interpretações de realidades sociais. Na abordagem qualitativa, a pesquisa de campo proporcionará a observação da visibilidade da Unidade dentro do contexto específico da UFPE. Assim, cada vez mais, partiu-se de um contexto abrangente até alcançar o foco desta pesquisa.

5.2 População e amostra

A pesquisa ocorre no SIS e Centro de Saúde da UFPE e delimita-se o universo com o grupo dos três gestores do SIS que correspondem tanto à população como à amostra desta pesquisa, para obter a percepção dos mesmos.

5.3 Procedimentos metodológicos

A primeira etapa da pesquisa se dedica aos levantamentos bibliográficos para os estudos que visam ampliar conhecimentos sobre a temática.

Em seguida, foi realizado o levantamento das 29 PICs com suas devidas explicações para a contextualização. A partir de então, as técnicas supracitadas foram consideradas como as palavras-chaves para compreender na literatura como se encontram no que diz respeito à oferta no SIS.

Nesse caminho, seguiu-se com a coleta de dados junto aos três gestores do SIS.

5.4 Instrumento de coleta de dados

A ideia inicial era a de realização de entrevistas presenciais, mas devido ao momento da pandemia, utilizou-se entrevista de forma remota, com perguntas abertas, como instrumento de coleta de dados junto aos gestores. Eles foram escolhidos aleatoriamente, apenas considerando a questão de disponibilidade e vontade espontânea em participar da entrevista na modalidade virtual, tendo em vista o tempo pandêmico que (sobre) vivemos.

Houve uma atenção em considerar a questão de ser gestor ou gestora que trabalha com o SIS e sua disponibilidade e vontade espontânea de participar da entrevista.

O questionário, “instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p.100)⁹³, elaborado pela própria autora com o objetivo de obter os dados necessários para análise, aplicado através da plataforma Google Docs, enviado por endereço eletrônico para cada participante convidado. Após a coleta, os dados analisados e inseridos no trabalho.

⁹² BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

⁹³ MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

6. RESULTADOS E ANÁLISES

A pesquisa contou com a participação de três gestores e o resumo das transcrições se encontram nos Apêndices com a identificação dos participantes realizada através de códigos aleatórios.

6.1 Contribuições da percepção do (a) gestor (a) “A”

A presente entrevista foi concedida pelo (a) Gestor (a) A, em 14/09/2020, através de gravação enviada de forma remota, considerando o período de afastamento social em que as atividades do SIS estão reduzidas.

Valorizou-se a fala livre e permitiu-se que o conhecimento a respeito do SIS fosse expresso com espontaneidade pelo (a) profissional. A seguir, está construído aspectos relevantes do diálogo constante entre a fala da entrevistada, com a riqueza da sua forma fidedigna, e teóricos que discutem sobre o SIS.

Uma ressalva importante é que essa construção foi estabelecida de forma avaliativa, mas com o intuito de complementação entre a teoria e a prática no que diz respeito a associar com a visão do (a) gestor (a). E, de forma análoga segue o olhar (o mais transdisciplinar possível) para as outras leituras dos demais entrevistados.

Vale salientar também que o resumo das entrevistas estão dispostas uma por vez apenas a caráter didático, em nenhum momento considera-se uma entrevista mais importante do que a outra. Como já diz Freire (1987)⁹⁴ não há saber mais, nem saber menos, há saberes diferentes. Levanto voo a partir de então para dialogarmos sem pré-conceitos com a fala do (a) gestor (a) abrindo as portas para conhecermos o SIS que trata o SIS como um espaço privilegiado da Universidade que se volta a integrar ações de formação, extensão e pesquisa, que possuem ainda um *locus* insuficientemente integrado, mas que encontram no Serviço um espaço extremamente dinâmico com a oferta das práticas integrativas em saúde. Em sua visão o SIS é um espaço possível de integração entre ações de formação, assistência, extensão e também daquelas que surgem da própria comunidade.

Estabelecendo uma dimensão –*entre* atravessamos a leitura acima compreendendo o SIS como um conjunto de componentes individuais que operam de forma concertada por forma a atingir os objetivos da totalidade; um sistema é uma abstração (não tem existência real), sendo os sistemas imaginados pelo Homem para alcançar determinados objetivos (DURÁN,

⁹⁴ FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

1989)⁹⁵. Atendendo à interligação entre os elementos individuais de um sistema, qualquer alteração sofrida por um componente individual interfere, de algum modo, a totalidade do sistema; mesmo que tais alterações sejam imperceptíveis, são detectáveis à luz da lógica que preside à organização do sistema (DURÁN, 1989)⁹⁶. O Sistema de Saúde inclui todas as ações que possam contribuir para a melhoria da saúde e, desta forma, inclui todos os atores, instituições ou recursos que executam ações em saúde.

A próxima fala do (a) gestor (a) apresenta vários grupos que fazem parte do SIS. Diz respeito à importância desses grupos serem (re) conhecidos, valorizados e fortalecidos e que cada vez fica evidente a necessidade de compreender o SIS configurado efetivamente como um Sistema. Já faz um tempo que se conquistou a experiência de se desenvolver no Serviço uma rádio comunitária, existe também os grupos coordenados por agentes de saúde no campo da atenção básica que atende aos usuários do SUS, outro grupo contempla mulheres e idosas com a vivência de dinâmicas desenvolvidas por elas e para elas, sobretudo com a preocupação com a permanência das práticas integrativas em saúde, ou seja das PICs. Destaca aí a grande necessidade de reafirmar a importância de todos os trabalhos ali desenvolvidos.

Há, portanto, uma preocupação em harmonizar a relação entre o SIS e a Universidade, no sentido de entender as potencialidades do SIS em um projeto explícito da Universidade, ressaltando que ele tem quatro anos de institucionalidade, a partir da Resolução nº 11 de 12 de julho de 2016, porém tem muito mais tempo de vida não oficializado, quando foram desenvolvidas várias ações que proporcionaram lugares de fala, personagens, atores e atrizes que encontram naquele espaço algo além de um mero local institucionalizado como uma burocracia.

Continuando o pensamento o (a) gestor (a) vai nos levando a aprofundar cada vez mais sobre a compreensão do SIS, não apenas como tríade: Universidade, Prefeitura e comunidade, mas de um lugar que extrapola o institucional. Diz respeito à transcendência. As PICs transcendem várias questões e abarca não só o hábito de vida do indivíduo, mas o seu relacionamento com demais grupos sociais e familiares, a sua inserção no trabalho e todo o seu contexto sociocultural, assumindo um papel importante para seu autoconhecimento pois consideram o sujeito como um ser holístico e suas intervenções são

⁹⁵, DURÁN, H. **Planejamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos**. Lisboa: Departamento de Estudos e Planejamento da Saúde. Ministério da Saúde, 1989.

direcionadas para a recuperação do equilíbrio mente-corpo-espírito para a restauração da saúde e qualidade de vida perdida com a doença.

Seus apontamentos trazem que o SIS extrapola a visão de um lugar institucional como um mero espaço de transferências de saberes, ele representa um espaço de interlocução permanente de diálogos entre vários atores e atrizes que formam o próprio espaço, destacando assim o desafio de lidar com essa característica única que não se encontra facilmente em outra instituição. A própria comunidade deseja tomar conta do espaço, ser autora e ao mesmo tempo com institucionalidades diferentes e complexas como de uma Universidade Federal e de uma Prefeitura. Complexidades que até os dias atuais ainda apresentam dificuldades quando considerada a tríade: Universidade, Prefeitura e comunidade, fato que implicaria em atribuições claras não vivenciadas ainda em sua dinâmica de funcionamento.

Destaca que a Prefeitura, como exemplo, ocupou o SIS em dezembro de 2012, iniciando os trabalhos com as práticas integrativas, na intenção de ser a segunda Unidade de Cuidados Integrals em Saúde de Recife, porém sem que fosse pactuado oficialmente no tempo correto, postergando a situação da Prefeitura que não trazia clareza em sua atribuição e responsabilidade no momento em que se instala como uma Unidade junto a Universidade. Ressalta, ainda, a necessidade de reconhecer a importância da instalação dessa Unidade como uma relevante contribuição no atendimento de mais de 8.000 usuários cadastrados, com destaque no papel social que o SIS, a partir dessa Unidade, trouxe, como campo de estágio, de formação, de aprendizagens várias, contraditoriamente sem conseguir uma definição instrumental entre as partes, capaz de equilibrar as atribuições institucionais. Coube então à UFPE a elaboração de uma resolução, em 2016, reconhecendo o SIS.

Há uma interface de luta que a presente dissertação ergue a bandeira: a de galgar pelos direitos de integralidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão com às ações de assistência à comunidade. Nesse contexto, podem se situar as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como ferramentas que proporcionam um cuidado humanizado onde não se deve separar as dimensões psíquicas, orgânicas e sociais. Buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias leves, eficazes e seguras, através do desenvolvimento do vínculo terapêutico e da integração do ser

humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006)⁹⁷. A inserção das PICs nos serviços de saúde proporciona um cuidado que promove o resgate pelo indivíduo na sua singularidade e autoconfiança.

Em 2019 foi assinado o termo de cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade, reconhecendo a unidade de cuidados integrais em saúde, definindo como responsabilidade da Universidade a manutenção do espaço. No seu entendimento, a frente dos trabalhos desenvolvidos, percebe que há uma desvantagem gerada na corresponsabilidade por parte da Prefeitura. Para evitar que o SIS seja apenas um espaço cedido, centralizado em maior parte com a oferta das PICs sem gerar a corresponsabilidade capaz de manter o próprio espaço físico no grau necessário.

Dessa forma, a Universidade tem grande responsabilidade com a manutenção do espaço, na garantia da segurança, de limpeza entre outros e conta com um número reduzido de servidores, docentes e discentes envolvidos nas ações do SIS, mesmo considerando todo o potencial que ele possui. Isso é algo que a própria Universidade precisa trabalhar para que o Serviço tenha a possibilidade de alcançar o seu potencial, seja através de convênio com a Prefeitura capaz de garantir sua contribuição de maneira mais direta e explícita, considerando investimentos na melhoria do espaço físico, já que seu conjunto de salas é utilizado pela Prefeitura. Ao mesmo tempo é importante que a Universidade aposte em estar mais presente com projetos pedagógicos capazes de assegurar a consolidação do objetivo do SIS de integrar o ensino, a pesquisa e a extensão com as ações de assistência à comunidade.

Analisando o conteúdo da fala do (a) gestor (a), salienta-se que o alcance da dimensão integrativa para o campo da saúde ainda não é completamente identificado, mas o potencial é amplo uma vez que se propõe a unir o que há de melhor em diferentes tradições, acolher a pessoa incluindo corpo, mente, espírito e cultura, fornecer cuidado e cura, com destaque para a participação ativa de diferentes profissionais e sujeitos em adoecimento e qualificar os desejos e necessidades das pessoas como evidências fundamentais do processo de tomada de decisão (BARROS, 2002)⁹⁸. Sua conclusão enfatiza que é crucial reconhecer o SIS enquanto importante equipamento social, fortalecer a atuação de todos e todas para vencer os desafios.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

⁹⁸ BARROS, N. F. **Da medicina biomédica à complementar**: um estudo dos modelos da prática médica. Tese de doutorado, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2002.

Outrossim, no movimento de (re) construir definições e identificar ferramentas próximas aos princípios das PIC's, é importante desafiar os saberes e experiências instituídas para ampliarmos o universo de práticas, sob pena de pautar a nossa Saúde Pública. Significa inserir, no interior dos equipamentos, diversas formas de resistir à lógica dos serviços convencionais da biomedicina, com base em saberes que resultam tanto da eficácia clínica como de aspectos socioculturais estabelecidos pelas nossas tradições culturais. Nesse viés a participação da comunidade se faz mister e é abraçada na fala do (a) gestor (a) quando destaca as dificuldades de orçamento na manutenção dos serviços, limitação no número de servidores públicos, atuação de equipe técnica devidamente amparada com respaldo para atuar no desenvolvimento de suas ações. A coordenação do Núcleo de Educação e Ações Afirmativas – NEAF iniciou seus trabalhos no SIS e representa um diferencial, contando com o suporte de sua equipe no desenvolvimento de projetos para contemplar jovens de várias comunidades do Recife, com o programa pré-acadêmico.

O investimento no SIS é também outro aspecto mencionado na entrevista e leva sua marca do sucateamento das políticas públicas, principalmente no período atual de (des) governo. O Sistema de Saúde brasileiro atualmente é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais, impostos para programas sociais específicos, desembolsos diretos dos cidadãos e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e as contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas (PAIM, 2014)⁹⁹.

No entanto, conforme escreve Paim *et al.* (2011)¹⁰⁰, o SUS enfrenta dificuldades em sua estrutura financeira e será necessária uma revisão profunda das relações público-privadas, bem como de seu financiamento que, embora tenha alcançado, ao longo do tempo, conquistas importantes a fim de garantir que recursos estáveis para a saúde fossem assegurados por lei, ainda assim, frustram-se as metas de garantir a saúde de forma universal, integral e equitativa.

A forma de financiamento do SUS segue o ordenamento da CF de 1988, conforme Artigo 198, o qual determina que o SUS deverá ser financiado pela sociedade por meio dos tributos e com recursos do orçamento da seguridade social e de todos os entes federados e determinações posteriores. Apesar do esforço para prover o funcionamento do SUS,

⁹⁹ PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, LÍGIA *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 459-492. (PARTE IV – Sistema Único de Saúde: Setores de atenção), 2014.

¹⁰⁰ PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, North American ed., v. 377, p. 11-31, 2011.

observam-se prioridades do governo em detrimento do setor da saúde, que visa à manutenção de metas econômicas e medidas da União de alocação de recursos com impactos significativos nas fontes de financiamento do SUS (MENDES, 2015)¹⁰¹.

Antes da CF de 1988, o Brasil não dispunha de um sistema público e regulado de saúde para o atendimento das necessidades de universalidade e integralidade de saúde de seus cidadãos. A CF de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais e inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade com vistas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Artigo 194)¹⁰².

O recente padrão de sistema público de saúde é formado pela universalidade na cobertura, e integralidade do atendimento, reconhecimento dos direitos sociais e afirmação do dever do Estado. As políticas públicas anteriores excluía ações de atendimento em saúde, assim, os indivíduos deveriam utilizar de recursos próprios para recorrer aos médicos particulares. Os demais cidadãos precisavam procurar a assistência gratuita ofertada tradicionalmente pelas Santas Casas de Misericórdia. A assistência médica oferecida pela previdência social era destinada exclusivamente ao atendimento dos trabalhadores formais (CEAP, 2005)¹⁰³.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, alcançando desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos com a garantia de acesso integral, universal e gratuito para a população do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)¹⁰⁴. O SUS tem como objetivo formular políticas públicas para garantir acesso universal e igualitário; conforme determinação da CF de 1988 e também promover a descentralização dos serviços e as ações de saúde de unidades federativas para os estados e municípios.

As análises de Baptista e Viana (2014)¹⁰⁵, no que se refere às políticas públicas, demonstram diferentes momentos e descrevem, ainda, que é impossível compreender a inflexão do

¹⁰¹ MENDES, A. **Acesso a saúde pública sem financiamento**. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 junho 2015. Disponível em: <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral/acesso-a-saude-publica-sem-financiamento--imp-,1713941> Acesso em: 26 out. 2020.

¹⁰² BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 05 de outubro de 1988.

¹⁰³ CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo: CEAP, 2005.

¹⁰⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017. Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/siop> Acesso em: 27 out. 2020.

¹⁰⁵ BAPTISTA, T. W. F.; VIANA, A. L. A. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

contexto político vivido no Brasil sem entender a existência de uma síntese dos estudos desenvolvidos em cada momento, analisando a política e os interesses associados, identificando, ainda, o contexto em que se desenrolaram as políticas de saúde.

Retomando sobre o SIS, o (a) entrevistado (a) nos pronuncia que o SIS é uma grande riqueza que sofre ainda pela ausência de investimentos e de um esforço institucional capaz de gerar esse reconhecimento. É importante tornar público seu potencial e fortalecer o serviço, ampliando suas ações e gerindo suas dificuldades.

Para esse avançar, é preciso que o SIS se torne visível dentro da própria Universidade, a começar pela participação maior de seus recursos humanos, seguindo pelo incentivo de produção de pesquisa e extensão para que esse espaço se consolide. Interessante perceber o reconhecimento do SIS entre vários lugares deste país, porém com uma invisibilidade tão forte dentro da própria Universidade. Reconhecidas algumas limitações por parte da gestão, reconhece a importância de contar com a atuação da comunidade dentro do SIS.

Nessa perspectiva urge a justificativa deste trabalho.

Nessa perspectiva de não apresentar um olhar unívoco de um (a) gestor (a), acrescenta-se outra percepção, a do que aqui denomina-se gestor (a) “B”, que nos fala através da síntese *a posteriori*.

6.2 Contribuições da percepção do (a) gestor (a) “B”:

Entrevista concedida em 16/09/2020, através de gravação enviada de forma remota, considerando o período de afastamento social em que as atividades do SIS estão muito reduzidas.

O diálogo começa trazendo a visão de SIS reforçada como um espaço inovador que respresenta a oportunidade de ter um serviço integrado de saúde em parceria com a Prefeitura de Recife, no qual os profissionais de saúde oferecem práticas integrativas aproximando a academia, principalmente na formação dos estudantes que adquirem lá uma experiência importante não somente para a área de saúde, mas também para vivenciar a interdisciplinaridade e integralidade entre saúde, educação, cultura e tantas outras áreas do conhecimento.

As Práticas Integrativas e Complementares assumem um papel instituinte no modelo de atenção da cidade. A experiência de uma unidade de cuidados integrais mostrava para toda a cidade a potência que as práticas integrativas possuem no enfrentamento das doenças que não cediam facilmente as primeiras iniciativas de reorientação do modelo. Mais que isso, o nível de satisfação dos usuários e dos trabalhadores também ofereciam perspectivas práticas

de como aproximar-se do ideal de um sistema de saúde cuidador.

Continuando o diálogo-entrevista com o (a) gestor (a), sua fala adiante nos toca na dimensão da vida acadêmica, pois, o SIS fortalece o caminhar até mesmo para o autoconhecimento tão importante por possibilitar que o sujeito encare e enfrente obstáculos, estabeleça laços afetivos, seja otimista e realista, tenha uma consciência crítica, ou seja, coloque como primordial a capacidade que o ser humano deve ter de resistir, persistir e analisar criticamente tudo o que se passa consigo. Ou seja, benefícios até mesmo para um melhor desenvolver acadêmico e pessoal.

Sua fala apresenta consonância com as bases pelas quais as PIC's foram implantadas, nos princípios de uma escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e integração do ser humano como meio ambiente e sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença, promoção global do cuidado humano e autocuidado (BRASIL, 2006).¹⁰⁶

A fala adiante interrelaciona SIS, pesquisa e extensão. O papel primordial da universidade pública como instituição social é o de gerar e difundir o saber, sendo que produção e socialização de conhecimento são meios para a construção de um projeto histórico de sociedade. Como parte integrante do projeto de sociedade, a educação superior no Brasil reflete o conjunto de contradições que permeiam o próprio contexto social. A universidade pública está mais do que nunca, em um momento histórico de redefinição de caminhos e perspectivas e, ainda, de redefinição de seu papel na arquitetura e construção do progresso e, na consolidação de uma sociedade mais justa, onde um aspecto não exclui o outro necessariamente.

A expressão da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, consagrada pela Constituição de 1988 deve ser considerada como uma síntese atual da história educacional brasileira que mostra diretamente a necessidade de construção de uma universidade com bom nível acadêmico, pública, autônoma, democrática, que se coloca a serviço da realização de uma sociedade independente e soberana científica, tecnológica e culturalmente voltada para interesses da população brasileira. Somando forças a esse discurso, pontua que o SIS ele está continuamente se construindo.

Prosseguindo a análise, acrescenta-se que a inserção das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Psicossocial a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contribui para o fortalecimento do SUS, na medida em que

¹⁰⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

reforça princípios fundamentais como: “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2011)¹⁰⁷. Elas possibilitam a promoção de espaços de saúde mais humanizados. Elas se relacionam diretamente com a Política Nacional de Humanização (PNH) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde, já que ambas têm uma concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes articulando diversos saberes técnicos e populares, “possibilitando a ampliação de acesso e qualificação dos serviços na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população” (SANTOS; TESSER, 2012)¹⁰⁸. A fala do (a) gestor (a) corrobora com o suporte teórico trazido até o momento.

Em paralelo a fala do (a) gestor (a), destaca-se que, outrora, mesmo diante da hegemonia da cultura médica, Luz (1998, 2012), concentrada em estudos sobre a medicina homeopática, na década de 1980, verificou a existência de uma lógica terapêutica e diagnóstica distinta e coerente nessa forma de intervenção em saúde, mesmo com concepções teóricas da fisiologia e da fisiopatologia presentes, mesmo que diferentes e discordantes.

A partir desta conclusão, Luz (2012) sintetiza o conceito de tipo ideal de racionalidade médica como um sistema médico complexo feito de forma racional e empírica, sendo estruturado a partir do seguinte sistema classificatório: uma morfologia humana (provisoriamente definida como ‘anatomia’), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como ‘fisiologia’), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente e sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico, um sistema terapêutico e uma cosmologia (embasa todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea (ou a biomedicina, de acordo com os referenciais da Antropologia).

Vale ressaltar que as contribuições da professora e pesquisadora Madel Luz, bem como de seu grupo Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde, serviram como critérios teóricos para embasar a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [PNPIC]¹⁰⁹.

¹⁰⁷ BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

¹⁰⁸ SANTOS, M. C; TESSER, C. D. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde**. Ciên. Saúde Coletiva, v.17, n.11, p.3011-3024, 2012.

¹⁰⁹ Notícia disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/madel-luz-e-o-desafio-das-racionalidades-medicas-e-praticas-integrativas-e-complementares-na-construcao-de-um-sus-universal/11921/> Acesso em 7 mar. 2021.

Numa argumentação que contribui para complementar o entendimento do que se define como PIC's, Tesser e Barros (2010)¹¹⁰ afirmam:

Quando as práticas são utilizadas concomitantes às práticas da biomedicina, podem ser nomeadas de complementares; quando usadas em lugar da prática biomédica, são consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente, baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas. (p. 210).

Esta visão do que vem a ser integrativa é complexa haja vista a tão presente ainda visão fragmentada na forma de fazer ciência, ensino e pesquisa, como explicita em sua fala o (a) gestor (a) “B” quando diz das muitas experiências do SIS, porém ainda enfrentando vários desafios, principalmente na sua relação com a academia, já que, há mais de vinte anos, somente um pequeno grupo de professores vem tentando implantar as práticas integrativas especialmente com o desenvolvimento desse olhar no cuidado integral do ser. Existe ainda uma visão um tanto fragmentada na forma de fazer ciência, ensino e pesquisa, acolhida, ainda, por uma minoria de docentes.

Em seguida nos aponta uma construção mais humanizada no ensino e na saúde. Para essa compreensão e paralelo com o suporte teórico, vale nos situar historicamente que em 2003, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Amplia-se, assim, o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção a saúde. A humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão.¹¹¹

Sinaliza, ainda, a importância de mais docentes inseridos no processo e a necessidade de superar as dificuldades no aspecto financeiro com destaque na participação efetiva da gestão tanto por parte da Universidade como por parte da Prefeitura. Os profissionais do SIS, em sua maioria, são de contratos temporários, não existem profissionais efetivos, lembrando que não temos concurso para terapeutas de práticas integrativas. Alguns

¹¹⁰ BARROS, N.F.; TESSER, C.D. **Medicalização Social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** Rev Saúde Pública, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2010.

¹¹¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza**

SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

profissionais, como psicólogos e nutricionista, têm vínculo efetivo e outros não, sendo que a maioria dos terapeutas possuem contrato temporário com a Prefeitura, o que representa uma grade limitação. Com tanta dificuldade, necessário se faz unir forças para continuar lutando por esse espaço.

Destaca ainda dificuldades: na manutenção da estrutura física do SIS, que é de responsabilidade da Universidade; no quantitativo reduzido de pessoas na gestão; carência no quadro de recursos humanos; grandes desafios na área de segurança entre outros ligados a estrutura física e orgânica do SIS, que carece de um olhar diferenciado por parte da gestão da Universidade. Já se consegue perceber um olhar mais cuidadoso para com o SIS, a partir de sua gestão atual, o que proporciona a esperança de boas perspectivas para a continuidade desse tão importante trabalho, mesmo entendendo os desafios do contexto político do país com a diminuição de recursos.

É preciso reforçar que falta investimento! Em termos de oferta de projetos sociais, o SIS representa um grande riqueza, porém carente de um esforço institucional capaz de levar esse reconhecimento. Sendo ainda muito desconhecido, dentro da própria Universidade. Importante agora buscar apoio e conquistar o interesse pela participação nesse processo de renovação do SIS.

Inclusive, o eixo central da promoção de saúde nas PICs é o empoderamento do sujeito com o objetivo de fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e solidariedade. Outro fator importante é que suas ações terapêuticas fortalecem o autocuidado, o potencial e o reequilíbrio das pessoas. Fortalecer o SIS é fortalecer concomitantemente a comunidade em torno e a comunidade escolar.

Uma ressalva é que as entrevistas embora divididas por itens, enquanto questões didáticas, todavia, estão unidas em conteúdo e propósitos. A seguir as considerações extraídas da entrevista com o (a) gestor (a) “C”:

6.3 Contribuições da percepção do (a) gestor (a) “C”

Entrevista concedida em 21/09/2020, através de gravação enviada de forma remota, considerando o período de afastamento social em que as atividades do SIS foram reduzidas. De início já nos é acrescentado mais um conceito para análise, o de clínica ampliada. Sob o

ponto de vista de Martins (2008)¹¹² as práticas integrativas ou complementares possuem um potencial humanizante ou rehumanizante das práticas de saúde. A tese da Clínica Ampliada se apresenta em oposição à clínica degradada ou degenerada que Campos (2000)¹¹³ entende como consequência da tecnicização e mercantilização da saúde. Para este autor, as políticas de saúde precisam considerar os instituintes subjetivos das práticas que compõe o sistema de saúde. Uma clínica mecanizada, que reproduz o modelo taylorista de produção, contribui para os resultados limitados das ações de saúde pública e precisa ser ressignificada.

O contexto descrito acima e os apontamentos conceituais recém-apresentados definem o foco do nosso olhar sobre a política municipal de saúde do Recife. O Modelo Assistencial pensado para o Recife pressupõe a criação de vários dispositivos de ampliação da clínica ou de humanização das práticas e serviços da saúde. Neste patamar utilizamos a terminologia de Práticas Integrativas e Complementares pelo significado que vem se constituindo em torno deste termo. Mas também, pela adoção deste termo pela política oficial de saúde do Brasil. Além disso, pelo sentido que vem ganhando nas iniciativas de apoio matricial e construção de redes no território de Recife. O conceito de prática integrativa traz consigo a ideia de integração com outras práticas, imprescindível para o dispositivo do apoio matricial em análise.

Na visão do (a) gestor (a) “C” o SIS tem suas potências enquanto um equipamento do SUS, como o fato de representar uma importante oportunidade de clínica ampliada capaz de fazer as práticas integrativas se comunicarem, interagirem e construir uma integralidade. Essas práticas devem estar incluída numa rede de cuidados dentro de possibilidades clínicas de uma clínica ampliada, já que pensar no SUS é pensar nessa integralidade. A ideia de práticas complementares atende mais o propósito do SIS e demanda um esforço grande para reformular a clínica dentro de uma ideia de que é possível contruir linhas de cuidado nesse processo. Hoje é possível entender que uma pessoa que está com depressão severa consegue ter uma resolutividade bem melhor se vivenciar uma prática corporal junto à uma práticas psicoemocional, entendendo que a sinergia das práticas é mais efetiva na construção desse processo de resolutividade do cuidado.

Diz, ainda, que existem dificuldades como não ter um modelo firmado de política de práticas integrativas no Brasil e o modelo aplicado no Serviço aposta na diversidade do cuidado, na laicidade e num diálogo com a rede e com a ciência.

¹¹² MARTINS, P. H., FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas**. 2ª Ed. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2008.

¹¹³ CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. Editora Hucitec, São Paulo, 2000.

Prosseguindo sua fala traz a angustia de ainda se deparar com o obscurantismo do que é Prática Integrativa, quando se coloca que esta Prática é tudo o que não é medicina oficial, cabendo aí muitas possibilidades e a dúvida de qual seria o filtro para definir este fato. A falta desta definição concreta traz problemas em sua forma de condução, necessário se faz a evidência de limites institucionais para dar conta da amplitude dessas Práticas, colaborando para a elaboração de novas políticas e ações.

A fala do gestor mais adiante corrobora com a questão da laicidade quando diz que muitas Práticas são de um tempo que a sociedade não fazia diferença entre ciência, estado e religião, porém atualmente, na sociedade moderna, é considerada essa separação. É importante destituir uma Prática Integrativa de seu componente religioso para possibilitar que seja garantida a laicidade do Estado.

É evidente a que há uma resistência cultural para não permitir coisas da contracultura resistirem à cultura, o que resultou na disputa entre as práticas ortodoxas e alternativas (BARROS, 2002)¹¹⁴. Quando se definem as PIC's nos deparamos com um desafio em virtude desse campo de saberes e cuidados expressarem, primeiramente, distintas denominações, como: práticas tradicionais, populares, não ocidentais, complementares, holísticas, brandas, alternativas e integrativas; segundo, por disporem de uma multiplicidade de cosmologias, métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, vivências corporais e de autoconhecimento, etc.

Em que pese toda a polissemia conceitual em torno das PIC's, a expressividade desse movimento sustenta um pluralismo diagnóstico-terapêutico e favorece o reconhecimento de outros saberes, cuidados e práticas sanitárias não biomédicas, como as rodas de conversa, terapia comunitária, fitoterapia, grupos de autoestima, arte terapia, dentre outras. Todas estas práticas citadas trazem em comum o fato de estarem igualmente ancoradas nas seguintes bases: escuta acolhedora; construção do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; visão ampliada do processo saúde-doença, a partir da concepção de saúde integrada ao bem estar físico, mental, social e espiritual; promoção global do cuidado humano e autocuidado; o estímulo para que o sujeito assuma a responsabilidade em seu processo saúde-doença, gerando ações de autonomia; e a identificação dos profissionais com as pessoas em suas atitudes, crenças, hábitos e valorização de fatores emocionais, espirituais, sociais. Essas atitudes facilitam, portanto,

¹¹⁴ BARROS, N. F. **Da medicina biomédica à complementar**: um estudo dos modelos da prática médica. Tese de doutorado, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2002.

práticas que privilegiam técnicas naturais, medicamentos ou procedimentos harmonizadores e estimulantes do potencial de reequilíbrio dos próprios sujeitos (TESSER; BARROS, 2010)¹¹⁵.

Conforme discutido anteriormente na contextualização sobre as bases do paradigma integrativo em saúde, precisamos reconhecer as construções históricas que culminaram num novo modo de olhar a saúde, que, sem dúvida, permitem-nos compreender os limites impostos pelas tecnologias originadas a partir da biomedicina. Todo o debate em torno dessa ruptura, no campo da saúde, impulsiona-nos à problematização da hegemonia do discurso médico, que cobra dos profissionais uma nova identidade profissional, e, por conseguinte, a possibilidade de inserção e reconhecimento de novas formas e atenção à saúde.

É preciso pensar no que realmente deve ser ofertado pelo Estado, visto que algumas práticas têm uma tradição comunitária, a partir da própria história de uma comunidade, sem ser preciso no entanto o pagamento de um profissional para esse fim. Muitas práticas podem ser construídas enquanto cultura e comunitária como acontece na China, diz o (a) gestor (a).

O SUS novamente é lembrado nessa interface com o SIS quando traz que alguns profissionais de práticas mais liberais entendem que estão inseridos no contexto de SUS e precisam entender a necessidade de ajustar sua atuação para um público diferenciado dentro de um processo de cuidado específico, com a utilização de ferramentas de avaliação e evolução do paciente que não é somente um praticante integrativo, mas também um usuário do sistema de saúde em busca de melhorar sua saúde.

Assim, nos últimos anos, constata-se um processo de legitimação das PIC's, no Brasil e nas demais partes do mundo, que pode ser identificada pela progressiva popularidade da utilização de tais práticas tanto pela sociedade civil quanto pelo poder público, através da implantação de políticas públicas nos serviços de saúde.

Os decisores políticos são atores essenciais da Saúde Pública não só porque detêm os recursos, mas porque os serviços de saúde pública, pela sua natureza, dependem do poder político. A natureza política da Saúde Pública propicia conflitualidades com o poder político de que dependem os seus serviços, quando estes identificam necessidades de saúde e tornam, desta forma, os indivíduos e as comunidades mais conscientes dessas mesmas necessidades. Esse pensamento auxilia na compreensão das próximas falas do entrevistado.

¹¹⁵ BARROS, N.F.; TESSER, C.D. Medicalização Social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública, 42(5), p. 914-920, 2010.

Em continuação a sua fala, traz que um dos problemas sérios existentes na realidade do SIS é quanto ao vínculo do profissional com a entidade, pois em muitas práticas os terapeutas não são reconhecidos enquanto profissionais, sem a existência de concurso público ou contratação formal, o que ocasiona dificuldades na efetividade da política afetando sua continuidade visto a precariedade dos contratos firmados entre as partes. Dessa forma, quando se encerra um contrato, encerra-se também a política.

Por outro lado, para ele (a) é também preocupante a relação como os insumos e a estrutura física do local, onde se percebe um sucateamento estrutural do serviço público de saúde principalmente por ser uma política um tanto marginal, sem reconhecimento, carecendo da garantia de proteção das instituições, considerando também que os insumos necessários para a oferta de algumas práticas não tradicionalmente adquiridos pelo Governo, restando assim uma burocracia ainda maior nos processos de aquisição dos mesmos.

A última fala do (a) gestor (a) aqui analisada, desperta para outras considerações: na Atenção Básica, o pagamento é realizado pelo piso da atenção básica (PAB) fixo (per capita), ou por PAB variável, que corresponde ao pagamento por equipes de saúde da família, agentes comunitários e núcleos de saúde da família, ou ainda o programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ). Alguns outros, específicos, são financiados pelo bloco da Média e Alta Complexidade. Com essas considerações vamos caminhando para as considerações “finais”.

Diante das ricas contribuições dos entrevistados, entende-se que todavia há muito a refletir, analisar e discutir à luz da teoria e da prática. O SIS não está acabado e tampouco estariam todos os elementos trazidos sobre a temática desta dissertação. Com esse pensamento, aponto novos caminhos: o do respeito, visibilidade, investimento, participação e compreensão ao, para e com o SIS construído a partir das percepções dos gestores. Apresento através desta dissertação o terceiro incluído, o aspecto transdisciplinar, a possibilidade de avançar para além daquilo que tradicionalmente nos é imposto.

É possível perceber o comprometimento e envolvimento por parte dos que fazem o SIS e seu entendimento da importância desse equipamento público para os usuários do sistema de saúde e para comunidade de seu entorno, assim como a necessário esforço de se unirem na resistência de dar continuidade a esse trabalho de compromisso social.

Em contra partida, as Instituições envolvidas ainda participam de forma muito discreta, ocasionando dificuldades prejudiciais ao desenvolvimento e reconhecimento do SIS, que é um potencial em política pública tanto na área de saúde quando na área de educação.

Na saúde, pela falta de investimentos compatíveis com as necessidades do serviço e na educação por ainda não reconhecer efetivamente as potencialidades do equipamento enquanto laboratório para práticas de diversos cursos das áreas de conhecimento oferecidas dentro do sistema de ensino, pesquisa e extensão.

Atualmente já se percebe um novo olhar por parte da Universidade em avançar ações que assegurem o desenvolvimento do SIS, considerando a importância dos trabalhos que desenvolve tanto para os usuários dos SUS como também dentro da comunidade acadêmica, o que representa um grande progresso e renovação de esperança para a continuidade e fortalecimento das políticas ofertadas pelo equipamento social em destaque.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante as Políticas Públicas são destaque o seu ciclo iniciado com a seleção de prioridades, através da Agenda seguida pela fase de Formulação quando são apresentadas soluções ou alternativas. Depois se tem a Implementação que representa o momento de execução das políticas, concluindo com a análise das ações tomadas denominada fase de Avaliação. Na prática, tais fases podem apresentar uma sequência diferenciada visto que podem se misturar com o andamento das ações.

No campo da Saúde, o Brasil integra suas políticas públicas a partir da Constituição Federal promulgada em 1988, considerando os princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade no atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde dentro do território nacional.

A consolidação das Práticas Integrativas e Complementares com o apoio das instituições engajadas no processo vem desde o reconhecimento de sua importância no cuidado à saúde das populações, na década de 70, a partir das diversas conferências que discutiam o assunto em busca de alternativas de cuidado em contra partida aos elevados custos dos sistemas de saúde oferecidos a um reduzido número de usuários.

Observou-se, ainda, que o desenvolvimento da política de Práticas Integrativas e Complementares do Recife conta com a participação de poucos atores. Essas Práticas são ações de cuidado transversais. Mesmo com todo o avanço da PNPIC na última década, continua sendo condição fundamental para sua efetiva implantação, estimular, nos territórios, espaços de fortalecimento do debate sobre as práticas e trocar experiências com gestores de outros municípios e estados que tenham as PICS ofertadas pelo SUS.

Diante da relação com a Prefeitura, a integração com a Universidade Federal de Pernambuco e a participação da comunidade de seu entorno necessário se faz unir esforços para fortalecer as potencialidades do SIS que carece ainda de investimentos, recursos humanos e reconhecimento. Ressaltando a capacidade que tem esse equipamento em contribuir com a rede de saúde pública na oferta de ações para promover melhoria na qualidade de vida de seus usuários, com a prevenção de doenças e fortalecimento da saúde física e mental.

Importante relacionar as dificuldades para o fortalecimento institucional das Práticas Integrativas e Complementares de forma que compromete a sua continuidade ao ampliar a distância entre formulação e implementação, dificultando desta forma a análise do alcance dos resultados esperados.

Dentre as questões pontuadas pelos entrevistados do SIS, ressalta-se que o Serviço é um espaço privilegiado dentro da Universidade, importante para o desenvolvimento de ações de formação, de extensão e de pesquisa, que representa um lugar dinâmico com a oferta de práticas integrativas em saúde e potencialidades para integrar ações de formação, de assistência, de extensão e também ações demandadas pela comunidade.

A falta de investimentos, de reconhecimento e de clareza na responsabilidade de cada ator envolvido na estrutura do SIS são aspectos que trazem barreiras ou dificuldades para a efetivação da visibilidade dele na UFPE. Ademais, torna-se relevante evidenciar a responsabilidade de cada ator para efetivação do compromisso do SIS diante de sua responsabilidade social.

Entende-se, ainda, que há um descompasso das potencialidades do SIS quando verificada a ausência de um projeto pedagógico explícito da Universidade, mesmo com tanto tempo de atuação dentro da comunidade, com a construção de tantas ações, formando lugares de fala, personagens que encontram naquele espaço algo além do que um espaço institucionalizado como uma burocracia.

Como produto, pontuo as seguintes sugestões para melhoria do SIS na UFPE: a implementação de um ambulatório de Práticas Integrativas com o apoio dos profissionais atuantes no Serviço, onde seriam contemplados outros cursos e departamentos, exemplo: Hospital das Clínicas, Clínica de Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, etc.; bem como, que o referido espaço atendesse à comunidade universitária proporcionando aos discentes, docentes e demais envolvidos uma maior interação e conhecimento do SIS e das Práticas Integrativas Complementares, fortalecendo-as.

Sugere-se, também, no âmbito da Gestão de Qualidade do Trabalho e de Vida, da UFPE, como uma das ações iniciais, uma programação de visita ao SIS, por parte dos responsáveis

pela elaboração de programas e projetos extensionistas que tenham como objetivo promover medidas eficazes voltadas para os servidores no sentido de proporcionar melhoria das condições no labor e bem-estar. Com essa proximidade seria possível conhecer com mais acuidade como o SIS foi e pode se configurar ao longo do tempo e desenvolver-se de forma a abranger o atendimento não apenas para a comunidade acadêmica, como também ao público externo da UFPE.

Nesta pesquisa, outras perguntas surgiram e são interessantes para estudos complementares. Nesse sentido, pode-se questionar por exemplo: uma vez que no SUS ocorre a oferta de terapias como: reiki, meditação, yoga e acupuntura e o mesmo não ocorre na UFPE, como estabelecer relação mais estreita para ampliação das ações entre o SUS e a UFPE? Como forma de prevenção de fatores estressores por exemplo, em prol da promoção do bem-estar para servidores públicos e discentes universitários, como a UFPE poderia instituir programas e projetos com acompanhamento e avaliação de resultados? Quais seriam os impactos decorrentes dessas ações como forma de prevenção dos afastamentos no trabalho por parte dos servidores e das desistências de cursos por parte dos discentes? Estes são alguns questionamentos, dentre outros. O que aponta a necessidade de novos estudos sobre este campo em aberto.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T. Medicina alternativa e complementar: **experiência, corporeidade e transformação**. Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.
- ARAÚJO, Luísa e RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas públicas. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 83, p.11-35, 2017. Disponível em: <http://spp.revues.org/2662> Acesso em: 21 de set. 2020.
- ARIMATÉIA, Ênio de Lima. Dissertação de Mestrado. **O Centro Integrado de Saúde (CIS) em Recife: experiência de práticas integrativas**, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/31354> Acesso em: 12 de out. de 2020.
- ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (Orgs.) **Tendências e Perspectivas da avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Iee/PUCSP, 2001.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, p.1333-1356, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf> Acesso em: 10 out. de 2020.
- BARROS, Nelson F. Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 850, 2006.
- BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 13 de out. de 2020.
- _____. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 11 de out. de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. Notas para uma metodologia jurídica de análise de políticas públicas. In: FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Julio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza

Fonseca (Org.). **Políticas públicas: possibilidades e limites**. Belo Horizonte: p. 200-255, 2008.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**. v. 14, (4), p. 532-550, 1989.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, V. P. *et al.* **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000a.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983a.

GAYATTO, M. L. C. Abertura do seminário. In: ORTH, L. M. E. (Tradutora). **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989. p. 11- 13.

GERRING, John. **Case study research: principles and practices**. New York: Cambridge University Press, Los Angeles, v. 98, n. 2, p. 341-354, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

KALIKS, B. O que é a medicina Antroposófica? Revista ARS CVRANDI, 1990.

LUZ, M. T. Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. Dicionário da educação profissional em saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> . Acesso em: 20/05/2020.

MARQUES, R.J. **Algumas Epidemias e seus heróis em Terras Pernambucanas**. Recife: Editora Universitária-UFPE, 1991.

NASCIMENTO, Angela Maria de Lima; MONTEIRO, Jailma; CASTRO, Ana Emília e ALVES, Ivo. **Relatório Situacional sobre o Serviço Integrado de Saúde da UFPE**. 23 jul.2019.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. (USA). **Acupuncture**. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/> Acesso em: 09 fev. 2020.

OLIVEIRA, I. A. de. **Filosofia da Educação: reflexões e debates**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

PEREZ, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. Editora Cortez. 6. ed. São Paulo. 2006, p.65-73.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf Acesso em: 20 mai. 2020.

PORTARIA DE PESSOAL nº 2237, 2004. Ministério da Educação. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/38962/592021/Bo90.pdf/ffdaab65-5417-4600-8394-cd58fc1ea82c> Acesso em: 14 de out. de 2020.

RUA, Maria das Graças. Políticas Públicas. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/carlospolicarpo/6-politicas-publicas-16048335> Acesso em: 22 de mai. 2020.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: **Políticas Públicas Coletânea** Vol.1, ENAP, 2007.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2º Edição. São Paulo. Cengage Learning, 2014.

SILVA, Maria Ozanira Silva e (org). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo, Veras Editora, 2001.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias. 16: 20-45, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> Acesso em: 12 de out. de 2020.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TESSER, C. D. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

VARGAS, J. D. História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão da literatura. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF>. Acesso em: 21 mai. 2020.

VIANA, A. L. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Acupuncture: review and anlysis of reports on controlled clinical trials**. Geneva: WHO Publications, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A: Participação da autora no SIS

Imagem 1. Evento Primavera realizado no campus para levar o SIS aos alunos



“Participei colaborando como Mestra em Reiki na iniciação e aplicação da prática em alunos e interessados. Agradeço a todas e todos e sigo pesquisando e fazendo o que amo.” (Sandra Guerra, 2020).